

OPINNÄYTETYÖ (YAMK)

Kliininen asiantuntija

Kevät 2013

Tiina Stenman

PÄIVYSTYSPOTILAAN TIEDON TARVE

-voimavaraistumista tukevan ohjauksen sisällön
suositus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

YAMK Kliininen asiantuntija I 69 sivua + 5 liitettä

Toukokuu 2013

Ohjaaja Katja Heikkinen

Tiina Stenman

PÄIVYSTYSPOTILAAN TIEDON TARVE

-voimavaraistumista tukevan ohjauksen sisällön suositus

Tiivistelmä

Tämän kehittämisprojekti on käynnistynyt kahden suuren päivystyksikön yhdistyessä yhteispäivystykseksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä, Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksessa. Kehittämisprojekti liittyy HoiPro –tulevaisuuden sairaala 2009-2015 kehittämishankkeeseen osana potilasohjaustehtävää.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää päivystyspotilaan ohjaus tiedon tarve ja projektin tavoite oli kehittää potilasohjauksen sisältöä potilaslähtöisesti ja voimavaraistumista tukevaksi tekemällä tutkimuksen tulosten pohjalta potilasohjauksen sisällön suositus. Sen empiirinen osa, päivystyspotilaan tiedon tarve tutkimus toteutettiin Sairaala Potilaan tiedon Tarve (SPTT) -mittarilla (©Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Tutkimuksessa jaettiin 180 kyselylomaketta yhteispäivystyksessä käyneille potilaille sekä puhelinalveluun soittaneille.

Kehittämisprojektin lopputuotoksena oli päivystyspotilaan voimavaraistavan ohjauksen suositus, joka on tehty aiemman tutkimustiedon, tämän projektin tutkimuksellisen osion ja projektiryhmän yhteistyön tuloksena. Tämän lisäksi tuotettiin päivystyspotilaan ohjauksen sisällön muistilista ja kotiutuskortti. Suositusta on tarkoitus käyttää jatkossa kaiken yhteispäivystyksessä annettavan ohjauksen sisällön suosituksena.

ASIASANAT:

Yhteispäivystys, päivystyspotilas, voimavaraistava potilasohjaus

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Master of healthcare | 69 pages + 5 appendices
May 2013
Instructor Katja Heikkinen

Tiina Stenman

THE INFORMATION NEEDS OF EMERGENCY PATIENTS

-Empowering Patient Counseling

Abstract

This development project has originated from the integration of two large emergency units as one joint emergency unit in the health care district of Varsinais-Suomi, the public utility of Emergency Medical Services. This development project is a part of HoiPro – the hospital of the future 2009-2015 – development project as a part of the mission to improve patient guidance.

The purpose of this development project at hand is to examine the need of the guidance of a patient in emergency care, and the aim of the project is to develop the content of the guidelines as patient-oriented and an empowering way by conducting a guideline of the content with the results of this research.

The empiric part of this thesis, the need of the guidance of a patient in emergency care research was executed with the SPTT-indicator (©Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). there were 180 question forms put out to all the patients in the joint emergency unit as well as the people who called to the telephone service.

As the result of this development project has been introduced the guidelines of empowering directions for a patient education in emergency care, that is been completed based on the previous research information, the empiric part of this project and as a result of the co-operation of the project team. In the future these guidelines are meant to be used as a recommendation of the content of the guidance for a patient in emergency care in any unit in the joint emergency facility.

KEYWORDS:

joint emergency unit, patient in emergency care, empowering patient education

SISÄLLYS

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Tausta ja tarve	9
2.2 Tarkoitus ja tavoite	10
2.3 Kehittämisprojektin eteneminen	10
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN KOHDEORGANISAATION KUVAUS	11
3.1 Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen (EPLL) yhteispäivystys	11
3.2 Yhteispäivystyksen toimintamalli	13
3.3 Potilasohjausmenetelmät EPLL yhteispäivystyksessä	14
4 POTILASOHJAUS	15
4.1 Voimavaraistava potilasohjaus	15
4.2 Päivystyspotilaan ohjaustarve	19
4.3 Potilasohjaus hoitohenkilökunnan näkökulmasta	21
4.4 Läheisten ohjaus päivystyksessä	22
5 POTILASOHJAUSMENETELMÄT	24
5.1 Kirjallinen potilasohjaus	24
5.2 Suullinen ohjaus	26
5.3 Puhelinohjaus	27
5.4 Internet ohjaus	29
6 EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUS	30
6.1 Päivystyspotilaan tiedon tarve -tutkimus	30
6.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit	32
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
7.1 Taustamuuttajat	32
7.2 Voimavaraistavan tiedon osa-alueiden mukaiset tiedon tarpeet	35
7.3 Lääkehoito-ohjauksen tarve	38
8 PÄIVYSTYSPOTILAAN VOIMAVARAISTAVAN TIEDON TARVE OHJAUKSESSA	39
9 KIRJALLINEN OHJAUSMATERIAALI YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ	48
10 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA	49

10.1 Ohjausmateriaalin nykytilanteen arvio	52
10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	52
11 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOKSET	54
11.1 Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus	54
11.2 Voimavaraistavan ohjauksen muistilista	56
11.3 Päivystyspotilaan kotiutuskortti	58
12 PROJEKTIOORGANISAATION TOIMINTA	59
13 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTIA	60
13.1 Kehittämiprojektin kulun arviointi	60
13.2 Kehittämiprojektin tulosten hyödynnettävyys	62
13.3 Kehittämiprojektin eettisyys	63
14 JATKOKEHITTÄMISAIHEITA	65
LÄHTEET	66
LIITTEET	
Liite 1 Tiedonhaku	70
Liite 2 Toimeksiantosopimus	71
Liite 3 Kehittämiprojektissa käytetyt tutkimukset	72
Liite 4 Lääkehoito kysymyksen analyysi taulukko	79
KUVIOT	
Kuvio 1 Kehittämiprojektin prosessi	11
Kuvio 2 Voimavaraistava potilasohjaus (mukaillen Rankinen ym 2007; Leino-Kilpi ym 1998)	16
Kuvio 3 Laadukkaan potilasohjauksen malli (mukaillen Kääriäinen 2007)	18
Kuvio 4 Naisten ja miesten tiedon tarve	40
Kuvio 5 Pohjakoulutuksen vaikutus tiedon tarpeeseen	41
Kuvio 6 Ammatillisen koulutuksen vaikutus tiedon tarpeeseen	42
Kuvio 7 Päivystyspotilaan työssäkäynnin vaikutus tiedon tarpeeseen	43
Kuvio 8 Päivystyspotilaan perussairauden vaikutus tiedon tarpeeseen	44
Kuvio 9 Päivystyspotilaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelyn vaikutus tiedon tarpeeseen	45

Kuvio 10 Yhteydenotto muodon vaikutus päivystyspotilaan tiedon tarpeeseen	46
Kuvio 11 Päivystyspotilaan yhteydenotto syyn vaikutus tiedon tarpeeseen	47
Kuvio 12 Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus	55

KUVAT

Kuva 1 Voimavaraistavan ohjauksen muistilista (©Tiina Stenman)	57
Kuva 2 Päivystyspotilaan kotiutuskortti (©Tiina Stenman)	58

TAULUKOT

Taulukko 1 Vastaajien taustamuuttujat	34
Taulukko 2 Päivystyspotilaiden voimavaraistavan tiedon osa-alueiden mukaiset tiedon tarpeet	35
Taulukko 3 Päivystyspotilaiden biologis-fysiologisen osa-alueen tiedon tarve	36
Taulukko 4 Päivystyspotilaiden toiminnallisen osa-alueen tiedon tarve	36
Taulukko 5 Päivystyspotilaiden kokemuksellisen osa-alueen tiedon tarve	37
Taulukko 6 Päivystyspotilaiden eettisen osa-alueen tiedon tarve	37
Taulukko 7 Päivystyspotilaiden sosiaalisen osa-alueen tiedon tarve	38
Taulukko 8 Päivystyspotilaiden taloudellisen tiedon tarve	38
Taulukko 9 Päivystyspotilaiden lääkehoitoon liittyvän tiedon tarve	39
Taulukko 10 Tuotetun tiedon hyödynnettävyys	63
Taulukko 11 Voimavaraistavan tiedon tarpeet taustamuuttujittain lääkehoidossa	79

KÄYTETYT LYHENTEET

Tässä loppuraportissa käytettäviä lyhenteitä

CC	Terveyspalveluiden neuvontapuhelin, Contact Center
EPLL	Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos
Erva	Eriyisvastuualue
PÄI1	Perusterveydenhuollon päivystys (ennen 2.4.2013)
PÄI2	Erikoissairaanhoidon päivystys (TYKS) (ennen 2.4.2013)
SPSS	Tilastollisen analyysin ohjelma
SPTT	Sairaala Potilaan Tiedon Tarve –mittari
Tyks	Turun Yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

1 JOHDANTO

Tämän kehittämisprojekti oli osa Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteistä projektia Tulevaisuuden sairaala –hoitotyön kehittämisprojekti (Hoi-Pro). Hoi-Pro on alkanut vuonna 2009 ja jatkuu vuoteen 2015. (Eloranta & Nygren 2011, 19. HoiPro projektisuunnitelma) Kehittämisprojektin tarkoituksen oli kehittää päivystyspotilaan voimavaraistavan ohjauksen sisällön suositus Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen (EPLL) yhteispäivystykseen ja tavoitteena oli kehittää päivystyspotilaan ohjauksen sisältöä potilaslähtöisesti ja voimavaraistavaksi. Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion tarkoituksena oli selvittää päivystyspotilaan tiedon tarve.

Vuoden 2012 alussa yhdistettiin hallinnollisesti Turun terveystieteiden päivystys (PÄI1) ja erikoissairaanhoidon päivystys eli Turun yliopistollisen keskussairaalan ensiapu (PÄI2), yhdeksi yhtenäiseksi toimijaksi, EPLL:n yhteispäivystykseksi. Samalla alkoi toimintojen yhtenäistäminen ja tähän liittyi potilasohjauksen yhtenäistäminen päivystysalueella. Tavoitteena oli saada päivystyspotilaan ohjaustiedon tarpeeseen perustuva ohjauksen sisällön suositus valmiiksi vuoden 2013 kevääksi, jolloin päivystysyksiköt konkreettisesti yhdistyivät yhdeksi toimijaksi T2 sairaalaan.

Kehittämisprojekti toteutettiin nelivaiheisena projektina. Ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä laadukas ja voimavaraistava potilasohjaus on, millaisia potilasohjausmenetelmiä käytetään ja miten potilaita tulee ohjata. Toisessa vaiheessa selvitettiin tutkimuksellisin menetelmin päivystyspotilaan tiedon tarve. Menetelmänä käytettiin strukturoitua kyselyä ja aineisto kerättiin aikaisemmin kehitetyn sairaalapotilaan tiedontarve (SPTT) -mittarin avulla (©Leino-Kilpi ym. 2003) ja analysoitiin empiirisen tutkimuksen tulokset. Tämän lisäksi tässä vaiheessa käytiin läpi yhdessä projektiryhmän kanssa yhteispäivystyksessä olemassa olevat potilasohjeet. Viimeisessä vaiheessa muodostettiin päivystyspotilaan voimavaraistavan ohjauksen suositus, ohjauksen muistilista sekä kotiutuskortti tukemaan potilaiden voimavaraistumista.

ta tukevaa ohjausta yhteispäivystyksessä. Tämän kehittämisprojektin tuloksia voidaan käyttää potilasohjauksen sekä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tuloksia voidaan hyödyntää muissa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyspisteissä päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suunnittelussa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tausta ja tarve

Viime vuosina terveydenhuoltojärjestelmän kehitys on lyhentänyt hoitoaikoja ja samalla avohoitoa on lisätty huomattavasti. Vastaavasti samaan aikaan väestö vanhenee ja elinikäennusteet pitenevät sekä väestön sairastavuus lisääntyy. 65- vuotta täyttäneitä oli vuonna 2000 noin 800000 ja ennusteiden mukaan heitä tulee olemaan vuonna 2030 jo 1,4 miljoonaa. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi, 2005; STM 2010.) Lyhyet hoitoajat ja iäkkäät, monisairaavat potilaat, tuovat haastetta polikliiniseen hoitotyöhön ja potilasohjaukselle päivystyspoliklinikoilla (STM 2010).

Hoitoaikojen lyhentyessä on ohjauksessa kiinnitettävä huomiota sen yhdenmukaisuuteen, oikea-aikaisuuteen ja saumattomuuteen. Tutkimuksissa on todettu, että hoitajilla on puutteita tiedostaa potilaiden tiedon tarpeita (Rankinen, Salanterä, Heikkinen, Johansson, Kaljonen, Virtanen & Leino-Kilpi 2007, 118). Potilaiden muuttuneet odotukset hoidostaan, ikärakenteen muutos, monikulttuurisuus, kustannusten kasvu, avohoidon ja kansansairauksien lisääntyminen sekä ohjausvastuun muutos ovat tuoneet paineita kehittää potilasohjausta tehokkaampaan suuntaan. Samaan aikaan hoitoalalla on poistumassa eläkkeelle siirtymisen vuoksi suuri määrä henkilökuntaa, jota ei ole tulossa korvaamaan uusi ikäluokka. Tämän myötä hoitoalalta poistuu suuri määrä hiljaista tietoa. Tämä rakennemuutos haastaa kehittämään potilasohjausresursseja. (Lipponen 2011, 3.)

2.2 Tarkoitus ja tavoite

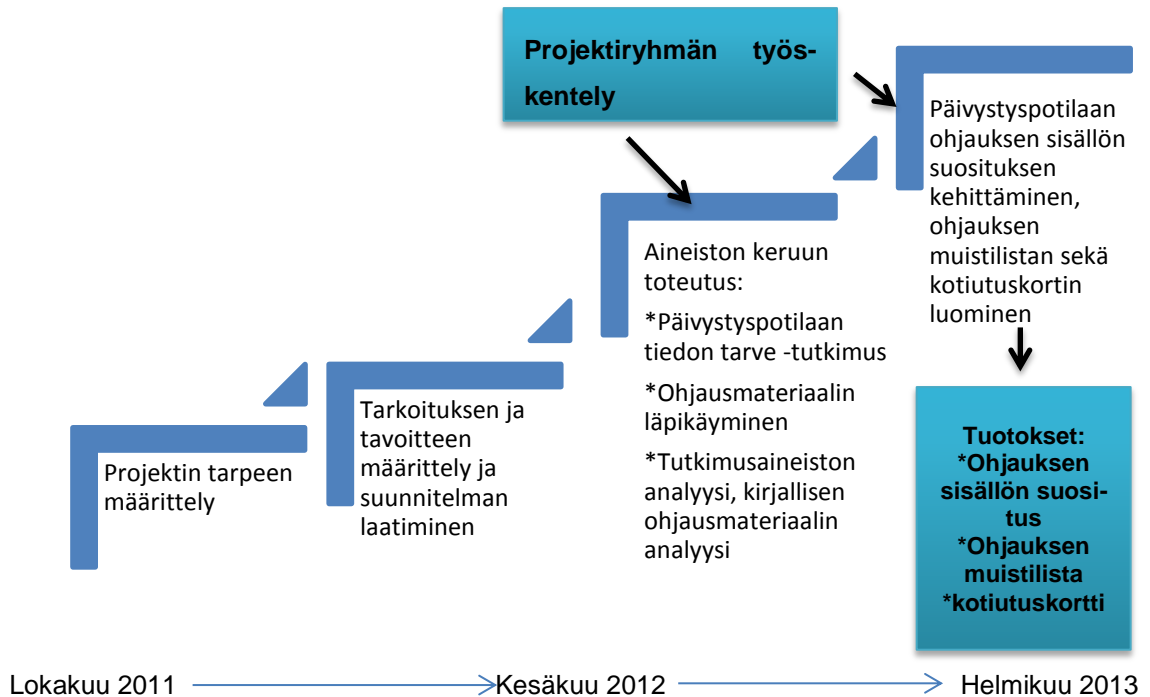
Tämä kehittämisprojekti pyrkii vastaamaan terveydenhuoltolain vaatimukseen potilasohjauksen kehittämisen osalta. Sen *tarkoituksena* oli laatia päivystyspotilaan voimavaraistavan ohjauksen sisällön suositus ja kehittämisprojektin *tavoite* oli kehittää potilasohjauksen sisältöä potilaslähtöisesti ja voimavaraistavaksi. Kehittämisprojektin myötä syntyi päivystyspotilaan ohjaussuositus, jonka pohjalta kehitettiin voimavaraistavan ohjauksen muistilista sekä kotiutuskortti, jotka tukevat potilaan voimavaraistumista. Yhtenäisellä potilaslähtöisellä ohjauksella systematisoidaan potilasohjausta ja edistetään samalla potilasturvallisuutta sekä taataan kaikille potilaille tasapuolinen ja tasa-arvoinen kohtelu. Systemaattisella potilaiden tiedon tarpeisiin perustuvalla ohjauksella parannetaan hoidon laatua ja tuetaan potilaiden voimavaraistumista. Potilaan voimavaraistumista tukevaa ohjauksen sisällön suositusta käytetään kaikessa potilasohjauksessa, jota EPLL:n yhteispäivystyksessä annetaan.

2.3 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämisprojekti oli nelivaiheinen ja eteni vaihe vaiheelta suunnitelman mukaisesti. (kuvio 1, s 11). Se käynnistyi syksyllä 2011, jolloin pohdittiin työelämämentorin kanssa yhteispäivystyksen kehittämiskohteita sekä projektipäällikön omaa kiinnostusta potilasohjaukseen. Projektin tarpeen määrittelyn vaiheessa haettiin tietoa potilasohjauksesta eri tietokannoista, kirjallisuudesta sekä tutkimuksista. Tiedonhaussa käytettiin Chinal, Cochrane, Medic ja Medline tietokantoja (Liite 1). Tämän lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti. Tiedonhaku jatkui koko projektin ajan. Projektisuunnitelma oli valmis huhtikuussa 2012, jolloin oli selvillä kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus sekä menetelmä. Projektipäällikkö haki tutkimuslupaa empiiriseen tutkimukseen toukokuussa 2012 ja sai sen heti kesäkuun 2012 alussa EPLL:n ylilääkäriltä.

Toisessa vaiheessa suoritettiin empiirinen tutkimus, joka toteutettiin yhteispäivystyksessä sekä päivystyksen puhelinpalvelussa kesäkuussa 2012. Tulosten analyysi sekä päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suosituksen tekeminen

ajoittui syksyyn ja talveen 2012. Samaan aikaan käytiin läpi yhteispäivystyksen kirjallinen ohjausmateriaali. Toukokuussa 2013 kehittämisprojekti raportoitiin kohdeorganisaatioon sekä oppilaitokseen.



Kuvio 1 Kehittämisprojektin prosessi

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN KOHDEORGANISAATION KUVAUS

3.1 Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen (EPLL) yhteispäivystys

Vuonna 2010 Suomessa astui voimaan uusi terveydenhuoltolaki, jossa määriteltiin tarkemmin päivystyshoidon saatavuus sekä se mitä kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan. Laki edellyttää kuntia ja sairaanhoitopiirejä järjestämään tarvittavan ympärivuorokautisen päivystyksen, jossa on riittävät resurssit ja osaaminen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden toteuttamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 2010,§50.)

EPLL:n yhteispäivystys aloitti toimintansa 1.1.2012, jolloin Varsinais-Suomen kaksi suurinta päivystävää yksikköä yhdistyivät hallinnollisesti. EPLL:een kuuluu myös FinnHEMS -lääkärihelikopteri toiminta, kenttäjohto yksikkö ja hoitolaitosiirrot sekä ensihoidon hallinnollinen järjestämisvelvollisuus. Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos perustettiin 12.4.2011 sairaanhoitopiirin valtuuston kokouksessa. (VSSHPPb 2011.)

Viime vuosina Suomessa on perustettu useita yhteispäivystyspisteitä tehostamaan päivystystoimintaa. Aiemmin päivystyskenttä on ollut hyvinkin pirstaleinen, johtuen tehtävänjakojen vaikeudesta erikoisalojen ja maantieteellisten rajojen vuoksi. Tämä on ollut potilasturvallisuutta heikentävää ja kaiken lisäksi hyvin kallista. Yhteispäivystyksessä hoidetaan sekä perusterveydenhuollon, yleislääketieteen että erikoissairaanhoidon eri erikoisalojen päivystyspotilaita samoissa tiloissa. (STM 2010, 11.)

Yhteispäivystyksessä hoidetaan vain päivystyspotilaita, joilla on jokin äkillinen sairaus, vamma tai kroonisen sairauden pahentuminen. Päivystyspotilaille on yhteistä se, että mikäli he eivät saa sairauteensa tai vammaansa hoitoa välittömästi, alle 24 tunnin aikana, minä tahansa vuorokauden aikana, tilanne huononee huomattavasti. (STM 2010, 20; Terveystoimintalaki, §50.) Yhteispäivystyksessä ei tule hoitaa mitään muita potilaita kuin päivystyspotilaita, jotka täyttävät edellä mainitut kriteerit. Yhteispäivystys ei voi toimia muun toiminnan varapaikkana. (STM 2010, 11-12.)

VSSHPP:n EPLL:n yhteispäivystyksen toimintamalli on Suomessa aivan ainutlaatuinen ja siinä uudistetaan päivystyspotilaan hoitoa kautta linjan. Päivystykseen sisällytetään myös terveystoimintalain neuvontaa ja uutta on myös se, että kaikki työntekijät toimivat liikelaitoksen alaisuudessa ja jako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä poistuu. (Lucenius, Rantanen & Santalahti. 2011, 4.) Päivystyksessä potilaat saavat kaiken avun yhdestä paikasta ja samalla päivystys toimii koko akuuttisairaalan hoidon ohjauspaikkana, josta potilaat ohjataan oikeille hoitolinjoille. (VSSHPPa 2011.) Vuoden 2012 alusta EPLL:n yhteispäivystys toimii vanhoissa tiloissaan, PÄI1 Kunnallissairaalan tiellä ja PÄI2 Tyks:n A-sairaalassa. Molemmissa yksikössä hoidetaan päivystysalueen potilaita.

ta, PÄI1:ssä myös perusterveydenhuollon päivystyspotilaita. Vuonna 2013 valmistui T-sairaalan uuteen laajennusosaan päivystykselle yhteiset tilat, jolloin toiminta muuttui todelliseksi yhteispäivystykseksi, jossa hoidetaan kaikki alueen päivystyspotilaat. (VSSHpb 2011.)

3.2 Yhteispäivystyksen toimintamalli

EPLL:n yhteispäivystyksessä toimii yksikön omat virkalääkärit, jotka ovat akuuttilääketieteen asiantuntijoita. Nämä lääkärit ovat pysyvästi yhteispäivystyksen työntekijöitä, joten STM:n raportin (STM 2010) mukaisesti lääkärin vaihtuvuus on minimoitu. Omien virkalääkäreiden rinnalla päivystää myös suurimpien erikoisalojen etupäivystäjät. Tulevaisuudessa on tavoitteena, että EPLL:n yhteispäivystyksessä toimii päivystyslääketieteen erikoislääkäreitä ja siihen erikoistuvia lääkäreitä. Tällä turvataan päivystyksen erityisosaaminen ja yhteys eri kliiniksille erikoisaloille mahdollistaen päivystyspotilaille oman erikoisalaansa mukainen hoito. (Lehtonen, Lucenius & Kiuru 2012.)

Hoitohenkilökuntaa johdetaan lean-filosofian mukaisesti. Lean-filosofiassa keskitytään tehostamaan potilaan hoitoa kaikilla tasoilla. Jokainen taso, ensihoidosta hoitoryhmään, tekee sille erikseen sovitut toimenpiteet ja näin ollen seuraavan on helpompi jatkaa hoitoa. Tällä tavoin pyritään siihen, että resursseja säästyy ja henkilöstö jaksaa paremmin. Tämän lisäksi moniammatillisen tiimityömallin mukaisesti hoitohenkilöstön osaaminen kohdentuu paremmin ja tätä kautta päivystyspotilaan hoidon laatu paranee. Tiimityön tavoitteena on moniammatillisesti, potilaslähtöisesti ja tasa-arvoisesti hoitaa potilaat siten, että kaikki ammattilaiset käyttävät parhaan osaamisensa hoidon toteuttamiseen potilaan ollessa kaiken toiminnan keskiössä. (Kataja 2013, 22; Lucenius, Rantanen & Santalahti 2011; Isoherranen 2005.) Päivystystyön erityisosaaminen on huomioitava kaikilla koulutusaloilla. EPLL:n yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta on myös kokenutta päivystyshoitotyön henkilökuntaa ja tämä kokemus näkyy myös hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoon ohjauksessa yhteispäivystyksen puhelinpalvelussa (STM 2010; Lehtonen ym., 2012).

Tässä toimintamallissa on uudenlainen ajatus hoitaa potilasta EPLL:n yhteispäivystyksen päivystyspotilaana. Potilaita ei jaotella hoitoyksiköihin erikoisalan-
sa mukaan, vaan oireiden mukaisesti. Mikäli potilasta ei voida kotiuttaa yhteis-
päivystyksestä, siirtyy hän oireidensa tai vammansa mukaiselle toimialueelle
jatkohoitoon. Ennen pidettiin tiukasti kiinni oman yksikön toiminnasta ja sen ke-
hittämistä juuri sen yksikön yksilölliseen suuntaan. Tässä uudessa toimintamal-
lissa toimitaan yhdessä potilaan parhaaksi ja kehitetään yhteistoimintaa tehos-
tamaan potilashoitoa moniammatillisesti. (Nummelin, Pakasto, Lamminen &
Lucenius 2011, 21.) Kun EPLL:n yhteispäivystyksessä on käytössä yhteinen
potilaslähtöinen ohjausmalli, on potilaiden hoidon jatkuvuus turvattu myös var-
sinaisen sairaalahoidon jälkeen. Tämä on erityisen tärkeää niiden potilaiden
kohdalla, jotka kotiutuvat yhteispäivystyksestä ja jatkavat hoitoaan itsenäisesti.
(Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.)

3.3 Potilasohjausmenetelmät EPLL yhteispäivystyksessä

Yhteispäivystyksessä potilasohjausmenetelminä on suullinen yksilöohjaus, kir-
jallinen ohjaus sekä puhelinohjaus. Yhteispäivystyksessä on käytössä useita
kirjallisia potilasohjeita. Ohjeita on niin konkreettisista hoitotoimenpiteistä kuin
jatkohoidostakin. Osa kirjallisesta ohjausmateriaalista on VSSHP:n omia ja osa
lääkeyritysten markkinointituotteita. Puhelinohjeistukset on yhteispäivystyses-
sä päivitetty helmikuussa 2012, kun uusi contact center aloitti toimintansa.

EPLL:n yhteispäivystyksessä puhelinohjaus on merkittävä ohjausväline. Ohjaus
on näin helposti saatavilla ja niin sanotusti matalan kynnyksen toimintaa, missä
potilaat saavat tasa-arvoisesti palvelua liittyen terveydellisiin ongelmiinsa. (Ora-
va 2010, 26; Moscato ym. 2007, 132.) EPLL:n yhteispäivystyksen contact cen-
terissä puhelinohjausta toteutetaan usein strukturoitujen ohjeiden avulla, mutta
ohjeista huolimatta hoitajat pyrkivät yksilölliseen ohjaukseen ja hoidon tarpeen
arviointiin (Orava 2010, 27).

4 POTILASOHJAUS

Potilaiden laadukas ohjaus perustuu potilaan tiedon tarpeeseen (Kääriäinen 2007, 120). Tiedontarpeet kohdistuvat sairauteen, sen hoitoon, hoidon ja sairauden vaikutuksiin sekä niistä selviytymiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210). Laadukas potilasohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, tavoitteellista toimintaa, joka on riittävin resurssein toteutettua sekä sisällöltään riittävää ja vaikuttavaa (Kääriäinen 2007, 122).

4.1 Voimavaraistava potilasohjaus

Voimavaraistava on käsitteenä moniulotteinen, jonka tarkoitus vaihtelee käyttöpäristön mukaan. Hoitotyössä ohjaamiseen voimavaraistava käsitteenä sopii hyvin, sillä siinä on kaksi selkeää osaa, jotka tukevat ohjaamisen käsitettä. Ensinnäkin voimavaraistava toiminta on voimaa ja valtaa tukevaa, sillä potilaat kokevat saavansa vaikuttaa enemmän omaan hoitoonsa. Tämä tunne lisää heidän itsehoitovalmiuksiaan. Lisäksi potilaasta lähtevä ohjaus on voimavarojen käytön suuntaamista sinne, mistä voimavarat tulevat. (Angelman & Berman 2007, 141.)

Voimavaraistumista tukeva tieto voidaan jakaa käsitteenä kuuteen osa-alueeseen: biologis-fysiologinen osa-alue, toiminnallinen osa-alue, kokemuksellinen osa-alue, eettinen osa-alue, sosiaalisyhteisöllinen osa-alue ja ekonominen osa-alue (Rankinen, Salanterä, Heikkinen, Johansson, Kaljonen, Virtanen & Leino-Kilpi 2007, 113; Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 138-145; Leino-Kilpi, Luoto & Katajisto 1998, 116-123).

Biologis-fysiologisen alueen tietoa on kaikki itse sairauteen ja sen vaikutuksiin elimistössä vaikuttava tieto. Toiminnalliseen alueeseen kuuluu liikkuminen, lepo, ravitsemus ja hygienia. Kokemuksellinen alue sisältää itsessään sairaalassa olemisen kokemuksen. Eettiseen osa-alueeseen kuuluu potilaan oikeudet ja

velvollisuudet sekä päätöksen teko hoitotilanteissa. Sosiaaliseen osa-alueeseen kuuluu perheen ja läheisten mahdollisuus osallistua hoitoon. Taloudelliseen osa-alueeseen kuuluu lääkekustannukset, sairaalamaksut, sairauslomakorvaukset, ansionmenetykset ja taloudelliset tukimuodot (Kuvio 2). Kaikkien voimavaraistumista tukevien tiedon osa-alueiden huomioon ottaminen potilasohjauksessa on tärkeää, jotta voidaan tukea potilaan voimavaroja kattavasti ja jotta ohjaaminen tapahtuu potilaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti. (Rankinen ym 2007, 113.)

Suomessa potilaiden yhtenä tärkeänä voimavarana on valtion ylläpitämä terveydenhuoltojärjestelmä ja sen mukanaan tuoma edullisuus ja tasa-arvoinen saatavuus. Tämän lisäksi potilailla on mahdollisuus valita yksityisen sektorin palveluja. Terveystieteiden seuranta- ja palautejärjestelmät lisäävät potilaiden voimavaraistumista, sillä niiden kautta potilaat kiinnostuvat omasta terveydestään. (Angelmar & Berman 2007, 141-142.)



Kuvio 2 Voimavaraistava potilasohjaus (mukaillen Rankinen ym 2007; Leino-Kilpi ym 1998)

Hyvä ja laadukas ohjaus ja neuvonta ovat oleellinen osa päivystyspotilaan hoitoprosessia (STM 2010, 23). Ohjauksella pyritään parantamaan potilaan motivoitumista omaan hoitoonsa ja olemaan aktiivinen hoidossaan, jonka päätöksiä hoitaja asiantuntemuksellaan tukee oikeaan terveyttä edistävään suuntaan (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007). Hyvällä ohjauksella tuetaan potilaan selviytymistä itsenäisesti hoidostaan kotona usein lyhyeksi jääneen sairaalassa olon jälkeen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213).

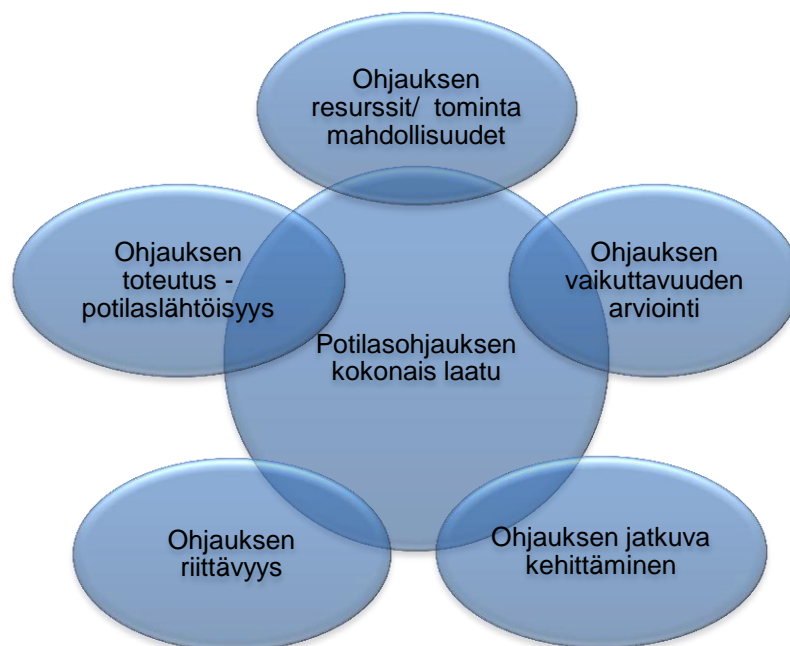
Ohjauksen sisällön on oltava potilaan voimavaraistumista tukevaa, joka onnistuu parhaiten kun ohjaus on potilaan tarpeista lähtevää. Voimavaraistuneella potilaalla on sellaista tietoa omasta terveydentilastaan, joka vastaa hänen omia odotuksiaan ja olemassa olevaa tietoa. Voimavaraistunut potilas on siis tietoinen tiedostaan ja on valmis käyttämään tietoaan omassa hoidossaan. Potilaan pitää tuntea olevansa tärkeä siinä hoitoprosessissa, jonka keskiössä hän on. (Leino-Kilpi 2010.)

Tutkimusten mukaan päivystyspotilas kokee tarvitsevansa päivystyspoliklinikalla ollessaan ohjausta konkreettisista asioista, kuten ruokailumahdollisuuksista odottaessa sekä hoitoprosessin aikataulusta. Mitä pidempään potilaat ovat päivystyspoliklinikalla, sitä paremmin he tuntevat saaneensa tarvitsemaansa tietoa. Selkeät jatkohoito-ohjeet ovat voimavaraistumisen kannalta tärkeät, koska niiden avulla potilas sisäistää jatkohoitonsa. (Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikkola, Salonpää, Sandvik, Vanninen & Paavilainen. 2011, 21.)

Potilaat tietävät terveydestään ja sairauksistaan nykyään entistä enemmän, joten heidän tiedon tarpeensa ovat lisääntyneet ja muuttuneet. Tämän vuoksi potilasohjausta pitää kehittää jatkuvasti. (Lipponen 2011, 17.) Potilas on otettava mukaan hoitoonsa, sillä hoito ja tutkimukset tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta, 5§). Jotta tämä tapahtuu, on päivystyspotilasta ohjattava omaan hoitoonsa siten, että potilas varmasti ymmärtää miten häntä ollaan hoitamassa ja millaisia riskejä siihen mahdollisesti liittyy. Hoitohenkilöstöä velvoittaa myös laki ajaa potilaan etua. Hoitajan tulee antaa ohjausta potilaalle oma-aloitteisesti, ilman että potilas sitä pyy-

tää. Näin ollen ohjaaminen hoitopäätöksiä tehdessä potilaan edun mukaisesti on velvoite. (Finlex 1993.)

Onnistuneen potilasohjauksen myötä hoidon laatu paranee ja terveydenhuoltomenoissa tulee säästöjä, koska potilaat eivät enää ota yhteyttä niin usein hoitolaitokseen vaan selviytyvät omasta hoidostaan itsenäisemmin (VeTePo 2011, 2). Potilas on keskeisessä roolissa hoidossaan tiedon saajana ja oman hoitonsa toteuttajana (Hupli, 2004).



Kuvio 3 Laadukkaan potilasohjauksen malli (mukaiillen Kääriäinen 2007)

Laadukas potilasohjaus on potilaslähtöistä toimintaa, jossa potilas on ohjauksen keskiössä ja ohjaus lähtee potilaan tarpeista. Se on osa laadukasta ja hyvää hoitoa (Kääriäinen 2007, 144; Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salme-la, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi, 2005, 218). Ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan omahoitoa ja paranemisprosessia sekä turvata hoidon jatkuvuus poliklinikkakäynnin jälkeen. (Eloranta, Johansson, Vä-hätalo 2009, 24.)

Potilaiden voimavaraistumisen taustalla on potilaan muuttuminen passiivisesta aktiiviseksi toimijaksi. Yhteiskunta ja terveydenhuoltojärjestelmä voi auttaa potilaita itsenäistymään hoidossaan lisäämällä heidän tietämystään omasta terveydestään ja ottamaan vastuuta itsestään. Samalla lisätään potilaiden tietämystä sairauksista ja niiden hoidosta. Itsehoitotaitojen kehittyminen koulutuksen ja opetuksen myötä lisää voimavaraistumista parantamalla itsetuntoa onnistumisten myötä. Koko terveydenhuollon ympäristön tulee olla voimavaraistumista tukeva, jotta se tapahtuisi täydellisenä. Potilaalla tulee olla vapaus valita hoitomuotonsa ja hoitajansa sekä osallistua aktiivisesti oman hoitonsa toteuttamiseen. (Leak, Davis, Houchin & Mabrey 2008, 208; Angelmar & Berman 2007, 150-153.)

Voimavaraistava potilasohjaus on tulevaisuuden kannalta tärkeää, sillä tutkitusti on näyttöä siitä, että näin ohjatut potilaat tarvitsevat vähemmän terveydenhuollon palveluja, mikä taas laskee menoja ja suuntaa resursseja enemmän niitä tarvitseville (Angelmar & Berman 2007, 155).

4.2 Päivystyspotilaan ohjaustarve

Ohjauksen tarpeeseen vaikuttavat potilaiden ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutus potilaan elämään (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210).

Päiväkirurgisten ja kirurgisten potilaiden tiedon tarpeesta tiedetään, että niihin vaikuttivat ikä ja koulutustaso sekä se, onko aiempaa kokemusta päiväkirurgiasta (Heikkinen 2011; Rankinen ym. 2007; Heikkinen ym 2007). Suurin vaihtelu tiedon tarpeissa oli eettisissä ja taloudellisissa tiedon tarpeissa (Heikkinen ym. 2007, 277). Potilaat kokivat tarvitsevansa enemmän tietoa kaikissa osa-alueissa, mutta erityisesti toiminnallisissa, eettisissä, sosiaalisessa ja taloudellisessa voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueessa. Tiedon tarpeisiin vaikuttivat potilaiden ikä, koulutus taso ja ekonominen ryhmä. (Rankinen ym. 2007, 115-116.)

Voimavaraistavassa ohjauksessa sairaanhoitaja vastaa potilaan esille tuomiin kysymyksiin ja rakentaa ohjauksen sen mukaisesti, ottaen huomioon jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet ohjauksen onnistumiselle (Kyngäs ym. 2007, 26; Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 7). Systemaattinen ja potilaslähtöinen ohjaus tukee potilaan tiedon saantia ja voimavaraistumista liittyen potilaan omaan hoitoon. Onnistuneella ohjauksella lisätään potilaan elämän hallintaa myös sairastuessa. (Eloranta ym. 2009, 24.)

Saarisen (2007) päivystyspoliklinikalla tehdyn tutkimuksen mukaan ne potilaat, jotka tulivat päivystykseen akuutin syyn takia, olivat tyytymättömämpiä saamaansa ohjaukseen kuin ne, jotka olivat siellä jonkin muun syyn vuoksi (Saarinen 2007, 67). Potilaan näkökulmasta eniten informaatiota päivystyspoliklinikalla halutaan odotusajasta ja kotihoidosta. Odotusaika, mitä odottamisen aikana tapahtuu ja ruokailuun ja liikkumiseen liittyvät tiedot ovat potilaille hyvin tärkeitä. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 26; Saarinen 2007, 67). Potilaat odottavat yksilöllistä tietoa sairaudestaan, tutkimuksista, hoidosta ja lääkkeistä ja juuri tämä yksilöllisyys on päivystyspotilaan voimavaroja tukevaa (Salminen-Tuomaala ym. 2011, 50).

Ohjausta on voitava myös arvioida. Ohjaukselle on asetettava tavoitteita, jotta voidaan jatkossa arvioida ohjauksen vaikutuksia suhteessa tavoitteisiin. (Kääriäinen 2007, 120.) Tavoitteellisuus on myös potilaan näkökulmasta ohjauksen edellytyksenä. Potilas tekee ohjaavan hoitajan kanssa yhdessä tavoitteet hoidolle ja näin ollen sitoutuu omaan hoitoonsa paremmin, kun on itse päässyt vaikuttamaan hoitoonsa. Hoitajalla on ammatillinen vastuu potilaan hoidosta ja ohjauksesta kokonaisuudessaan, johon kuuluu kaikki sosiaalisen tuen muodot eli emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen ja tulkintatuen antamista. (Kyngäs ym. 2007, 42.)

4.3 Potilasohjaus hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Laadukkaasti toteutettu ohjaus auttaa päivystyspotilasta voimavaraistumaan omassa hoidossaan sekä tekemään perusteltuja päätöksiä terveydentilansa parantamiseksi. Samanaikaisesti laadukkaalla ohjauksella parannetaan potilaan elämänlaatua (Johansson, Katajisto & Salanterä 2010, 2986). Ohjausta antavan hoitohenkilökunnan on huomioitava ohjauksessa sen kaksinäkökulmaisuus eli se, että ohjaaja ja ohjattava katsovat tilannetta eri suunnista. Ohjaustilanne tapahtuu nykyhetkessä, jossa on läsnä niin menneisyys kuin tulevaisuuskin. Ohjaustilanne tapahtuu ohjaajalle tutussa tilassa, joten onkin tärkeää ohjata potilaan perspektiivistä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 24.)

Ohjauksen onnistumiselle on merkittävässä osassa ohjaajan oma tieto ohjattavasta asiasta, taito ohjata sekä motivaatio ohjaamiseen (Kyngäs ym. 2006, 34). Jokaisen hoitajan tulisi pitää mielessä, mitä ohjaus on, miksi sitä tehdään ja miten potilaita ohjataan (Kääriäinen 2007, 120; Kyngäs ym. 2006, 35). Hoitajalla pitää olla mielenkiintoa selvittää potilaan elämäntilannetta, sillä potilaan elämäntilanteen huomioiminen ohjaustilanteessa lisää hänen sitoutumistaan hoitoonsa (Salminen- Tuomaala, Kaappola, Kurikka & Leikola ym. 2010, 25). Hoitaja arvioi potilaan tiedot omasta sairaudestaan ja ohjaustarpeen hoitosuhteessa kehittyneen vuorovaikutuksen kautta. Tämän vuoksi hoitajan on tiedostettava potilaan tiedon tarpeet. Potilas arvioi omaa tilannettaan omista lähtökohdistaan ja hoitaja ammatillisista lähtökohdista. Jos vuorovaikutus ei toimi, menee ohjaustilanne harhaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.)

Ohjaustilanteen onnistumiseen vaikuttaa henkilöstöressurssien lisäksi myös tilat, jossa ohjausta toteutetaan. Ympäristötekijät voivat vaikuttaa ohjauksen laatuun parantamalla tai heikentämällä sitä. Ympäristötekijöihin luetaan fyysisen ympäristön lisäksi hoitokulttuuri sekä ihmissuhdeympäristö hoitoyksikössä. (Kyngäs ym. 2007, 36.) Rauhallinen, kiireetön, siisti tila olisi ideaali ympäristö toteuttaa ohjausta, ja siihen verrattuna meluinen ja ahdas päivystyspoliklinikka ei ole paras mahdollinen ympäristö ohjaukselle. Kiireiseltä hoitajalta potilas ei ehkä kysy mieltään askarruttavia kysymyksiä, joten kiire huonontaa ohjauksen vuorovaiku-

tusta ja sitä kautta ohjauksen laatua. (Kyngäs ym. 2007, 37; Kääriäinen 2007, 120.)

Potilaslähtöinen ohjaus on haastavaa päivystyspoliklinikalla, jossa potilaskontaktit ovat lyhyitä. Potilaat ovat poliklinikalla keskimäärin noin neljä tuntia ja heitä hoitaa yleensä enemmän kuin yksi hoitaja, koska käytössä on tiimityömalli (EPLL 2012). Jotta potilaslähtöinen ohjaus onnistuu, tulee jokaisen potilaan hoitoon osallistuvan muodostaa nopeasti käsitys potilaan tiedon tarpeesta ja sen hetkisestä elämäntilanteesta (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 26).

Seinäjoen keskussairaalan päivystyksessä on toteutettu potilasohjauksen kehityshanke, jossa on luotu päivystyspotilaalle ohjausmalli, joka perustuu dialogiseen vuorovaikutukseen. Ohjausmallissa hoitaja ja lääkäri antavat yhdessä ohjausta potilaalle tämän kotiutuessa, jolloin vältetään ohjauksen päällekkäisyydelä. Tämän ohjausmallin kautta hoitajien työ on muuttunut kokonaisvaltaisemmaksi potilaan hoitopolkua ja elämäntilannetta huomioivaksi, sillä hoitajat tekevät kotiutusvaiheessa myös yhteenvedon potilaan hoidosta ja kotitilanteesta. Ohjaustilanteeseen otetaan mahdollisuuksien ja potilaan luvan mukaan myös omainen, sillä on tutkittu että omaisen läsnäolo on potilaan tärkeä voimavara. (Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikkola, Salonpää, Sandvik, Vanninen & Paavilainen 2011, 52.)

4.4 Läheisten ohjaus päivystyksessä

Yhteispäivystykseen saapuu usein potilaan mukana myös saattaja, omainen tai muu läheinen, jonka tiedontarve tulee huomioida. Joissakin tapauksissa, kuten muistisairaana vanhuksen kohdalla, on omainen se, joka vastaa potilaan hoidosta tämän kotiuduttua. Tällöin on huomioitava omaisen resurssit ottaa vastaan tietoa potilaan hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 36.)

Aiempien tutkimusten mukaan läheisten ja saattajien osallistuminen potilaan ohjaamiseen päivystyspoliklinikalla on koettu tärkeäksi (Virtanen ym., 2009; Nikki & Paavilainen 2009). Läheisten ja perheen osallistuminen potilaan hoitoon päivystyspoliklinikalla vahvistaa heidän voimavarojaan kestää uusi vastoinkäy-

minen elämässä, mitä akuutisti sairaalaan joutuminen on. Omaisten ja läheisten läsnäolo voimavaraistaa päivystyspotilaita, sillä potilaat kokevat omaisten osallistumisen hoitoon tärkeänä psykososiaalisena tukena. (Ekwall, Gerdzt & Manias 2009, 3495; Nikki & Paavilainen 2009, 317; Salminen-Tuomaala ym. 2009, 26). Läheisiä tulee ohjata samanaikaisesti potilaan ohjaamisen kanssa. Näin saavutetaan potilaan hoidossa yhteisymmärrys ja läheisetkin pääsevät vaikuttamaan potilaan hoitoon. He toimivat päivystyspoliklinikalla potilaiden tukena ja asioiden ajajana, etenkin kriittisesti sairaiden potilaiden kohdalla. Tämä lisää myös jatkohoidon turvallisuutta, koska ohjeet muistetaan paremmin. Potilas noudattaa jatkohoito-ohjeita tunnollisemmin, kun mukana ohjauksessa on omainen. (Nikki & Paavilainen 2010, 318; Rantala 2007, 22.) Läheisille annettavan tiedon oikeellisuus ja oikea-aikaisuus korostuvat päivystyspoliklinikalla annettavassa ohjauksessa. Hoitajilla on oltava aikaa ohjata läheisiä, etenkin silloin, kun läheiset eivät pääse tapaamaan potilasta. Myös pitkä odotusaika edellyttää laadukasta ohjausta ja tiedonantoa läheisille ja potilaille, sillä se edistää positiivista mielikuvaa päivystyspoliklinikasta käynnistä. (Nikki & Paavilainen 2010, 319.) Läheisille tulee välittää tietoa koko potilaan hoitoprosessin ajan. Erityisen tärkeää on kiireellisyysjärjestelmän selvittäminen potilaan läheisille, sillä se vaikuttaa potilaan odotusaikaan, jonka pidentyminen taas vaikuttaa potilaan ja läheisten kokemukseen päivystyspoliklinikasta käynnistä. (Nikki & Paavilainen 2010, 320.)

Päivystyksessä on usein kiire ja aina läheisiä ei voida ottaa huoneisiin potilaan vierelle. Tässä tilanteessa hoitajan ja läheisen ensikohtaamisella ja hoitajan vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys päivystyspoliklinikakäynnin aikaisen ohjaamisen onnistumiselle. Onnistunut vuorovaikutussuhde perustuu positiivisen suhtautumiseen saattajiin sekä luottamuksen syntymiseen ensikohtaamisella. Potilaan hoidon onnistumiselle läheisten osallistuminen hoitoon on hyödyllistä ja se pitäisi olla myös hoitajien intressi kohdatessa läheisiä. (Nikki & Paavilainen 2010, 321.)

Useissa potilasohjausta käsitelävissä kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa tulee merkittävästi esille potilaiden kokemus omaisten osallistumisen tärkeydestä ohjauksessa ja hoidon kokonaisuuden toteutumisessa (Eloranta ym. 2009; Salminen & Tuomaala 2009; Ekwall ym. 2008; Rintala 2007; Isola ym.

2005; Salanterä ym. 2005). Hoidon onnistumisen varmistamiseksi on tärkeää, että potilailla olisi selkeä kuva siitä, miten heidän läheisensä voivat osallistua hoitoon tai keneltä he voivat saada tietoa potilaan tilanteesta (Salanterä ym. 2005, 225).

Hoitoajan pidentyessä ja usein samalla tilanteen huonontuessa, läheisten tiedon tarve lisääntyy, jolloin myös lääkärin ohjausvelvollisuus korostuu. Valitettavasti kuitenkin tässä kohtaa usein ohjauksen saanti vähenee, joten kaikki ammattiryhmät tulisi saada mukaan antamaan läheisille ohjausta, jotta hyvä hoito olisi tältäkin osin turvattu. (Rintala 2007, 72.) Tästä syystä omaisten osallistumisesta potilaiden hoitoon yhteispäivystyksessä pitäisi lisätä. Yhteispäivystykseen tullessa tulisikin mukana olevalta läheiseltä tiedustella halukkuutta osallistua potilaan hoitoon, jolloin olisi selkeästi osoitettavissa läheisen rooli potilaan hyvään hoitoon osallistujana. Samalla informoida tulevista tutkimuksista ja hoidoista, etenkin jos potilaan mukaan ei voi tulla. Tämä auttaa läheistä potilaan tukemisessa uudessa tilanteessa. (Rintala 2007, 72-73.)

5 POTILASOHJAUSMENETELMÄT

Potilasohjausta toteutetaan useilla eri menetelmillä, kuten suullisesti ja yksilöllisesti potilaalle, ryhmäohjauksena, kirjallisena ohjauksena, puhelinohjauksena sekä internetissä tapahtuvana potilasohjauksena, joko interaktiivisesti tai erilaisilla lomakkeilla. (Salminen- Tuomaala ym. 2010, 24; Johanson, Sandford, Tyn dall 2008, 8; Kyngäs ym. 2007, 74,118,124; Ahonen 2004, 19.)

5.1 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallinen ohjaus on tärkeä osa potilasohjausta etenkin silloin kun ohjaamiseen käytettävä aika on lyhyt (Kyngäs ym. 2007, 124). Kirjalliseksi ohjausmateriaaliksi mielletään oppaat, lehtiset ja paperiset ohjeet. Kirjallisella materiaalilla voidaan antaa potilaalle tietoa tulevasta toimenpiteestä sekä kotihoito-ohjeita. Potilaiden mielestä tärkeiden ohjeiden tulee olla suullisen tiedon lisäksi kirjallisessa

muodossa. (Salminen- Tuomaala ym. 2010, 24; Johanson, Sandford & Tyndall 2008, 8; Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallisten ohjeiden tulee olla päivystyspotilaille sopivia ja juuri tämän potilasryhmän tarpeiden mukaisia. (Kyngäs ym. 2007, 124; Griffin, McKenna, Tooth 2003, 171). Niiden pitää olla ymmärrettävässä muodossa, selkeät ja niiden pitää tukea sanallista ohjausta. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 25; Kyngäs ym. 2007, 125; Griffin ym. 2003, 173.) Kirjallinen potilasohje tulee käydä ohjaustilanteessa läpi potilaan kanssa, koska se lisää potilaiden luottamusta selviytymiseensä hoidostaan kotona (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 25). Kirjallisen potilasohjeen laadinnassa on kiinnitettävä huomiota sen sisältöön, ulkonäköön, kieleen ja rakenteeseen (Kyngäs ym. 2007, 126; Griffin ym. 2003, 173). Ulkonäöllisesti ohjeen tulee olla selkeä ja yksinkertainen sekä houkutteleva (Griffin ym. 2003, 173).

Ohjeen sisältö tulee olla informatiivinen, tarkka ja ajantasainen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213). Siinä kerrotaan kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Ohje tulee olla kirjoitettu selkeällä kielellä ja fontilla, koko vähintään 12. Erityisen tärkeitä osioita korostetaan erilaisella fontilla tai esimerkiksi alleviivauksella tai lihavoinnilla. Ohjeessa esitetään yksi asia kappaletta kohden, mikä lisää ohjeen selkeyttä. Kuvilla tai kuvioilla voidaan selkeyttää sanallista ohjetta, mikäli se on ohjeelle sopiva. Ohjeessa käytetään mielellään passiivia kuin aktiivia. Lääketieteelliset termit tulee suomentaa ymmärrettäviksi, mikäli niitä käytetään. Muutoinkin kielen tulee olla selkeää ja sanojen ja termien yksiselitteisiä. (Kyngäs ym. 2007, 127; Griffin ym. 2003, 173). Kirjallisessa potilasohjeessa tulee olla myös osioita, jotka vähentävät potilaan pelkoja. Tällaisia seikkoja ovat osiot, joissa käsitellään kokemuksellisesti hoitoon liittyviä osialueita ja sitä kautta potilaat pääsevät käsittelemään hoitoonsa liittyviä tunteita. Tämän lisäksi hyvillä kirjallisilla ohjeilla voidaan auttaa potilasta käsittelemään eettisesti hankalia asioita, selventämällä niitä sanallisesti (Salanterä ym., 2005, 225).

Tutkimusten mukaan päivystyspoliklinikoiden potilaat kokevat kirjalliset ohjeet hyvin tärkeiksi kotona selviämisen kannalta, sillä niiden avulla kotona selviytyminen tuntui mahdollisemmalta. (Salminen-Tuomaala ym. 2009, 25.) Kirjallisen kotihoito-ohjeen avulla potilaat pystyvät palaamaan saamaansa ohjeistukseen,

mikäli kokevat sen tarpeelliseksi (Johnson ym. 2008,9; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212). Kotihoito-ohjeet olisi hyvä käydä suullisesti läpi potilaan ja saattajan kanssa epäselvyyksien välttämiseksi (Virtanen, Paavilainen, Helminen & Åstedt-Kurki 2009, 310).

Etenkin iäkkäimmille potilaille kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat tarpeen, sillä heillä on usein tarve palata ohjeiden pariin myöhemmin, kun epävarmuutta omasta hoidosta ilmenee. Tämä lisää hoidon turvallisuutta ja turvaa hoidon jatkuvuutta. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 26; Virtanen ym. 2010, 310; Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 60.)

5.2 Suullinen ohjaus

Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva antaa suullista yksilöohjausta koko hoitoprosessin ajan, sillä verbaalinen viestintä on potilas-hoitaja vuorovaikutuksen keskeistä toimintaa ja sitä pidetään ohjauksen tärkeimpänä tekijänä (Kyngäs ym. 2007, 74). Suullisen ohjaamisen tukena on yleensä kirjallinen materiaali tai demonstraatio, samalla suullinen ohjaus täydentää kirjallista ohjausta (Johnson ym. 2008, 8). Kun hoitaja keskustellen ohjaa potilasta, on ohjaustilanne vuorovaikutteinen, jolloin potilaalla on mahdollisuus samalla kysyä mieltään askarruttavia asioita. (Leak ym. 2009, 209; Johnson ym. 2008, 8; Kyngäs ym. 2007, 74.) Suullinen yksilöohjaaminen on käytetyin menetelmä ohjaamisessa päivystyspoliklinikalla. Potilaat arvostavat suullista yksilöohjausta, sillä silloin ohjaus on heidän tarpeistaan lähtevää ja potilaat kokevat ohjauksen ilmapiirin motivoivana ja vapaana. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211.) Päivystyspoliklinikalla ohjaus jää usein pinnalliseksi kiivaan työtahdin vuoksi, vaikka tutkitusti siihen, että potilas jakaa mieltään painavat asiat hoitajan kanssa siten, että voimavaraistumista tapahtuu, menee vain noin viisi minuuttia (Leak ym. 2009, 209).

Suullisen ohjauksen taustalla ovat hoitajan tiedot ja taidot sekä työkokemus. Hoitaja käyttää ohjaamiseen myös koko persoonaansa ja vuorovaikutustaitojaan. (Lipponen ym. 2006, 25). Suullisen ohjaamisen haasteena on antaa potilaalle juuri hänen tarpeeseensa perustuvaa, selkeää sanaista ja relevanttia ohja-

usta. Ohjausta antavan hoitajan puhuessa potilaan kanssa ”samaa kieltä” ohjaus tukee paremmin potilaan voimavaraistumista. (Leak ym., 2009, 209.)

Sanallisen viestinnän ohella sanaton viestintä eli ilmeet ja eleet, täydentävät tai jopa muuttavat sanallista viestiä. Kehon kielellä on suuri merkitys viestinnässä, sillä sitä käytetään koko ajan keskustellessa ja sitä on vaikea kontrolloida. (Lipponen ym. 2006, 25-26.)

Useiden tutkimusten mukaan on tärkeää liittää suulliseen ohjaukseen kirjallinen materiaali ja niiden pitää olla yhtenevät. Potilaalla pitää olla mahdollisuus palata ohjeisiin myös kotiuduttua. (VeTePo 2011; Johansson ym., 2010; Salminen-Tuomaala ym. 2010; Johnson ym. 2008; Rintala 2007; Lipponen ym. 2006; Dunnion & Kelly 2005.)

5.3 Puhelinohjaus

Puhelinohjaus on puhelimitse tapahtuvaa suullista yksilöohjausta, joka on potilaan tiedon tarpeista lähtevää (Kyngäs ym 2007, 74). Puhelinohjaus on yleistynyt vuoden 2005 voimaan astuneen hoitotakuulain sekä uuden terveydenhuoltolain (2011) myötä. Puhelinohjaus voidaan jaotella palveluohjaukseen ja terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen sekä hoidon tarpeen arviointiin. Palveluohjauksessa annetaan tiedotuksia esimerkiksi aukioloajoista tai ohjataan asiakasta terveydenhuollon palvelun piiriin. Terveyden- ja sairaanhoidon ohjauksella tarkoitetaan konkreettisten ohjeiden antamista liittyen soittajan terveydentilaan. (Kyngäs ym. 118; STM 2010, 21.)

Yhteispäivystyksen puhelinpalvelussa annetaan palveluohjausta, tehdään hoidon tarpeen arviointia ja annetaan potilasohjausta. Hoidon tarpeen arvioinnista on määritelmä myös kansanterveystoimissa (Kansanterveystoimilaki 15b§, 1 momentti) jossa määrätään varmistamaan välitön yhteydensoittaminen terveydenhuoltoyksikköön hoidon tarpeen arviointia varten. Yhteydenotto voi olla joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti terveydenhuoltoyksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on asianmukainen koulutus ja riittävä työkokemus tehtävään. Arviointi ja ohjaus pohjautuvat olemassa oleviin saira-

uskertomuksiin. Yhteydenotto myös kirjataan sairauskertomukseen. (STM 2010, 21.)

Puhelimessa tapahtuvan ohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä, suullista yksilö-ohjausta, joka tulee tapahtua potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Tätä edellyttää laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 6§.) Puhelinpalvelussa hoitaja arvioi soittajan hoidon ja ohjauksen tarvetta erillisen puhelimeen tarkoitettujen ohjeistuksen avulla ja pyrkii näin selvittämään työdiagnoosia ja hoitoon hakeutumisen tarvetta. Mikäli tarvetta päivystykselliseen käyntiin yhteispäivystyksessä ei ole, antaa hoitaja tarvittavat hoito-ohjeet puhelimitse soittajalle. (EPLL puhelimen koulutus 2012; STM 2010, 21.)

Puhelinohjauksen asiakaslähtöisyys näkyy sen saatavuudessa, yksilöllisyyden huomioimisessa, asiakkaan aktiivisessa osallistumisessa päätöksen tekoon sekä näiden kautta asiakkaan selviytymisen vahvistamisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Yhteispäivystyksessä tapahtuva puhelinohjaus on akuuttia ja sisällöltään vaihtelevaa. Ohjauksen tarve on kiireellistä tai kiireetöntä ja se vaihtelee sesongeittain, esimerkiksi infektiokausien mukaan. (Orava 2010, 26.)

Jotta asiakas saa viestinsä ymmärretyksi, tulee puhelimessa olevan hoitajan osata kuunnella asiakasta. Asiakkaan kuunteleminen ja sen mukaan toimiminen rakentaa ohjauksen asiakkaan voimavarojen mukaan mikä puolestaan edesauttaa asiakkaan selviytymistä itsenäisesti. (Kynge ym. 2007, 79.) Tutkimusten mukaan ilman puhelinneuvontaa asiakkaat hakeutuvat useammin suoraan päivystyspisteeseen. Puhelinneuvonnalla voidaan siis vähentää päivystyskontakteja. Tämä lisää säästöjä terveydenhuoltokuluissa. (Johansson ym. 2010, 2986; Nuutila, Hoppendorff-Koskinen, Kauppila, Mertsola, Rusi, Ruusu & Leino-Kilpi 2004, 32.)

Asiantuntevan, kuuntelevan ja ymmärtävän hoitajan kohtaaminen puhelimessa tuo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta itsehoidossa. Helposti lähestyttävä ja empaattinen vuorovaikutus asiantuntevan hoitajan kanssa edesauttaa potilaan hoidon onnistumista. Tällaisessa puhelinkontaktissa hoitaja saa hyvän käsityksen soittajan tilanteesta ja pystyy tukemaan häntä juuri soittajan tarvitsemalla tavalla. (Moscato, Valanis, Tanner, Shapiro, Izumi 2007, 131.) Puhelinohjauk-

sen avulla potilaat tuntevat voimavaraistuvansa enemmän kuin kirjallisen ohjaamisen avulla, sillä puhelimesta he saavat juuri sen hetkisen tarpeen mukais-
ta tietoa (Johansson ym. 2010, 2986).

Puhelinohjauksessa työskentelevältä hoitajalta vaaditaan vahvaa eettistä osaamista, sillä puhelimesta tapahtuvaan ohjaamiseen liittyy useita eettisesti hankalia näkökohtia, kuten soittajan identifiointi, kolmannen osapuolen liittymisen ohjaukseen (potilas ei soita itse), tietojen priorisointi, autonomian säilyttäminen sekä tinkimättömyys ohjauksessa. Samanaikaisesti päätöksenteko näkemättä potilasta aiheuttaa eettistä painetta. (Holmström & Höglund 2007, 1868.)

Päivystyspoliklinikalla tapahtuva puhelinohjaus on reaktiivista puhelinohjausta. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa soittajalla ei ole vielä hoitosuhdetta päivystyspoliklinikkaan ja yhteydenotto tapahtuu soittajan eli potilaan tai omaisen aloitteesta. (Orava 2010, 23.) Reaktiivisessa puhelinohjauksessa hoitajalta edellytetään vankkaa ammattitaitoa sekä sen aktiivista kehittämistä. Kattava hoidollinen kokemus sekä ohjauksen tukena olevat apuvälineet, kuten tietokannoissa olevat ohjeet, ovat hyvien vuorovaikutustaitojen lisäksi edellytyksiä puhelinohjauksessa toimivalle hoitajalle. (Orava 2007, 29.) Puhelinohjaamiseen perehdytettäessä tulisi perehdyttää hoitajat ohjaamaan potilaista voimavaraistavasti, potilaan tarpeen näkökulmasta (Johansson ym. 2010, 2986).

5.4 Internet ohjaus

Nykyään internetistä löytyy kattavasti tietoa terveydenhuollon aihealueelta. Aikaisempien tutkimusten perusteella internet ohjausta hyödynnetään paljon pitkäaikaissairauksien hoidossa ja potilaiden ohjaamisessa. Nykypäivänä, etenkin nuoremmalle väestölle internet on luonnollinen paikka hakea ja saada tietoa sekä vertaistukea terveydellisissä ongelmissa (Ahonen 2004, 19). Päivystyksellistä potilasohjaus ja – neuvonta palvelua voidaan järjestää puhelinohjauksen ohella sähköisesti internetissä. Internetissä tapahtuvan neuvonnan tarkoitukse-

na on auttaa potilasta päätöksenteossa, minne oireiden tai vamman kanssa tulisi ottaa yhteyttä (STM 2010, 23).

Heikkisen tutkimuksessa (2011) todetaan että internetohjaus voi olla varteenotettava vaihtoehto henkilökohtaiselle voimavaraistavalle ohjaukselle päiväkirurgisten potilaiden kohdalla. Näin ollen se voi olla vaihtoehto myös päivystyspotilaan kohdalla, joka on samankaltainen lyhyt hoitosuhde. Internetohjausta yhdistettynä puhelinohjaukseen voidaan pitää kirjallisen ja suullisen ohjauksen yhdistelmänä, jonka on tutkitusti todettu auttavan potilaista voimavaraistumaan sekä vähentävän myös terveydenhuollon kuluja (Johannson ym. 2010). Internetissä olevien ohjeiden on oltava tieteellisesti hyväksytyjä ja näyttöön perustuvia niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Niiden tulee olla maailman laajuisesti yhtenevät ja hyväksytyt, sillä niillä on valtavasti lukijoita (Bastian 2008, 555).

Ohjeistuksen tulee olla kaupallisesti sitoutumatonta, näyttöön perustuvaa ja selkeästi saatavilla olevaa. Saksassa tehdyn tutkimuksen mukaan internetissä olevat kaupallisesti sitoutumattomat terveydenhuollon internetsivut ovat hyvin suosittu ja luotettavaksi todettu tiedonlähde ihmisille. Toimivien internetsivujen avulla ihmisillä on ollut mahdollisuus arvioida tutkittuun tietoon perustuen omaa terveydentilaansa. Näyttöön perustuvan tiedon saanti internetistä tukee potilaiden voimavaraistumista itsehoidossa (Bastian 2008, 555).

6 EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUS

6.1 Päivystyspotilaan tiedon tarve -tutkimus

Kehittämiprojektin toisessa vaiheessa (kuvio 1, s.11) selvitettiin empiirisesti päivystyspotilaiden tiedon tarvetta kvantitatiivisella survey- tutkimuksella, joka toteutettiin Sairaala Potilaan Tiedon Tarve (SPTT) -mittarilla (©Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003), joka on kehitetty Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella. Mittarilla arvioidaan sairaalassa hoidettavien potilaiden tiedon tarvetta (Leino-Kilpi ym. 2003) ja sen avulla saatujen tulosten perusteella on kehitetty potilaslähtöisesti ohjauksen sisältöä Tyks:ssa (Eloranta & Nygren 2011; Heikkinen

2011; Peltosalo 2011). Mittarin käyttöön saatiin lupa professori Helena Leino-Kilveltä 23.4.2012. Tutkimuslupa tutkimuksen tekemiseen saatiin EPLL:n ylilääkäriltä 11.6.2012.

Kyseistä mittaria ei ole käytetty aiemmin päivystyspotilaan tiedon tarpeen arvioinnissa. Mittarin lisäksi erikseen kysyttiin vastaajien taustamuuttujat (ikä, sukupuoli, koulutustausta, ammattikoulutus, työskentely, työskentely sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, perussairaudet, oliko kyseessä soitto vai käynti yhteispäivystyksessä) Lisäksi kysyttiin lisäkysymys lääkehoidon ohjaamisesta sekä avoin kysymys muista mahdollisista tiedon tarpeista, jotka eivät tulleet esille mittarin avulla.

SPTT-mittari (©Leino-Kilpi ym. 2003) on valittu tutkimukseen, koska sitä on käytetty VSSH:ssä useissa tutkimuksissa (Apostol, Eskola & Halme 2011; Arkkila, Himberg & Kallio 2011; Eloranta & Nygren 2011; Heikkinen 2011; Peltosalo 2011; Uusitalo 2009). Kehittämishankkeen tutkimuksellisella osalla haettiin vastaukset seuraaviin tutkimusongelmiin:

- 1. Mitä tietoa päivystyspotilas odottaa päivystyskäynnillä tai ottaessaan yhteyttä puhelimitse?*
- 2. Miten sosiodemografiset tekijät vaikuttavat päivystyspotilaan tiedon tarpeisiin?*

Tutkimus toteutettiin siten, että hoitaja antoi yhteispäivystyksessä asioineelle potilaalle kyselylomakkeen saatteineen. Contact Centeriin (CC) soittaneelle se postitettiin. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 180 potilaalle. Mukaan valittiin satunnaisesti kaikkina vuorokauden aikoina, noin kahden viikon ajalta kesäkuussa 2012, 60 PÄI1, 60 PÄI2 ja 60 CC:iin yhteyttä ottanutta henkilöä. CC:iin soittaneiden tutkimukseen osallistuvien henkilöiden potilasasiakirjoihin tehtiin merkintä tutkimukseen osallistumisesta hoitotyön asiantuntijatyöryhmän toiveesta.

6.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Tutkimuksessa käytettiin SPTT® -mittaria sekä lisäksi kysyttiin vastaajien taustamuuttujia ja lääkehoidon tiedon tarvetta erillisillä kyselyillä. SPTT® -mittarin 40 väittämää on jaoteltu kuuteen (kuvio 2, s.17) voimavaraistavan tiedon osa-alueeseen: biologis-fysiologinen osa-alue kahdeksan väittämää, toiminnallinen alue kahdeksan, kokemuksellinen alue kolme, eettinen alue yhdeksän, sosiaalinen kuusi ja taloudellinen tiedon tarpeen osa-alue kuusi väittämää (Rankinen, Salanterä, Heikkinen, Johansson, Kaljonen, Virtanen & Leino-Kilpi 2007, 114). Näiden lisäksi kysyttiin lääketiedon tarpeesta tutkijan itse laatimilla kahdella kysymyksellä.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin, käyttäen apuna SPSS 20- analysointiohjelmia (Heikkilä 2010, 122). Aineiston analyysi suoritettiin syys- lokakuussa 2012. Tutkimustulosten analysointi aloitettiin taustamuuttujien analysoinnilla ja sitä jatkettiin vertaamalla taustamuuttujia tiedontarvealueisiin. Riippuvuudet testattiin Mann-Whitney U ja Kruskal-Wallis –testeillä. Tutkimustuloksia tarkastellessa tulee huomioida, että mittarin asteikkoa ei tässä tutkimuksessa ole käännetty, niin kuin aiemmissa tutkimuksissa (mm Heikkinen 2011).

7.1 Taustamuuttujat

Vastaajien ikäkeskiarvo oli 49 vuotta (ka 49,3, SD 16.5) vastaajien ikähaarukka on leveä ja vastaa hyvin päivystyksen potilaiden ikäjakaumaa. Vastaajien iät jaettiin kolmeen ikäluokkaan ja suurin osa vastaajista kuului vanhimpaan ikäluokkaan eli vastaajat olivat 56-90-vuotiaita, 41% (taulukko 2). Suurin osa vastaajista, 67% oli naisia. Pohjakoulutusvaihtoehtoina kyselyssä oli peruskoulu ja ylioppilas. Vastaajista peruskoulu pohjakoulutuksena oli 67% ja ylioppilaita 30%. Taustamuuttujana kysyttiin myös vastaajien työssäkäynnistä tutkimuksen

aikana. Työssä käyviä vastaajia oli 48% vastaajista, opiskelijoita 6% vastaajista, työttömiä 11% vastaajista sekä eläkeläisiä 35% eli 52% vastaajista ei ollut työelämässä.

Ammattikoulutustaustaltaan vastaajat olivat pääasiassa koulu- ja opistoasteen koulutuksen saaneita, 61%, kokonaan ilman ammattitutkintoa oli 21% vastanneista, ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita oli 10% ja ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita oli 8% vastanneista. Terveys- ja sosiaalialalla työskenteleviä tai siellä joskus työskennelleitä vastaajia oli 36% vastaajista eli suuremmalla osalla vastaajista ei ollut terveydenhuolto- tai sosiaalialan työkokemusta. Lähes puolella vastaajista (47%) oli jokin perussairaus. Yhteydenottosyy oli melkein puolessa (47%) kontakteissa konservatiivisesti hoidettava sairaus tai vaiva. Tähän kuuluivat kaikki sisätautiset vaivat, yleislääketieteen vaivat, joissa ei ole operatiivisesti hoidettavaa sekä mielenterveysongelmat. Seuraavaksi yleisin syy yhteydenottoon oli trauma ja kirurgia (32%) ja siitä seuraavana omaisen, lapsen tai muun omaisen sairaus tai vamma (11%) sekä harvinaisimpana neurologiset ongelmat (4%). Yhteydenottotapana yleisin oli käynti päivystyksessä. Kyselyssä ei eroteltu käyntiä PÄI1 ja PÄI2 välillä, sillä ei tiedon tarpeen suhteen ole merkitystä. (Taulukko 1).

Taulukko 1 Vastaajien taustamuuttujat

Taustamuuttujat	n	prosenttiosuus %
Mies	21	33
Nainen	44	67
<i>Työskentely sos- terv.alalla:</i>	66	
On työskennellyt sos.terv. alalla	24	34
Ei ole työskennellyt sos.terv. alalla	40	60
<i>Perussairaus:</i>	66	
Kyllä	31	47
Ei	34	51
<i>Yhteydenotto syy :</i>	62	
Konservatiivinen vaiva	31	47
Trauma tai kirurginen vaiva	21	32
Neurologinen vaiva	3	5
Omaisien tai lapsen puolesta yhteys	7	11
<i>Yhteydenottotapa</i>	66	
Soitto	17	26
Käynti	40	61
Soitto ja käynti	8	12
<i>Vastaajien jakaantuminen ikäluokittain:</i>	66	
15-35v	16	24
36-55v	23	35
56-90v	27	41
<i>Vastaajien pohjakoulutus:</i>	66	
Peruskoulu	44	67
Lukio	20	30
<i>Vastaajien ammattikoulutus:</i>	66	
Ei ammatillista koulutusta	14	21
Kouluaste	20	30
Opistoaste	20	30
AMK	6	9
YAMK/Yliopisto	5	8

7.2 Voimavaraistavan tiedon osa-alueiden mukaiset tiedon tarpeet

Biologis-fysiologista tietoa odotti 53% vastanneista ja 9% vastasi, ettei tämä koske heitä. Eettisen voimavaraistavan tiedon osa-alueen tietoa odottavien osuus oli 39% vastanneista, ei koske minua vastauksia oli 9%. Näin ollen tämä voimavaraistavan tiedon osa-alue nousee yhdeksi tärkeimmistä tiedon osa-alueista päivystyspotilailla. Sosiaalisen ja taloudellisen tiedon tarvealueen kohdalla ei koske minua –vastaus oli yleisin, mutta niillä jotka vastasivat muutoin, odottivat tarvitsevansa tämän osa-alueen tietoa.

Taulukko 2 Päivystyspotilaiden voimavaraistavan tiedon osa-alueiden mukaiset tiedon tarpeet

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Voimavaraistavan tiedon tarve alue	N	Min	Max	ka	SD
Biofysiologinen alue	63	1	4	1,61	,628
Toiminnallinen alue	62	1	4	2,00	,830
Kokemuksellinen alue	65	1	4	2,68	,783
Eettinen alue	64	1	4	1,92	,775
Sosiaalinen alue	58	1	4	1,99	,920
Taloudellinen alue	55	1	4	2,04	,935

Biologis-fysiologiseen tiedon tarvealueeseen kuuluu kaikki sairauteen, sen oireisiin ja hoitamiseen liittyvä tieto. Biologis-fysiologinen tiedon tarpeen alueelta odotettiin eniten tietoa kuudesta voimavaraistavasta tiedon tarve alueista (Taulukko 3).

Taulukko 3 Päivystyspotilaiden biologis-fysiologisen osa-alueen tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Biologis-fysiologinen tiedon tarve:	N	Min	Max	ka	SD
sairausoire	57	1	4	1,60	0,979
milloin yht.otto	62	1	4	1,50	0,784
tutkimukset	58	1	4	1,59	0,817
tutk.valmistautuminen.	55	1	4	1,84	1,014
tutkimustulokset	59	1	4	1,51	0,751
hoitovaihtoehdot	59	1	4	1,58	0,649
komplikaatiot	57	1	4	1,63	0,899
komplikaatioiden.esto	57	1	4	1,63	0,993

Toiminnallinen voimavaraistavan tiedon tarpeen osa-alueelta odotettiin tietoa, mutta tässä osa-alueessa oli jo jonkin verran vaihtelua. Liikkumiseen, syömiseen ja henkilökohtaisiin tarpeisiin liittyvistä asioista odotettiin tietoa enemmän kuin kodin järjestelyihin liittyvistä asioista. (Taulukko 4).

Taulukko 4 Päivystyspotilaiden toiminnallisen osa-alueen tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Toiminnallinen tiedon tarve	N	Min	Max	ka	SD
henk.koht.tarpeet sairaalassa	56	1	4	1,77	0,809
liikunnan harrastaminen	55	1	4	1,87	0,944
levon määrä	57	1	4	1,89	1,012
ruokavalio	49	1	4	2,00	1,061
Peseytyminen	47	1	4	2,19	1,154
eritys (hikoilu, virtsaaminen yms)	50	1	4	2,06	1,058
kodin järjestelyt	44	1	4	2,41	1,226
apuvälineet	44	1	4	1,89	1,104

Kokemuksellisen tiedon tarpeen alueeseen kuuluvat sairauden ja sen hoidon aiheuttamat tunteet, tieto siitä, mistä saa keskusteluapua tunteista ja se miten potilas voi hyödyntää aiempaa sairaalakokemustaan tässä käynnissä päivystyspoliklinikalla. (Taulukko 5)

Taulukko 5 Päivystyspotilaiden kokemuksellisen osa-alueen tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Kokemuksellinen tiedon tarve	N	Min	Max	ka	SD
sairauden aiheuttamat tunteet	63	1	4	3,15	0,63
tunteista keskustelu	53	1	4	2,06	1,064
aikaisemmat sairaalakokemukset	45	1	4	2,29	1,036

Eettiseltä tiedon tarve osa-alueelta odotettiin tietoa. Tähän alueeseen kuuluu potilaan oikeudet ja vastuut sairaalassa, henkilöstön vastuut ja velvollisuudet potilaan hoidossa, potilasasiamies toiminta sairaalassa, salassapito sekä potilastietojen saanti ja luovuttaminen. (Taulukko 6)

Taulukko 6 Päivystyspotilaiden eettisen osa-alueen tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Eettinen tiedon tarve	N	Min	Max	ka	SD
hoidon päätöksenteko	55	1	4	1,89	,975
toiveet hoidon aikana	54	1	4	1,72	,878
potilaan oikeudet	56	1	4	1,86	,999
potilaan oma vastuu hoidosta	60	1	4	1,57	,722
potilasasiamies toiminta	47	1	4	2,13	1,115
eri ammattiryhmien vastuualueet	48	1	4	2,27	1,106
salassapito	55	1	4	2,00	1,089
pot tietojen luovutus	56	1	4	1,89	1,039
pot.asiakirjoihin tutustuminen	56	1	4	1,96	1,128

Päivystyspotilaan sosiaalisen voimavaraistavan tiedon osa-alueeseen kuuluu se, miten potilas voi saada tukea sairauteensa ja miten hänen läheisensä voivat osallistua hoitoon. Tähän alueeseen kuuluu myös läheisten tiedon saanti sekä potilasjärjestöjen toiminta sekä hengelliset tarpeet. (Taulukko 7).

Taulukko 7 Päivystyspotilaiden sosiaalisen osa-alueen tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Sosiaalisen tiedon tarve	N	Min	Max	ka	SD
läheisten tiedottaminen	55	1	4	1,73	0,932
läheisten osallistuminen hoitoon	49	1	4	2,00	1,061
tukihenkilö	43	1	4	2,07	1,078
jatkohoitopaikka	44	1	4	1,84	1,077
sairaalapappi	36	1	4	2,36	0,99
potilasjärjestöt	38	1	4	2,58	1,004

Päivystyspotilaan taloudellisen voimavaraistavan tiedon osa-alueeseen kuuluvat kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuksen kustannukset, sairauspäiväraha sekä jatkohoidon ja lääkehoidon kustannukset. (Taulukko 8)

Taulukko 8 Päivystyspotilaiden taloudellisen tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Taloudellisen tiedon tarve	N	Min	Max	Ka	SD
kuntoutus ja kustannus	46	1	4	1,91	1,029
sairauspäiväraha	42	1	4	2,05	1,147
vakuutusasiat	43	1	4	2,00	1,047
sopeutumisvalmennus kurssit	40	1	4	2,30	1,159
jatkohoidon kustannukset	47	1	4	2,02	1,073
lääkekustannukset	52	1	4	1,90	0,995

7.3 Lääkehoito-ohjauksen tarve

Kyselylomakkeella kysyttiin kahdella lisäkysymyksellä vastaajien tiedon tarvetta koskien lääkehoitoa sairaalassa ja kotona (n= 43, n= 54). Tulosten perusteella

tieto lääkehoidon toteutuksesta niin sairaalassa kuin kotona koettiin tarpeelliseksi voimavaraistavan tiedon tarpeeksi. (Taulukko 9)

Taulukko 9 Päivystyspotilaiden lääkehoitoon liittyvän tiedon tarve

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)

Lääkehoitoon liittyvän tiedon tarve	N	Min	Max	Ka	SD
lääkehoidon toteutus sairaalassa	43	1	4	2,00	,951
lääkehoidon toteutus kotona	54	1	4	1,76	1,008

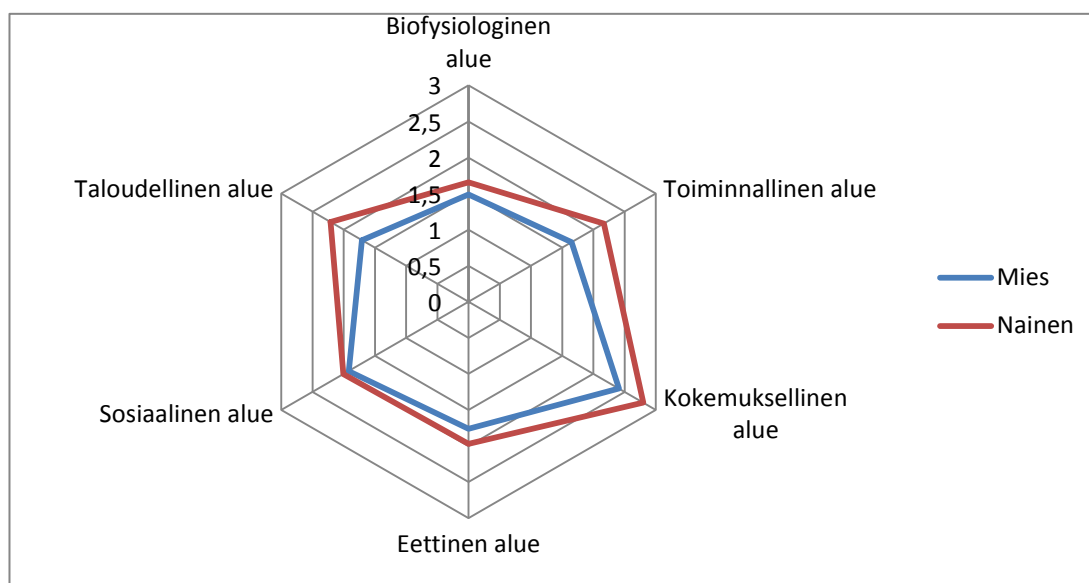
8 PÄIVYSTYSPOTILAAN VOIMAVARAISTAVAN TIEDON TARVE OHJAUKSESSA

Empiirisellä tutkimuksella pyrittiin saamaan vastaus tutkimusongelmiin: mitä tietoa päivystyspotilas tarvitsee käydessään tai soittaessaan päivystykseen? Vaikuttavatko potilaiden sosiodemografiset taustatekijät tiedon tarpeisiin? Tutkimuksella saatiin suuntaa antava vastaus näihin kysymyksiin. Tulosten merkitsevyys on testattu Kruskal-Wallis ja Mann-Whitney U –testeillä. Voimavaraistavan tiedon tarvealueista voimavaraistumisen kannalta merkityksellisimmät alueet päivystyspotilailla ovat biologis-fysiologinen, toiminnallinen, eettinen ja sosiaalinen tiedon tarve alue. Jotta ohjaus päivystyksessä olisi kokonaisvaltaisesti voimavaraistavaa, tulee siinä ottaa huomioon potilaan tarpeet neljältä keskeiseltä tiedon tarve alueelta.

Sukupuolen vaikutus päivystyspotilaan tiedon tarpeeseen siten, että miehet odottivat enemmän tietoa kaikissa muissa voimavaraistavan tiedon tarpeen osa-alueissa, paitsi sosiaalisessa alueessa. Siinä vastaajien kokemus tiedon tarpeesta on sama molemmilla sukupuolilla. Tulos oli merkitsevä toiminnallisen ($p=0,050$) ja kokemuksellisen ($p=0,048$) tiedon tarvealueilla sillä $p<0,05$. Muilla tiedon tarvealueilla ero ei ollut merkitsevä, $p>0,05$. Sukupuolella on tilastollista merkitystä tiedon tarpeiden tärkeydessä toiminnallisessa ($p=0,05$) ja

kokemuksellisessa ($p=0,048$) alueessa. Kuvasta näkee, että miehet (keskiarvo = ka 1,6) kokivat tarvitsevansa enemmän tietoa kuin naiset (ka 2,5) toiminnallisella voimavaraistavan tiedon osa-alueilla. Kokemuksellisella osa-alueella ero on pienempi, miehillä (ka 2,41) on suurempi tiedon tarve kuin naisilla (ka 2,80). (Kuvio 6).

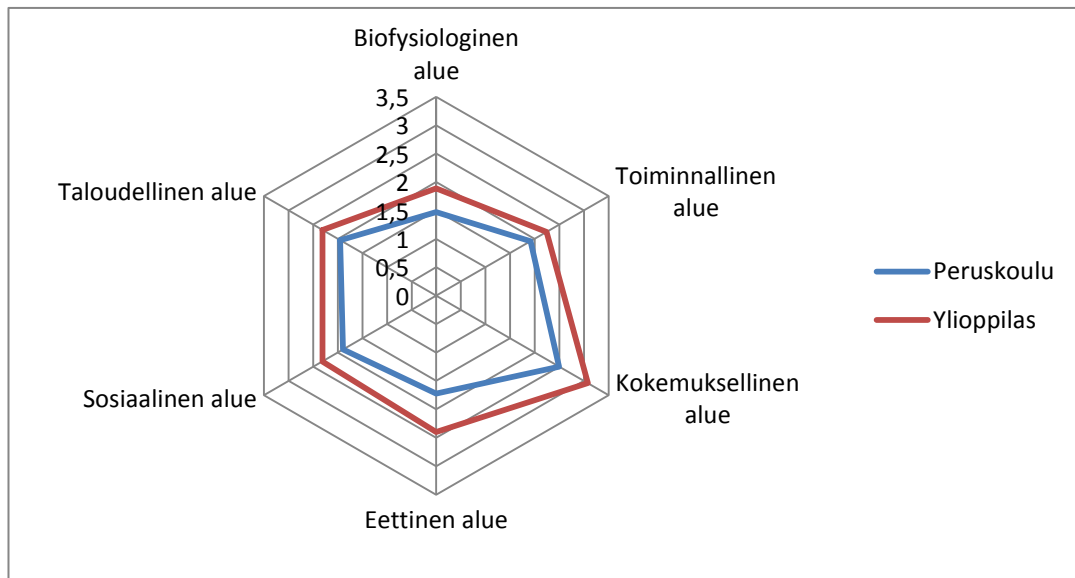
(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 4 Naisten ja miesten tiedon tarve

Taustamuuttujana kysyttiin vastaajan peruskoulutusta. Vaihtoehtoina oli peruskoulu ja ylioppilas. Päivystyspotilaan pohjakoulutuksella oli merkitystä vastaajan tiedon tarpeen suhteen. Ylioppilaspohjaiset eivät kokeneet niin suurta tiedon tarvetta millään osa-alueella kuin peruskoulupohjaiset vastaajat. Molemmat ryhmät odottivat eniten tietoa biologis-fysiologiselta ja vähiten kokemukselliselta tiedontarvealueelta. Tämä ero on tilastollisesti merkitsevä biofysiologisen ($p=0,031$), kokemuksellisen ($p=0,006$) ja eettisen ($p=0,004$) tiedon tarpeen kohdalla. Peruskoulupohjaiset vastaajat odottivat enemmän tietoa tältä osa-alueelta. (Kuvio 7)

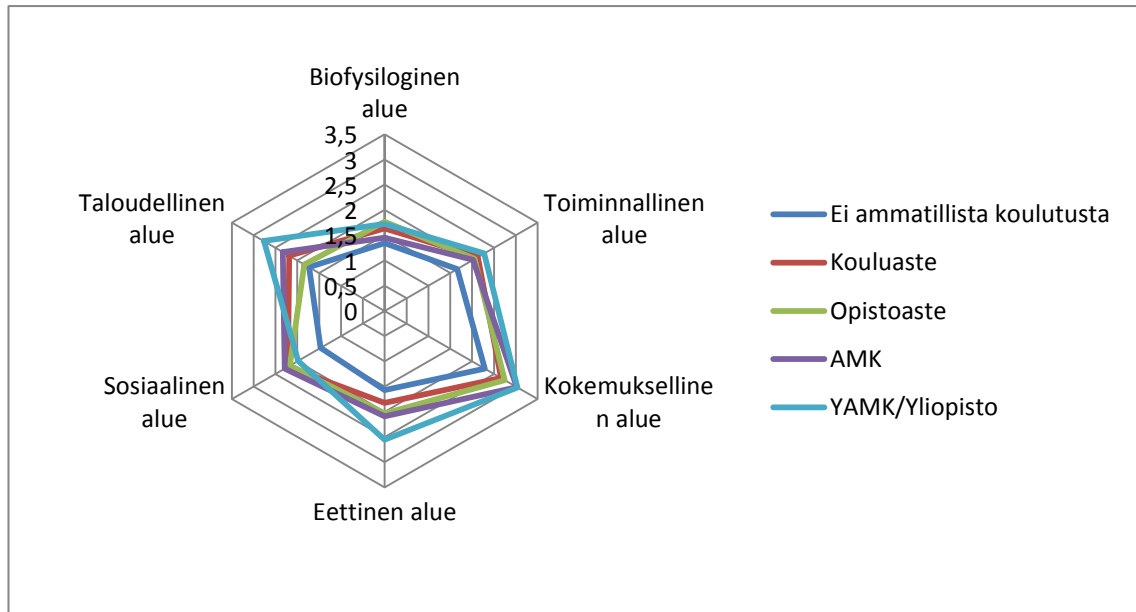
(1= täysin samaa mieltä, 2= joksinkin samaa mieltä, 3= joksinkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 5 Pohjakoulutuksen vaikutus tiedon tarpeeseen

Ammattikoulutuksen suhteen tiedon tarpeen eroilla ei ollut tilastollista merkittävyyttä ($p= 0,103-0,396$), vaikka kuvasta voi nähdä, että mitä korkeampi koulutus vastaajalla on, sitä vähemmän he odottivat tietoa. (Kuvio 6, s. 42)

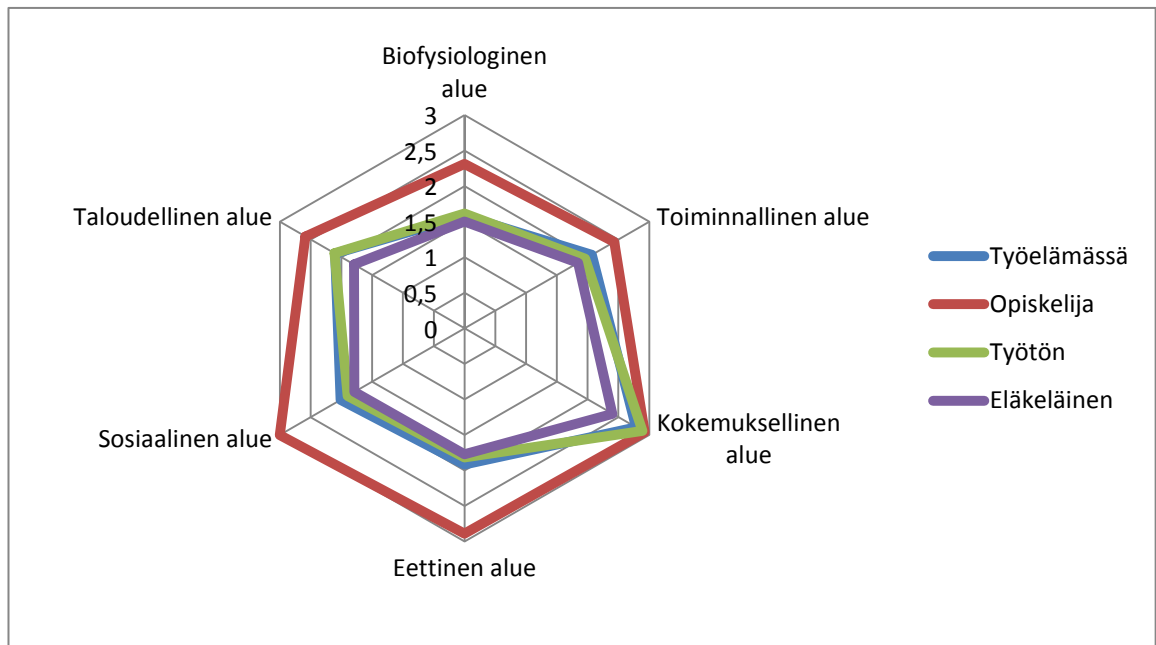
(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 6 Ammatillisen koulutuksen vaikutus tiedon tarpeeseen

Tämän lisäksi taustamuuttujana kysyttiin vastaajan työssäkäyntiä. Siinä vastausvaihtoehdot olivat työelämässä, opiskelija, työtön ja eläkeläinen. Työssä olevat odottivat enemmän tietoa kuin opiskelijat, vaikkei ero ollutkaan tilastollisesti merkitsevää. Kuvion perusteella voidaan todeta, että opiskelijoilla on alhaisin tiedon tarve kaikilla voimavaraistavan tiedon osa-alueilla ja eläkeläisillä se on korkein. (Kuvio 7, s 43).

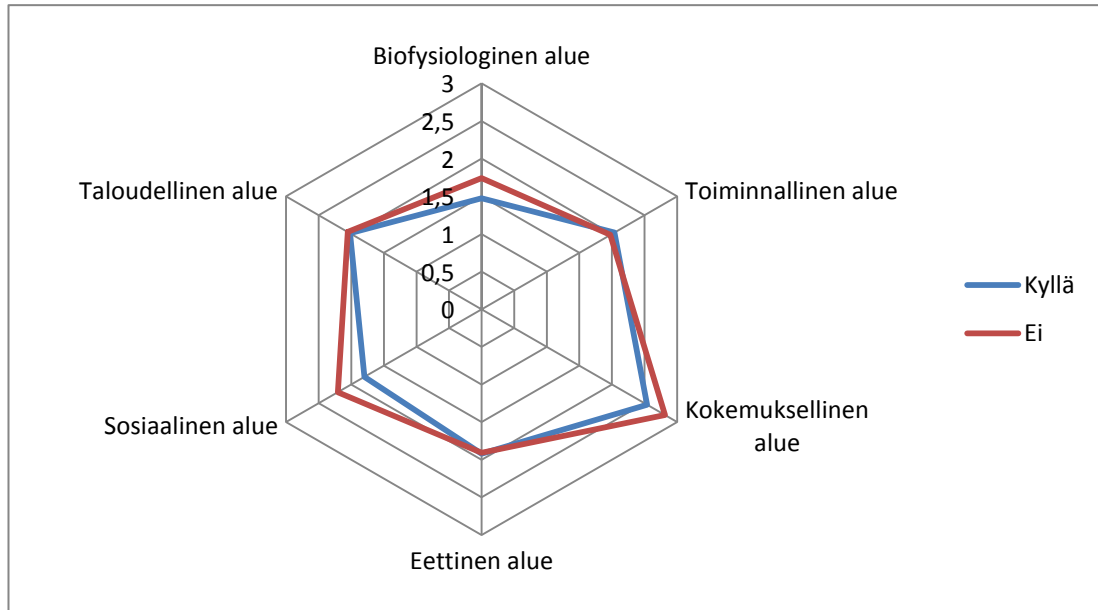
(1= täysin samaa mieltä, 2= joksikin samaa mieltä, 3= joksikin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 7 Päivystyspotilaan työssäkäynnin vaikutus tiedon tarpeeseen

Taustamuuttujalomakkeessa kysyttiin onko vastaajalla perussairauksia, sillä on oletettavaa niiden vaikuttavan hänen tiedon tarpeisiin. Perussairaus vaikutti vain vähän vastaajien tiedon tarpeisiin eikä sillä ollut tilastollisesti merkittävyyttä minkään tiedon tarve alueen kohdalla. (Kuvio 8, s 44)

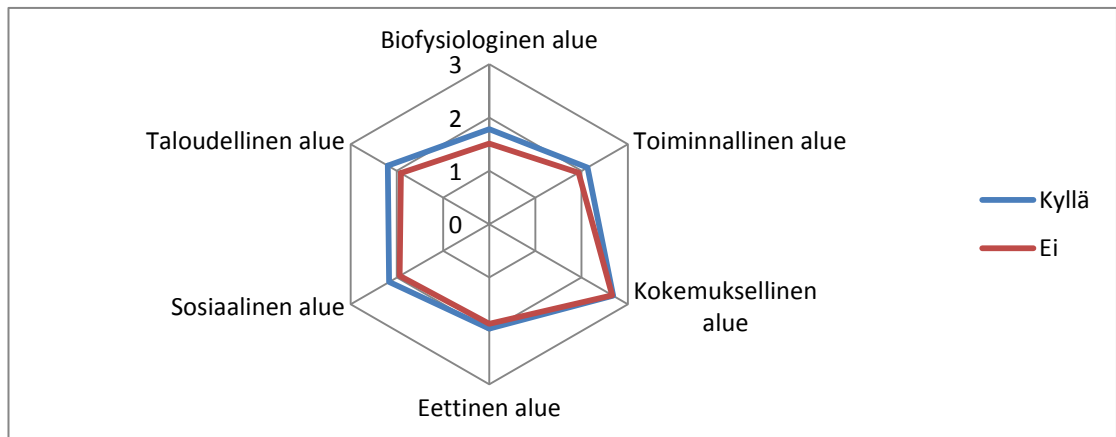
(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 8 Päivystyspotilaan perussairauden vaikutus tiedon tarpeeseen

Vastaajista 40% työskenteli tai oli joskus työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Tällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä tiedon tarpeisiin, vaikka kuvasta (kuvio 9) voidaan huomata että heillä, jotka eivät ole olleet tai ole työssä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla odottivat hiukan enemmän tietoa kaikilta tiedontarvealueilta. ($p=0,074-0,949$) (Kuvio 9, s. 45)

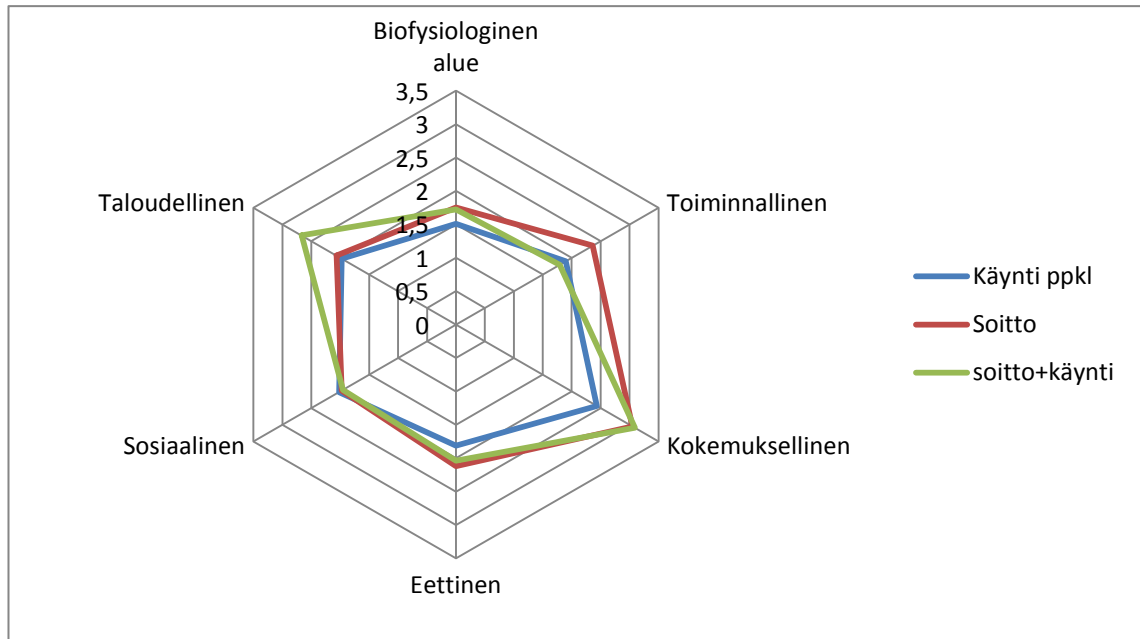
(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 9 Päivystyspotilaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelyn vaikutus tiedon tarpeeseen

Tutkimusongelmana oli, onko tiedon tarpeella eroa yhteispäivystyksessä käyneiden ja puhelinpalveluun soittaneiden välillä. Kuviosta 10 (s.46) näkyy selkeästi, että yhteispäivystyksessä käyneet vastaajat odottivat enemmän tietoa kuin ne vastaajat, jotka sekä soittivat että kävivät päivystyksessä. Biologis-fysiologisen ($p= 0,049$) ja kokemuksellisen tiedon tarve alueen ($p= 0,006$) kohdalla tämä on tilastollisesti merkitsevä ero.

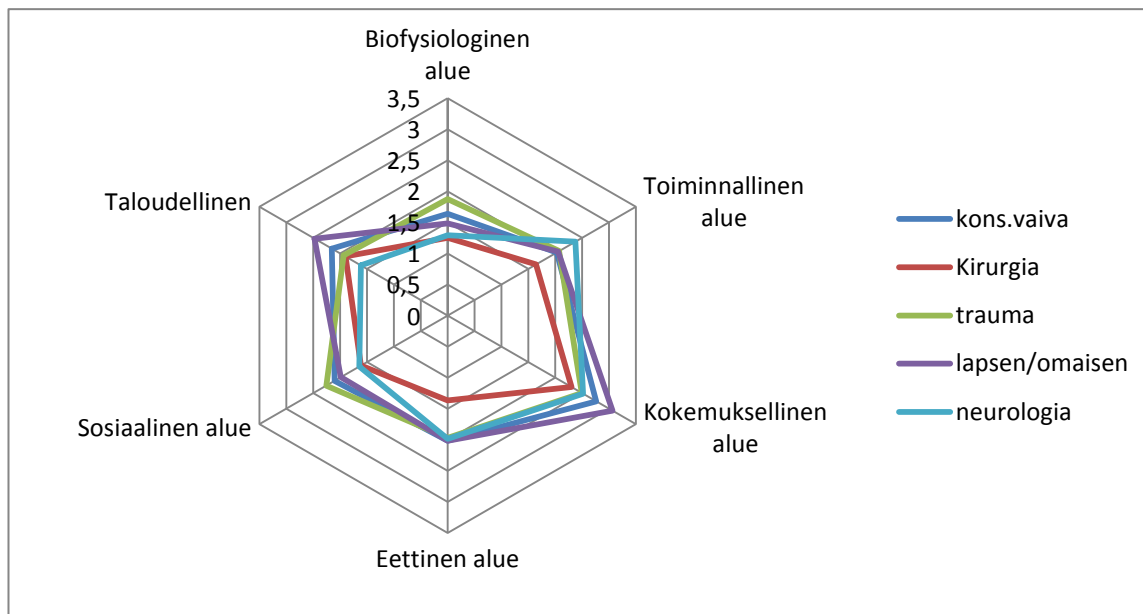
(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 10 Yhteydenotto muodon vaikutus päivystyspotilaan tiedon tarpeeseen

Yhteydenottosyyntä kohdalla tiedontarve on hyvin tasainen kaikkien osa-alueiden kohdalla (kuvio 11, s.47). Selkeimmät erot ovat neurologisen vaivan vuoksi yhteydessä olleet kokevat tarvitsevänsä taloudellista tietoa enemmän kuin muut. Omaisen tai lapsen asioita hoitaneet vastaajat odottivat tietoa vähemmän kuin muut kaikissa osa-alueissa ja kirurgisen vaivan vuoksi yhteyttä ottaneet odottivat tietoa miltei kaikilta osa-alueilta enemmän kuin muut vastaajat. Erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä minkään yhteydenottosyyntä suhteen ($p=0,221 - 0,578$).

(1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= jokseenkin eri mieltä, 4= täysin eri mieltä)



Kuvio 11 Päivystyspotilaan yhteydenotto syyn vaikutus tiedon tarpeeseen

Lääkehoidon kysymysten tuloksia vertailtaessa taustamuuttujittain, saatiin selville, että vanhimmat, vähiten koulutetut, perussairaat, sosiaali- ja terveystalalla työskentelemättömät, kirurgisen syyn vuoksi yhteyttä ottaneet ja päivystyksessä käyneet vastaajat kokivat lääkehoidon toteutukseen liittyvän tiedon tarpeen tärkeämmäksi kuin muut vastaajat. Kotona tapahtuvan lääkehoidon ohjaus koettiin kaikkien taustamuuttujien valossa tärkeäksi. Ainoastaan vanhin ikäryhmä sekä päivystykseen soittaneet ja käyneet odottivat enemmän tietoa sairaalassa tapahtuvan lääkehoidon toteutuksesta (Liite 4). Tilastollista merkittävyyttä taustamuuttujilla tiedon tarpeeseen ei kuitenkaan ollut ($p= 0,059-0,944$).

9 KIRJALLINEN OHJAUSMATERIAALI YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Kirjalliset potilasohjeet käytiin läpi yhdessä projektiryhmän kanssa. Analysoidessa ohjeita otettiin huomioon ohjeen sisällöllistä tietoa kuudesta voimavaraistumista tukevasta tiedon osa-alueesta. (Leino-Kilpi, Salanterä & Virtanen 2006, 140-146.) Ohjeita tarkasteltiin pohtimalla, annettiinko niillä vastaus ohjeessa käsitelleen sairauden tai vamman oireisiin, hoitoon ja sen vaikutuksiin ihmisen elimistössä. Tämän lisäksi tarkasteltiin, antoivatko ne vastauksia toiminnallisen tiedon tarpeisiin eli oliko niissä tietoa levosta, ravitsemuksesta ja hygieniasta ohjeessa käsiteltävän sairauden tai vamman suhteen. Muut voimavaraistavan tiedon osa-alueet eivät korostuneet ohjeissa. Tämän lisäksi ohjeita tarkasteltiin Potilasohjeet ymmärrettäviksi –teoksen viitekehysessä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002).

EPLL:n yhteispäivystyksessä on käytössä 24 potilasohjetta, joita jaetaan kotiutuville potilaille takaamaan hoidon jatkuvuus päivystyskäynnin jälkeen. Potilasohjeet ovat pääasiassa VSSHP:n sisäisiltä sivuilta eli Santran ohjepankista. Niitä käytetään sellaisenaan. Operatiivisessa hoitoryhmässä ohjeet koskevat kipsihoitoja, haavoja ja toimenpiteiden jälkeistä seurantaa sekä päänvamman jälkeistä seurantaa. Käytössä on neljä kaupallista ohjetta, kaksi niistä liittyy pienimolekyylarisen hepariinin (Klexane®) käyttöön kotona ja kaksi alaraajan vaurioiden hoitoon (nilkka ja akillesjänne).

Sairaanhoitopiirin ohjepankissa on sairaanhoitopiirin eri alojen asiantuntijoiden laatimia ohjeita potilailla ja henkilökunnalle. Ohjeiden päivittämisestä vastaa se yksikkö, jonka asiantuntijat ovat ohjeet laatineet. Ohjeita päivitetään koko ajan ja sen vuoksi niitä ei suositella tulostettavaksi yksikköihin. (VSSHP1 2012.)

Ohjepankin ohjeista palveluketjujen ohjeet on päivitetty 11/12. Sieltä löytyy ajantasainen tieto sairaanhoitopiirin hoitoketjuista. Tämä tieto on tarkoitettu lähinnä ammattilaisille, mutta hoitajat voivat täältä tulostaa myös potilaille materiaalia, etenkin jatkohoidon suhteen. (VSSHP2 2012.)

Tietoa tutkimuksista osiossa on tietoa isotooppitutkimuksista, kliinisen fysiologian tutkimuksista. Kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten ohjeet löytyvät omien liikelaitosten sivuilta, jonne on suoraan linkit ohjepankista. Osiossa on ohjeita niin hoitohenkilökunnalle kuin potilaillekin, valmistautumisessa tutkimuksiin ja niiden jälkeisestä jatkohoidosta. Potilasohjeet sairauksista ja niiden hoidosta löytyvät omasta osiostaan erikoisalojen mukaisesti. (VSSHP1 2012.)

Potilasohjeet on kirjoitettu potilaalle ja ohjeiden lähtökohta on akuutti vaiva tai vamma ja sen jatkohoito itsenäisesti kotona sekä organisaation tarve saada potilas toimimaan oikein. Ohjeiden sävy on kunnioittava ja niissä teitellään potilaista. Ohjeissa ohjataan potilasta toimimaan suositellusti, sävy ei ole pääsääntöisesti kärkevä vaan enemmänkin neuvova. (Torkkola ym 2002, 35-38.)

Ohjeiden sisältö etenee kronologisesti, tärkein ensin periaatteella. Yhteystiedot ovat ohjeen lopussa. Joissakin ohjeissa kerrotaan hiukan myös vaivan taustasta, joka lisää potilaan tietoa itse vaivasta. Otsikot ovat selkeät ja ne on kirjoitettu tummemmalla kuin muu teksti. Väliotsikot rytmittävät ohjeet helposti luettavaan muotoon. Nämä lisäävät ohjeen selkeyttä. Useissa ohjeissa on myös informatiivisia kuvia. Valokuvat toimivat hyvin, mutta piirrettyjen kuvien kohdalla toivoisi parannusta. Kuvilla selkeytetään kirjoitettua ohjetta, joten kuvat ovat tarpeellisia. (Torkkola ym 2002, 40-41.)

10 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA

Päivystyspotilaan tiedon tarve tutkimus toteutettiin ensimmäistä kertaa SPTT© -mittarilla. Mittari palveli hyvin tässä tutkimuksessa ja sillä saatiin laajasti selville päivystyspotilaiden tiedon tarpeita kaikilta voimavaraistavan tiedon osa-alueilta. Taustamuuttujakyselyn ansioista tämä tutkimus kertoo päivystyksen potilasmaateriaalista varsin kattavasti ja siten tuloksia voidaan käyttää suuntaa antavana tietona kehitettäessä päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositusta.

Kaikkien taustamuuttujien kautta tarkasteltuna biologis-fysiologinen tiedon tarpeen alueelta odotettiin eniten tietoa. Kokemukselliselta alueelta sen sijaan odotettiin vähiten tietoa. Biologis-fysiologiseen tiedon tarvealueeseen kuuluu

kaikki sairauteen ja sen oireisiin ja hoitoon liittyvä tieto. Aiemmissa, lähinnä kirurgisille potilaille kohdennetuissa tutkimuksissa saadut tulokset olivat samansuuntaiset kuin tämän tutkimuksen tulokset. Taustatekijöistä ainoastaan ikä ja koulutustausta vaikuttivat päivystyspotilaiden tiedon tarpeeseen, kuten aiemmissa tutkimuksissa. (Heikkinen 2011; Rankinen ym 2007; Heikkinen 2007; Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Aiempia käyntejä päivystyksessä ei koettu voimavaraistumista tukeviksi niin kuin päiväkirurgisilla potilailla (Heikkinen 2011). Tämän lisäksi toiminnallisen tiedon tarpeen osa-alueelta odotettiin tietoa, samoin kuin Saarisen (2007) ja Salminen-Tuomaalan (2010) tutkimuksissa on todettu.

Toiminnallisen tiedon tarpeen alueella eroja oli taustamuuttujittain. Työttömät ja eläkeläiset odottivat hieman enemmän tietoa tältä osa-alueelta kuin työssä käyvät ja opiskelevat vastaajat. Mitä korkeammin vastaaja oli ammattikoulutettu, sitä vähemmän hän odotti tietoa tältä osa-alueelta. Mikäli vastaajalla oli työkokemusta sosiaali- ja terveysalalta, odotti hän vähemmän toiminnallisen osa-alueen tietoa, mutta täysin tarpeetonta toiminnallisen alueen tieto ei ollut heillekään. Vastaajilla, jotka ovat 15-35-vuotiaita ja 36-55-vuotiaita oli hiukan suuremmat odotukset tällä alueella kuin vanhimmalla ikäryhmällä, mutta kaikki vastaajat odottivat jonkin verran tietoa tältä osa-alueelta.

Eettisellä tiedon tarvealueella iällä ja peruskoulutustaustalla oli merkitystä tiedon tarpeen suhteen. Iäkkäimmät ja matalammin koulutetut odottivat tietoa enemmän kuin nuoremmat ja korkeammin koulutetut tässä osa-alueessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevät tai joskus siellä työskennelleet sekä päivystyksessä käyneet odottivat enemmän tietoa kuin ne vastaajat jotka soittivat tai eivät olleet sosiaali- ja terveysalalla. Tähän alueeseen kuuluu muun muassa salassapito asiat ja potilasasiakirjoihin liittyvät asiat.

Sosiaalisella tiedon tarve alueella nuoremman ikäluokan vastaajilla sosiaalisen tiedon tarve oli vähäisempää kuin vanhimmilla vastaajilla. Sukupuolella ei ollut merkitystä tässä tiedon tarpeen osa-alueessa, kun taas koulutustaustalla oli. Peruskoulutetut ja ilman ammattikoulutusta vastaajat kokivat tarvitsevansa enemmän sosiaalisesti voimavaraistavaa tietoa, kuin korkeammin perus- ja ammattikoulutetut vastaajat. Tässä tutkimuksessa ei omaisten ja läheisten rooli

noussut niin vahvasti esille kuin aiemmissa tutkimuksissa, mutta odotusajan tapahtumat ja itse sairautta tai vammaa koskevan tiedon tarve oli ilmeinen. (Salminen-Tuomaala ym. 2010 ja 2011; Ekwall, Gerdzt & Manias 2009; Nikki & Paavilainen 2009; Salminen-Tuomaala ym. 2009, Saarinen 2007.) Omaisten merkitys potilaiden voimavarana tulee huomioida suositusta suunnitellessa, sillä sosiaalisen tiedon osa-alue oli yksi niistä alueista, joilta tietoa enemmän odotettiin.

Taloudellisella tiedon tarve alueella oli selkein tiedon tarpeen ero eri-ikäisillä vastaajilla. Vanhimmat vastaajat kokivat tämän tiedontarvealueen huomattavasti tärkeämmäksi kuin nuoremmat vastaajat, joissa suurin osa vastaajista koki olevansa jokseenkin erimieltä tiedon tarpeesta näissä asioissa. Tämän lisäksi ammatillinen koulutus ja työssä olo toivat eroja tiedon tarpeeseen taloudellisella osa-alueella siten että matalamman koulutuksen omaavilla tiedon tarve on suurempi kuin korkeimmin koulutetuilla. Työelämässä ja työttömänä olevilla vastaajilla tämän osa-alueen tiedon tarve oli miltei yhtäläinen, mutta eläkeläisillä tiedon tarve oli suurin ja opiskelijoilla vähäisin. Nämä tulokset ovat linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa. (Heikkinen 2011; Kääriäinen 2007.)

Näiden tulosten pohjalta päivystyspotilaan ohjauksen sisällön päälinjat ovat biologis-fysiologiset tekijät eli potilaan sairaus tai vamma, sen hoito, mahdolliset komplikaatiot sekä päivystyksessä tehtävät tutkimukset ja hoitotoimenpiteet, Puhelimessa ohjauksen pääasiallinen sisältö on sairauden tai vamman hoito-ohjaus sekä mahdolliset komplikaatiot ja se, milloin kuuluu lähteä jatkohoitoon, joka vastaa samoin biologis-fysiologiseen tiedon tarpeeseen. Toinen sisällöllinen päälinja on toiminnallisen osa-alueen ohjaus, johon kuuluu liikunta, apuvälineet ja ruokavalio-ohjaus sekä hygienia. Tämä liittyy myös hyvin läheisesti potilaan jokapäiväiseen elämään ja arjesta selviämiseen. Salminen-Tuomaala ym (2011) päätyivät omassa tutkimuksessaan samaan lopputulokseen. Kolmas sisällöllinen päälinja on eettinen tiedon tarve, joka liittyy salassapitoon, tietojen luovutukseen, tukitoimintoihin niin kuntoutumisen kuin henkisenkin toipumisen suhteen. Neljäntenä sisällöllisenä päälinjana on sosiaalinen tiedon tarve, jossa läheisten osuus potilaan ohjauksessa tulee esille.

10.1 Ohjausmateriaalin nykytilanteen arvio

Yhteispäivystyksessä käytetään kirjallisia ohjeita suullisen ohjauksen tukena lähinnä kotiutustilanteissa. Niiden avulla hoitaja keskustelee yhdessä potilaan kanssa juuri sen päivystyskäynnin asioita sekä vastaa potilaan kysymyksiin. Samalla mahdollistetaan potilaalle ohjauksen pariin palaaminen kotona, mikäli mieltä jäi askarruttamaan jokin. Päivystyksellinen sairaalakäynti on usein potilaalle yllättävä muutostilanne, joten on luontevaa tukea suullista ohjausta kirjallisella materiaalilla. (Eloranta & Virkki 2011, 73-74.)

Kirjalliset ohjeet kerättiin molemmista päivystyspisteistä systemaattisesti. Ohjausmateriaalin arvioinnissa huomioitiin kaikki se ohjausmateriaali, mitä päivystyksistä löytyi. Tällä hetkellä yhteispäivystyksessä on käytössä 24 potilasohjetta, joista neljä on kaupallista ohjetta. Ohjeet tulostetaan tarpeen mukaan VSSH:n ohjepankista. Niissä on kuitenkin ristiriitaisuuksia ja järjestelmällisesti väärät yhteystiedot. Sisällöllisesti ne soveltuvat hyvin päivystyspotilaiden ohjaukseen, sillä ne on laadittu voimavaraistumista tukeviksi. Joitakin ohjeita tulee päivittää, jotta ne olisivat ajankohtaiset päivystyspotilaan ohjaukseen, kuten ommellun haavanhoito, päänvamman kotiseurantaohje ja hyvänlaatuisen asentohuimauksen ohje. Jotkut ohjeet ovat päivystyskäyttöön liian pitkiä, joten ohjeiden tiivistäminen palvelisi päivystyspotilaita paremmin.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Empiirinen tutkimus oli tässä kehittämissuorituksessa hyödyllinen ja sen tuottamalla tiedolla kehitettiin potilasohjausta juuri siten, miten oli suunniteltu. Kaikki vastaajat vastasivat anonymisti kyselyyn, eikä heitä voinut tuloksista tunnistaa. Kyselykaavakkeiden jakovaiheessa pyrittiin jakamaan niitä tasaisesti kaikkina vuorokauden aikoina. Näin ollen otos oli päivystyskäyntien mukainen. Nämä kaikki tekijät lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta. (Heikkilä 2010, 30-32.)

Tutkimuksen luotettavuutta vähentää merkittävästi vastausprosentin pienuus (36%). Alhainen vastausprosentti eli kato voi johtua tutkimuksen ajankohdasta,

sillä tutkimus tehtiin kesäkuun alussa juuri loma-ajan alkaessa. Katoon voi vaikuttaa myös pitkä kyselylomake, olihan lomakkeessa yli 60 kysymystä kaiken kaikkiaan. Katoon vaikuttaa myös se, että vastaajille annettiin liikaa aikaa vastaamiseen. Mikäli kyselyn täyttämiseen olisi ollut mahdollisuus päivystyksessä tai heti kontaktin jälkeen ja jopa tutkijan toimesta, esimerkiksi puhelimesta haastattelemalla, olisi kato voinut olla vähäisempi. Tutkitusti on todettu että kyselyissä, jotka lähetetään kotiin, on suurempi kato kuin kyselyissä jotka tehdään tutkijan toimesta henkilökohtaisesti. (Heikkilä 2010, 44). Alhainen vastausprosentti vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen alentavasti, sillä näin pienellä otoksella ei voida sanoa että toistettuna tulos olisi varmasti sama (Heikkilä 2010, 30; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231). Tulos ei ole yleistettävissä muihin Suomen päivystyksiin näin pienellä otoksella.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää käytetyn SPTT® -mittarin luotettavuus. Mittari on käytetty heterogeenisella potilasryhmällä aiemmin. Päivystyspotilaat ovat samalla tavalla heterogeeninen potilasryhmä, joten mittarin avulla saatiin arvokasta tietoa heidän tiedon tarpeistaan. Mittari on lisäksi tarkoin suunniteltu ja testattu mittaamaan juuri sitä, mitä haluttiinkin mitata. Kysymyksillä saatiin laajalaisesti tietoa päivystyspotilaan tiedon tarpeista ja tuloksilla saatiin vastaus tutkimusongelmiin. Tutkimus oli vastaajille objektiivinen sillä kaikki vastaajat saivat täysin samansisältöiset kyselykirjekuoret ja kaikki aineisto analysoitiin SPSS 20© -tilastollisella ohjelmalla. Tutkija kiinnitti erityistä tarkkaavaisuutta aineiston syöttöön ohjelmaan ja testasi tutkimustulokset tilastollisesti. (Heikkilä 2010, 30-31.)

Vastaaminen kyselyyn oli potilaille vapaaehtoista. Kyselylomakkeen liitteenä oli saatekirje (Liite 7), jolla selvitettiin, mitä ollaan tutkimassa ja mihin tuloksia käytetään. Näin ollen kunnioitettiin vastaajan itsemääräämisoikeutta ja annettiin hänelle mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa antamalla mahdollisuus vaikuttaa ohjauksen kehittämiseen. (ETENE 2012, 6; Heikkilä 2010, 31.)

Kirjallinen ohjausmateriaali analysoitiin sisällön analyysillä käyttämällä viitekehystenä aiheesta olevaa kirjallisuutta, voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita sekä empiirisen tutkimuksen tuloksia. Kirjallista ohjausmateriaalia ei luo-

kiteltu, vaan sen sisältöä verrattiin aiemmin tutkittuun tietoon. Analyysin osallistui koko kehittämisprojektin projektiryhmä.

Analyysissä pyrittiin tarkastelemaan, vastasivatko kirjalliset ohjeet päivystyspotilaiden tiedon tarpeita. Analysoidessa projektiryhmäläisillä oli käytössään päivystyspotilaan tiedon tarve –tutkimuksen tulokset, joten siinä suhteessa analyysi perustui uusimpaan tutkittuun tietoon. Analyysin tekijät ovat kokeneita sairaanhoitajia, joilla on vahva kompetenssi potilasohjauksesta. Analyysi on uskottava ja luotettava, sillä muut kokeneet sairaanhoitajat voivat tulla samaan johtopäätökseen ohjeiden sisällöstä. Analyysin menetelmä on siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin, joten siirrettävyys kriteeri täyttyy. Nämä seikat lisäävät analyysin luotettavuutta. (Hirsjärvi ym 2010, 232; Kylmä & Juvakka 2007, 127-133.)

11 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOKSET

Kehittämisprojektin aikana haettiin tietoa potilasohjauksesta kirjallisuudesta, tutkittiin päivystyspotilaan tiedon tarvetta sekä muodostettiin näistä saatujen tietojen sekä asiantuntijoista kootun projektiryhmän avulla päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus. Suosituksen lisäksi koettiin tarpeelliseksi tuottaa hoitohenkilöstölle apuvälineitä voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tueksi. Tähän tarkoitukseen laadittiin ohjauksen muistilista ja päivystyspotilaan kotiutuskortti.

11.1 Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus

Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus koottiin aiemmin tutkitun tiedon, tämän kehittämisprojektin empiirisen osion tuottaman tiedon sekä projektiryhmän asiantuntijoiden mukanaan tuoman tiedon pohjalta. Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus vastaa ideologialtaan voimavaraistavan ohjauksen potilaslähtöistä ajattelua ja vastaa näin ollen potilaan tiedon tarpeisiin. Päivystyspotilasta ohjatessa huomioidaan potilaat yksilöllisesti ja vastataan heidän tiedon tarpeisiinsa kaikkien voimavaraistumista

tukevien osa-alueiden kohdalla. Ohjaamisessa tulee valita menetelmä, joka vastaa potilaan tarpeita ja tarvittaessa yhdistellä käytössä olevia menetelmiä. Suosituksen mukainen potilasohjauksen sisältö tullaan ottamaan käyttöön EPLL:n yhteispäivystyksen hoitoprosessissa niin kotiutusohjauksessa, prosessin aikaisessa ohjauksessa kuin puhelimesta tapahtuvassa potilasohjauksessa (Kuvio 12).



Kuvio 12 Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus

11.2 Voimavaraistavan ohjauksen muistilista

Jotta ohjaus olisi päivystyspotilaan voimavaraistumista tukevaa, on siinä huomioitava kaikki voimavaraistavan tiedon osa-alueet. Tätä tukemaan keittämisprojekti tuotti päivystyspotilaan voimavaraistavan ohjauksen muistilistan, päivystyspotilaan ohjauskortin. Tämä tehtiin projektissa kehitetyn sisällön suosituksen ja projektiryhmän asiantuntijuuden pohjalta. Aluksi koottiin yhteen osa-alueittain ohjauksellisia asioita ja kirjoitettiin ne auki kronologisesti päivystyshoitoprosessin mukaan. Projektipäällikkö esitteli ne kokouksessa projektiryhmälle, jossa ryhmän asiantuntijoiden voimin työstettiin muistilistaa vastaamaan tarvetta yhteispäivystyksessä. Tämän jälkeen projektipäällikkö muokkasi listan ryhmän ehdotusten mukaisesti ja esitteli sen laajennetulle projektiryhmälle. Tällöin muokattiin vielä listaa hiukan ja päädyttiin lopulliseen sisältöön. (Kuva 1, s.57).

Selvitä , mitä olet ohjaamassa, mitä materiaalia tarvitset ja varmista, että kaikki tarvittava materiaali on mukana	VSSHHP ohjepankki, yhteispäivystyksen ohjausmateriaali, käypähoito
Tunnista potilas Esittele itsesi (sh/ph/lvm/opisk) etunimi riittää Huomioi potilaan tiedon tarpeet, tunteet ja odotukset	Kysy, mitä potilas haluaa tietää Aito läsnäolo → onnistunut vuorovaikutus!! Mahdollisimman kiireetön tilanne!
Käy kirjallinen ohjausmateriaali potilaan kanssa läpi, Varmista että potilas ymmärtää → yhteinen kieli	Sairaus/vamma, oireet, hoito, mahdolliset komplikaatiot, milloin yhteys päivystykseen/omaan ta:aan, liikkuminen, syöminen, peseytyminen, lepo. Tarvittaessa tulkkipalvelut
Huomio , tarvitseeko potilas apuvälineitä pärjätäkseen itsenäisesti kotona	Kyynärsauvat EPLL, muut kotona tarvittavat apuvälineet (wc korotus, rollaattori), mistä ja milloin - Apuvälinelainaamon yhteystiedot, kunnittain → Intra
Varmista jatkohoito kotona, poliklinikalla, osastolla Muista lääkehoito-ohjaus	Miten kotiutuu, asuuko potilas yksin, saako hän haettua lääkkeit, onko apteekki auki, tarvitseeko päivystyspakkausta mukaan? Jatkohoito osastolla/pkl:lla
Anna aikaa kysymyksille	Selvitä potilaan mieltä askarruttavat asiat, mikäli et tiedä vastauksia, ota selvää.
Varmista , että potilas tietää, minne voi ottaa yhteyttä, mikäli kysyttävää tulee kotona EPLL/TK, JS, SS, KK, KL, MN, KT 2013	Puhelinpalvelun puhelinnumero 02 10023 ja 02 3138800 Selvitä potilaalle, miten palvelu toimii!
VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPUORI EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT	

Kuva 1 Voimavaraistavan ohjauksen muistilista (©Tiina Stenman)

11.3 Päivystyspotilaan kotiutuskortti

Muistilistan lisäksi projektiryhmä ideoi yhteispäivystyksen käyttöön potilaan kotiutuskortin, jossa selviää mitä tutkimuksia potilaalle on päivystyskäynnin aikana tehty, mitä lääkkeitä hän on saanut ja miten jatkohoito toteutuu. Kortin tarkoituksena on lisätä potilaan tietoisuutta päivystyskäynnin aikaisesta toiminnasta ja tavoitteena tukea potilaan selviytymistä käynnin jälkeen itsenäisesti kotona. Kortti katsottiin tarpeelliseksi päivystyspotilaiden jatkohoidon turvaamiseksi, koska käyntiteksti saapuu potilaalle vasta muutama päivä käynnin jälkeen.

Olette olleet hoidossa Ensihoidon- ja päivystyksen liikelaitoksen yhteispäivystyksessä __. __ - __. __ 20__
 Hoitava lääkäri oli: _____
 Diagnoosi/löydetty vaivanne oli:

Päivystyksessä teille annetut lääkkeet:

Tehdyt tutkimukset:

Kotihoito-ohjeet:

Jatkohoitonne tapahtuu:
 __ ei jatkohoidon tarvetta
 __ omalla terveysasemalla _____
 __ päivystyksessä _____
 __ TYKS:n osastolla _____

Tarvittaessa ottakaa yhteyttä:
 __ omaan terveyskeskukseen _____, 02 123456
 __ yhteispäivystykseen 023138800

ENSIHOIDON JA
 PÄIVYSTYKSEN LIIKELAITOS

Kuva 2 Päivystyspotilaan kotiutuskortti (©Tiina Stenman)

12 PROJEKTIOORGANISAATION TOIMINTA

Projektiorganisaatioon kuului projektipäällikkö, ohjausryhmä, projektiryhmä sekä työelämä mentori, joka kuului myös ohjausryhmään. Projektipäällikön tehtävänä on vastata projektin suunnittelusta, etenemisestä sekä arvioinnista ja raportoinnista (Silfverberg 2005). Tässä kehittämisprojektissa projektipäällikkönä toimi tämän raportin kirjoittaja. Hän oli vastuussa projektin etenemisestä kokonaisuudessa ja se opetti hänelle vastuullisuutta sekä pitkäjännitteisyyttä projektin läpi viemisessä muutoksen keskellä olevassa kohde organisaatiossa.

Projektipäälliköllä oli tukenaan ohjausryhmä, projektiryhmä ja työelämä mentori sekä ohjaava opettaja. Ohjausryhmä mahdollistaa projektin toteutumisen kohdeorganisaatiossa sekä valvoo projektin etenemistä ja tuloksia (Silfverberg 2005). Tässä kehittämisprojektissa ohjausryhmään kuului EPLL:n henkilöstö- ja kehittämispäällikkö, hallinnollinen osastonhoitaja, työelämä mentori sekä ohjaava opettaja. Ohjausryhmä kokoontui projektin aikana 5 kertaa, ensimmäisen kerran syksyllä 2011, kun projektin aihe täsmentyi. Projektipäällikkö tiedotti ohjausryhmää sähköpostitse tarvittaessa projektin aikana. Ohjaaminen ja tukeminen tapahtuivat tapaamisissa, sähköpostitse sekä puhelimitse. Projektipäällikkö teki kokouksista pöytäkirjan, jonka lähetti aina kokoukseen osallistuneille henkilöille sekä projektiryhmän kokouksesta ohjausryhmälle. Näin ollen kaikki projektiin osallistuvat olivat tietoisia projektin vaiheista ja etenemisestä koko projektin ajan.

Kehittämisprojektin projektiryhmään kuului neljä yhteispäivystyksen kokenutta sairaanhoitajaa. Projektipäällikkö oli valinnut molemmista yksiköistä kaksi sairaanhoitajaa ja samalla siten, että kaikista tiimeistä on yksi edustaja projektiryhmässä. Tämä edustaja on oman tiimensä potilasohjausvastaava projektipäällikköä lukuun ottamatta. Näin ollen saatiin projektiryhmään laaja edustajisto yhteispäivystyksen henkilökunnasta ja tätä kautta tuotetun tiedon siirtyminen henkilöstön tietoon oli varmennettu.

Projektiryhmä kokoontui kolme kertaa projektin aikana, ensimmäisen kerran lokakuussa 2012. Toinen kokoontuminen oli joulukuussa 2012 ja viimeinen, laa-

jennettu kokoontuminen, jonne kutsuttiin myös ohjausryhmä, oli tammikuussa 2013. Tämän lisäksi projektiryhmä kävi läpi yhteispäivystyksen kirjallisen potilasohjausmateriaalin ja laati tämän pohjalta kehittämissuunnitelmia ohjeisiin. Kehittämissuunnitelman tavoitteiden saavuttamisen kannalta projektiryhmä kokoontui riittävän usein ja ryhmä oli toimiva. Projektiryhmä tuotti tarvittavan tiedon ja koska ryhmässä oli potilasohjauksessa kokeneita sairaanhoitajia, oli se myös asiantuntijuudeltaan luotettava.

13 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTIA

13.1 Kehittämissuunnitelman kulun arviointi

Kehittämissuunnitelmaa voidaan arvioida esimerkiksi projektin prosessin ja siinä mukana olleiden näkökulmasta (Toikko & Rantanen 2009). Kehittämissuunnitelma eteni projektisuunnitelman mukaisesti vaihe vaiheelta ja aikataulullisesti suunnitellussa ajassa. Kehittämissuunnitelman tarpeen määrittelyn vaiheessa koottiin projektille teoreettinen viitekehys, jonka jälkeen tehtiin projektisuunnitelma, johon kirjattiin projektin tavoitteet ja tarkoitus sekä työsuunnitelma. Suunnitelmavaiheessa analysoitiin projektin uhkia ja heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja vahvuuksia. Ne kirjattiin erilliseen SWOT -analyysiin, jota tarkasteltiin projektin edetessä. Projektisuunnitelman ja tiedottamisen avulla kaikki projektissa mukana olleet tiesivät, missä vaiheessa oltiin menossa.

Projektin eteneminen oli haasteellista koko projektin ajan, sillä yksikkö, jonne projektia tehtiin, oli valtavan muutoksen keskellä. Käynnissä oli yhtä aikaa monta muuta kehittämissuunnitelmaa ja samaan aikaan niin projektipäällikkö kuin projektiryhmäläiset olivat käytännön työssä. Tästä huolimatta projekti pysyi suunnitellussa aikataulussa. SWOT –analyysissä kuvatut uhat eivät toteutuneet.

Projektipäällikkö vastasi projektin etenemisestä ja oli avainasemassa koko projektin ajan. Projektiorganisaatio pidettiin pienenä ja projektipäällikkö vastasi valtaosasta projektiin liittyvistä käytännön tehtävistä. Tämä mahdollisti projektin onnistumisen, sillä kiireen keskellä aikataulutuksen suuren joukon kesken olisi ollut

mahdotonta. Projektipäällikölle tämän kehittämisprojektin läpivienti opetti projektityön perusteet, ajan käytön hallintaa sekä paineensietokykyä. Samalla projektipäällikkö oppi tärkeitä yhteistyötaitoja. Näiden lisäksi projektipäällikön potilasohjausosaaminen kehittyi.

Kehittämisprojektin arviointi sisältää analyysin siitä, vastaako kehittämisprojekti tarkoitustaan. Projektin tarkoituksena oli selvittää päivystyspotilaan ohjaustiedon tarve ja tavoitteena oli kehittää potilasohjauksen sisältöä potilaslähtöisesti ja voimavaraistavaksi. Päivystyspotilaan tiedon tarve tutkittiin empiirisellä tutkimuksella, jota varten tehtiin tutkimussuunnitelma, anottiin puolto eettiseltä toimikunnalta sekä anottiin ja saatiin tutkimuslupa kohdeorganisaation ylilääkäriltä. Tutkimus toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen ja sen avulla saatiin vastaus tutkimusongelmiin. Näillä vastauksilla täydennettiin jo olemassa olevaa tietoa potilaiden tiedon tarpeista ja kehitettiin uusi toimintamalli päivystyspotilaan ohjaamiseen. Näin ollen kehittämisprojekti vastasi tarkoitustaan ja sen avulla saatiin EPLL:n yhteispäivystykseen uusi strukturoitu toimintamalli kotiutusohjaukseen sekä pantiin alulle kirjallisen ohjausmateriaalin päivitys. (Toikko & Rantanen 2009, 125.).

Päivystyspotilaan kotiutuksen tueksi kehitettiin ohjauksen voimavaraistumista tukevaan sisältöön perustuva muistilista sekä kotiutuskortti. Molemmat pilotoidaan vuonna 2013 ja pyritään ottamaan käyttöön loppumuokkauksen jälkeen. Tätä prosessia hidastaa yhteispäivystyksen muutto uusiin tiloihin sekä uusien toimintamallien käyttöönotto päivystyspotilaan hoitoprosessissa. Sekä kortti että muistilista koettiin työyhteisössä hyväksi työvälineeksi yhdistämään potilasohjausmalli sekä tukemaan voimavaraistavaa potilasohjausta yhteispäivystyksessä.

Kehittämisprojekti kesti kaiken kaikkiaan puolitoista vuotta ja se toteutettiin projektipäällikölle tutussa ympäristössä, joten hän ymmärtää hyvin sen kulttuurillisen- ja toimintasisällön. Raportissa tuodaan selkeästi esille projektin vaiheet. Ne olivat esillä kohdeorganisaatiossa koko projektin ajan. Heikkouksia ja epävarmuustekijöitä projektilla oli useita, mitkä suurimmassa määrin liittyivät samaan aikaan käynnissä olevaan organisaatiouudistukseen ja koko yhteispäivys-

tyksen toimintamallin muutokseen. Henkilöstön sitoutuminen tähän kehittämisprojektiin oli projektiryhmän osalta kiitettävää. Muu henkilökunta ei kaiken muun muutoksen ja perustyön vuoksi juurikaan pystynyt sitoutumaan projektiin. (Toikko & Rantanen 2009, 124.)

13.2 Kehittämisprojektin tulosten hyödynnettävyys

Kehittämisprojektin luotettavuus on sen käyttökelpoisuutta ja tulosten hyödynnettävyyttä. Tällä kehittämisprojektilla tuotettiin uutta tietoa päivystyspotilaan tiedon tarpeista, sillä sitä ei varsinaisesti olla aiemmin tutkittu. Projektista saatava tieto on sovellettavissa käytäntöön sellaisenaan ja se on saatu tieteellisesti hyväksytyillä tutkimusmenetelmillä hyvää tutkimusetiikkaa ja –käytäntöä noudattaen, joten projekti on luotettava. Luotettavuutta vähentää empiirisen tutkimuksen matala vastausprosentti ja suuri kato ja sitä kautta tulee toistettavuus ongelma. (Toikko & Rantanen 2009, 121-123, 125.) Tämä ei kuitenkaan vähennä sen hyödynnettävyyttä.

Kehittämisprojekti oli käyttökelpoinen ja hyödyllinen ja siitä saatavat tuotokset ja tulokset ovat tulevaisuudessa käyttökelpoisia EPLL:n yhteispäivystyksen potilasohjauksen kehittämisessä ja toteuttamisessa (Toikko & Rantanen 2009, 125). Niitä voidaan hyödyntää myös muualla alueella kehitettäessä päivystyspotilaiden ohjausta. (Taulukko 10, s. 62)

Taulukko 10 Tuotetun tiedon hyödynnettävyys

Kohde	Hyödyntäminen
Hoi-Pro 2009-2015	Projektin tuomaa tietoa voidaan hyödyntää potilasohjauksen kehittämisessä päivystyspotilaiden osalta
Yhteispäivystyksen henkilökunta	Tuotokset tulevat työkaluiksi potilasohjauksen systematisoimaan ja yhtenäistämään sitä. Perehdytyksen ja opiskelijaohjauksen tueksi.
Yhteispäivystyksen organisaatio	Potilasohjauksen laatu paranee ja sen kautta potilasmäärien hallinta helpottuu
Yhteispäivystyksen kehittäminen	Kaiken ohjauksen kehittäminen yhtenäisen sisällön mukaisesti → luotettavuus kasvaa ja potilasturvallisuus paranee
Yhteispäivystyksen henkilöstön osaamisen kehittäminen	Potilasohjaus on kriittistä osaamista päivystyshoitotyössä. Tämän sisällön suosituksen avulla sitä kehitetään yhtenäisesti ja saman sisällöllisesti
Yhteistyötahot (ensihoito, rtg, lab)	Ohjausosaamisen kehittäminen yhteistyöorganisaatioissa saman mallin mukaisesti
Päivystyshoitotyön kehittäminen	Päivystyspotilaan tiedon tarpeisiin perustuvalla ohjausosaamisella kehitetään päivystyshoitotyötä kokonaisvaltaisesti, sillä potilaita ohjataan läpi päivystyshoitoprosessin.

13.3 Kehittämisprojektin eettisyys

Päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositus –kehittämisprojektia voidaan pitää eettisesti tärkeänä, koska se vastaa osaltaan terveydenhuollon rakenneuutoksen mukanaan tuomiin haasteisiin päivystyshoitotyön tehostamisen suhteen. Yhteispäivystyksessä on tavoitteena palvella suurempaa potilasjoukkoa entisin resurssein ja sitä tukemaan kehitettiin potilasohjausta. Näin ollen kehittämisprojektia pystytään hyödyntämään laajasti kohdeorganisaatiossa. (Tuomi 2008, 143.) Sairaanhoidajan eettisten periaatteiden mukaan kaiken toiminnan lähtökohdana on asiakkaan tai potilaan etu. Tämän lisäksi sairaanhoitajat kunnioittavat potilaan itsemääräämisoikeutta ja antavat potilaalle mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa. (Etene 2012, 19; Sairaanhoidajaliitto 1996.) Potilaat saivat valita osallistuvatko he tähän kehittämisprojektiin eli osallistuminen oli vapaaehtoista. Siten kunnioitettiin potilaiden itsemääräämisoikeutta ja annettiin samalla mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon. Kehittämisprojektilla pyrittiin kehittämään päivystyspotilaiden ohjausta heidän tarpeidensa mukaisesti eli toimitettiin eettisten periaatteiden mukaisesti yksilötasolla. Ohjausprosessissa huomioidaan potilas yksilönä ja ohjataan häntä omien voimavarojensa mukaan.

Kun tarkastellaan koko hoitoprosessia, niin tiedon tarpeisiin vastaavalla ja voimavaraistumista tukevalla matalan kynnyksen ohjauksella vastataan potilaan tarpeisiin ennakoivasti ja siten voidaan vähentää päivystyspalvelujen tarvetta. Näin toimimalla voidaan hallita osaltaan päivystystoiminnan palvelujen käyttöä ja saada aikaan jopa säästöjä. (Etene 2012, 22.)

Kehittämiprojektin yhtenä tavoitteena oli luoda yhtenäinen potilasohjauksen sisällön suositus. Tällä tavoitteella pyrittiin tasa-arvoistamaan päivystyspotilaiden saamaa ohjausta. Terveystieteiden haasteena henkilöstön jatkuva vaihtuvuus samaan aikaan, kun potilaat toivovat pysyvyyttä. Yhteisillä toimintamalleilla saadaan aikaan pysyvyyttä, vaikka henkilökunta vaihtuisikin. Etenkin hektisessä päivystyspoliklinikan hoitoympäristössä pysyvät käytännöt tuovat potilaille sitä pysyvyyttä, jonka he kokevat voimavaraistavaksi. (Etene 2012, 26.)

Voidaan olettaa, että voimavaraistava ja potilaslähtöisen ohjauksen myös potilaiden tyytyväisyys saatuun ohjaukseen paranee. Nyt, kun tietoa on saatavilla runsaasti internetissä ja potilaat käyttävät aktiivisesti sitä voidaan päivystyspotilaan ohjaamisen tueksi voi hyvin ajatella esimerkiksi internet sivuja, joiden avulla potilaan tai potilaan omaisen olisi mahdollisuus tutustua jo ennen hoitoon hakeutumista yhteispäivystyksen toimintaan ja vaivansa hoitoon. Operatiivisesti hoidettavien elektiivisten potilasryhmien preoperatiivisessa ohjauksessa on tuloksellisesti käytetty internetiä hyväksi (Heikkinen 2011, Suhonen & Leino-Kilpi 2006, 11). Sähköisen viestinnän ei kuitenkaan tule vähentää kasvokkain tai puhelimesta tapahtuvaa ohjausta, vaan ohjata siihen suuntaan. (Etene 2012, 28.)

Päivystyshoitotyössä ei voida pyrkiä kestäviin hoitosuhteisiin. Tästä huolimatta päivystyshoidon kokonaisuudella voidaan tavoitella samankaltaista tilannetta siten, että tehdään päivystyskäynnistä potilaalle mahdollisimman informatiivinen ja luottamusta herättävä kokemus. Käynnin jälkeen potilaalla tulee olla turvallinen olo ja tieto siitä, mistä voi tietoa tai hoitoa saada, mikäli tarve tulee. Tähän pyritään oikea-aikaisella, potilaasta lähtevällä ja hänen tarpeisiinsa vastaavalla voimavaraistumista tukevalla ohjauksella. Kun EPLL yhteispäivystyksessä on

käytössä yhteinen ohjauksen sisällön suositus ja ohjaus toteutetaan hyvällä vuorovaikutuksella, tavoite toteutuu. (Etene 2012, 28.)

14 JATKOKEHITTÄMISAIHEITA

Päivystyspotilaan kotiutuskortti ja ohjauksen muistilista otetaan käyttöön pilotointivaiheen jälkeen ja kun toiminta uusissa tiloissa on alkanut vakiintua. Noin vuoden käytön jälkeen voidaan arvioida, miten kortti ja muistilista ovat toimineet hoitajien työvälineenä. Arvioinnin pohjalta voidaan tarvittaessa kehittää molempia. Suosituksen käyttöä voidaan tutkia potilasohjauksen vaikuttavuutta sekä potilaiden tyytyväisyyttä saatuun ohjaukseen. Projektiryhmä toi esiin useita potilasohjauksen kehittämisideoita. Näistä kattavimpana voidaan nähdä internet-pohjaisen ohjausmenetelmän kehittäminen. EPLL:n yhteispäivystyksellä tulisi olla osittain interaktiiviset web-sivut, joihin potilaiden olisi helppo mennä ja mahdollisuus kysymyksille, joihin EPLL:n yhteispäivystyksen tulee resursoida vastaaja. EPLL:n yhteispäivystyksellä pitäisi olla käytössä sisäiset internetsivut, joilla on helposti saatavilla ja päivitettävissä ajantasainen ohjausmateriaali. Interaktiivisella verkossa tapahtuvalla ohjauksessa vastataan hyvin tarkasti potilaan tarpeeseen saada tietoa.

Nyt, kun sairaanhoitopiiri vastaa ensihoidosta ja EPLL on yksi palveluja tuottava organisaatio, niin päivystyspotilaan ohjauksen sisällön suositusta voisi levittää ensihoidon kentälle. Ensihoidossa ohjausta tapahtuu hyvin paljon potilaiden kotona ja voimavaraistumista tukeva ohjaaminen olisi varmasti vaikuttavaa myös ensihoidossa. Näin toimiessa potilastyytyväisyys paranisi ja mahdollisesti sillä olisi vaikutusta myös terveydenhuollon kustannuksiin. (Angelmar & Berman 2007, 155.)

LÄHTEET

Ahonen, O. 2004 Syöpään sairastuneen nuoren tiedon tarve. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet. Toim. Hupli, M. 2004. Turun yliopiston julkaisuja.

Angelmar, R., Berman, P. 2007. Patient empowerment and efficient health outcomes. European health management association. Verkkojulkaisu. Saatavana: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/10483-Report_3.pdf Luettu 21.2.2012

Apostol, A. Eskola, E. Halme, S. 2011. Tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedon tarve henkilökunnan arvioimana –SPTT-mittarin testaus. AMK opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Arkkila, E. Himberg, M-S. Kallio, V. 2011. Haasteena potilasohjauksen kehittäminen – Sairaalapotilaan tiedontarve –mittarin toimivuus Turun yliopistollisen keskussairaalan tulevilla vatsatoimialueella hoitajien arvioimana. AMK opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Turku

Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi. 2005. Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Terveysportti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00066 Viitattu 15.1.2012.

Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccace, A. 2006. Patient empowerment in theory and practice: Polysmy or cacophony? Patient Education and Counselling. 13-20.

Bastian, H. 2008. Health literacy and patient information: Developing a methodology for a national evidence-based health website. Patient education and Counseling. 551-556.

Dunnion, ME. Kelly, B. 2005. From emergency department to home. Journal of Clinical Nursing. 776-785.

Ekwall, A., Gerdtz, M. Manias, E. 2009. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. Journal of Clinical Nursing. 3489-3497.

Eloranta, S., Johansson, K., Vähätalo, M. 2009. Voimavaraistamista tukeva avannepotilaan ohjaus. Sairaanhoidaja- Sjuksköterskan. 24-26.

Eloranta, S & Nygren, P. 2011. Näyttöön perustuva potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePo) – hankkeen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin loppuraportti. KASTE-hanke. Verkkodokumentti. Pdf tiedosto saatavissa: www.vete.fi/raportit. Viitattu 9.3.2012.

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

EPLL. 2012. Tiimikoulutuspäivä. 6.9.2012. Julkaisematon lähde.

EPLL. 2012. Puhelinkoulutus 12.1.2012. Julkaisematon lähde

ETENE 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisuja 35. STM. Helsinki. Saatavana: www.etene.fi/Julkaisut viitattu 9.3.2013.

Finlex: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2011. 3 luku 15§ <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> viitattu 21.1.2012

Finlex: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993. Saatavana <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> viitattu 19.1.2012

Finlex: Terveydenhuoltolaki 2010. Saatavana <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 11.1.2012.

Griffin, J., McKenna, K., Tooth, L. 2003. Written health education materials: Making them more effective. Australian occupational Therapy Journal. 170-177.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita prima oy. Helsinki.

- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H., Salanterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patient's knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of advanced nursing*. 60/(3), 270-278.
- Heikkinen, K. 2011. Gognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Holmström, I., Höglund, A. 2007. The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of clinical nursing*. 1865-1871.
- Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Sanoma pro. Helsinki.
- Johansson, K., Katajisto, J., Salanterä, S. 2010. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*. 2980-2988.
- Johnson, A., Sandford, J., Tyndall, J. 2008. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (Review). The Cochrane collaboration.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2007 läkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*. 51-62.
- Kataja, M. 2013. Lean-ajattelu tukee akuuttilääketiedettä. *Premissi*. 1/2013.
- Kettunen, T., Poskiparta, M., Liimatainen, L.. 2001. Empowering cuonseling – acase study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health education research*. Oxford University Press. 227-238.
- Kylmä, J & Juvakka, T.. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Helsinki.
- Kääriäinen, M. Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2003. *Hoitotiede*. 208-216.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu –Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.
- Leak, A., Davis, E.D., Houchin, L.B., Mabrey, M. 2009. Diabetes Management and Self-Care education for Hospitalized Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 205-210.
- Lehtonen, J., Lucenius, P., Kiuru, S. 2012. EPLL:n koulutuspäivä 19.1.2012. Luentomuistiinpano.
- Leino-Kilpi, H. 2010. Potilasohjaussymposium Turku 17.3.2010. Luentomateriaali.
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., Katajisto, J. 1998. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing*. 116-123.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I., Katajisto, J. 1999. Nursing study of significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of orthopaedic nursing*. 138-145.
- Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Virtanen, H. 2006. Empowering discourse in patient education (Review) *Patient education and counsseling*. 140-146.
- Lipponen, K. 2011. VeTePo 2009-2011. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto-Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen – osahanke. Yhteenvetoraportti 2011. KASTE hanke.
- Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Oulu.

- Lucenius, P., Rantanen, S., Santalahti, A. 2011 Lasaretti 1/2011. pdf julkaisuna saatavissa www.vsshp.fi Viitattu 15.1.2012.
- Moscato, S., Valanis, B., Tanner, C., Shapiro, S., Izumi, S. 2007. Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services. *Clinical nursing research*. Vol 16(3). 119-137.
- Nikki, L., Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede*. 312-323.
- Nummelin, M., Pakasto, T., Lamminen, M., Lucenius, P. 2011. Teoksessa Nygren, P., Nurminen, R. (Toim.). Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 114. Turun ammattikorkeakoulu. Turku
- Nurminen R. 2011. Tulevaisuuden osaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.
- Nuutila L, Hoppendorff-Koskinen E, Kauppila W, Mertsola J, Rusi R, Ruusu P & Leino-Kilpi, H. 2004. Puhelinneuvonta osana lasten poliklinista hoitotyötä – Puhelinneuvonnan arviointi palvelun käyttäjien näkökulmasta. VSSH. Hoitotyön julkaisuja A36, Turku.
- Orava, M. 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Pro Gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Oulu.
- Peltosalo, E. 2011. Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT©)-mittarin testaus neurotoimialueen potilaille. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.
- Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*. 113–119.
- Rintala, J. 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu- tutkielma. Oulu.
- Saarinen, S. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. 2007. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu- tutkielma. Tampere.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M., Pulkkinen M-L & Leino-Kilpi H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede*. 217-228
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P. 2010. Potilaan ja saattajan saama ohjaus päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö*. 21-28.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Salonpää, M., Sandvik, S., Vanninen, J., Paavilainen, E. 2011. Potilaat ja omaiset toivovat kokonaisvaltaista ohjausta. *Sairaanhoitaja*. 50-53.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Verkkodokumentti. Saatavana www.sairaanhoitajaliitto.fi viitattu 9.3.2013.
- Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa – Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Sairaanhoitopiirien ja sairaanhoidon erityisvastuualueiden kuntajako 2012. Kuntaliitto. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/kartat/Sivut/default.aspx> viitattu 29.1.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. STM. Helsinki. Saatavana www.stm.fi
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Selvitystyöryhmän esitys TYKS erva 19.3.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7027177&name=DLFE-26006.pdf Viitattu 30.3.2013.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*. 5-15.


- Toikko, T., Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere. Tampere University Press. TUP.
- Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.
- Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Uusitalo, M. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan tiedon tarve. Pro gradu. Turku: Turun yliopisto.
- TYKSiin toiminnan ja organisaation muutos T-PRO -hankesuunnitelma. 2010. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Virtanen, P., Paavilainen, E. Helminen, M. Åstedt-Kurki, P. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla 2009. Hoitotiede. 302-311.
- VSSHPa, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011a. Yleisesittely. Viitattu 27.1.2012. <http://www.vsshp.fi/fi/esittely>
- VSSHPb, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri tiedotteet. Viitattu 15.1.2012 <http://www.vsshp.fi/fi/tiedotteet2011/54181>
- VSSHP1. Ohjepankki 2012. Shp:n sisäinen intranetti. Viitattu 10.11.2012.
- VSSHP2. Ohjepankki. 2012. Shp:n sisäinen intranetti. Viitattu 10.11.2012.
- Väestön ikäpyramidi 18.3.2011. <http://www.findikaattori.fi/14/> Viitattu 15.1.2012

LIITTEET

Liite 1 Tiedonhaku

Tietokanta/tietolähde	Hakusana	Rajaukset	"Osumien" määrä/hyödynnetty
PubMed	"patient education" "acute care"	not "psy*"	52 / 0
Thesus	YAMK opinnäytetyö	hoitotyö, potilasohjaus	38/0
Medline	"patient education" "patient education" "patient counseling" "patient counseling"	"acute care" "acute care" keyword "acute care" "discharge"	12 3 1/0 2
Cochrane	"patient education" "patient counselling" "patient education" "patient counselling" "patient education"	evidence based "acute care" Systematic reviews, keyword Systematic reviews Systematic reviews, title, abstract or keywords	2/0 11 82 11/2 1/1
Chinal	"patient education" "patient counselling" "model of education" "patient education" "patient education"	"acute care" 2005-2011 "acute care" "home care"and "instructins" all "adult" "model of education" Evidence based, advanced search "discharge"and"instruktions" adult and evidence based	13/3 1 3/0 6/2 0 3/3
Medic	"patient education"	gradu	184/25
	"patient education"	väitökset, not mental*	51/3
Monihaku: Medline, Pubmed, Ebscho, Chinal, Ebrary	"Internet-based patient education"		68/2

Liite 2 Toimeksiantosopimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU/Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
II Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Kehittämisprojektin nimi

Päivystyspotilaan ohjauksen nykytilanteen kartoitus, potilasohjausmallin luominen Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitokseen

Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Työn tarkoituksena on kehittää uuden T2 yhteyspäivystyksestä kotiutuvien potilaiden ohjausta ja samalla vähentää yhteydenottotarvetta sekä parantaa potilasturvallisuutta.

Kehittämisprojektin tavoiteaikataulu

Kehittämisprojekti toteutetaan 12/2011-05/2013 välisenä aikana, ellei myöhemmin kirjallisesti toisin sovita

Kehittämisprojektin ohjaajat ammattikorkeakoulussa:
Nimi: Katja Heikkinen
Virka-asema Turun ammattikorkeakoulu, lehtori

Sopimusehdot


Turun ammattikorkeakoulu sitoutuu ohjaamaan työelämän kehittämisprojektiä opetustyönä. Ammattikorkeakoulu nimeää jokaiselle opiskelijalle henkilökohtaisen opettajatuutorin kehittämisprojektin ohjaukseen. Projektisuunnitelman ja raportin arviointiin osallistuu myös toinen ammattikorkeakoulun opettaja. Kehittämisprojektiin sisältyvä tutkimuksellinen ja pedagoginen ohjaus on opiskelijan taustaorganisaatiolle maksutonta.


Kehittämisprojektin taustaorganisaatio sitoutuu omalta osaltaan kehittämisprojektiin ja mahdollistaa työyhteisössään opiskelijan kehittämistoiminnan suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Opiskelijalle nimetty työelämämentori tukee kehittämisprojektin toteutusta työelämässä. Taustaorganisaatiosta pyydetään kirjallinen palaute opinnäytetyöstä sen valmistuttua.

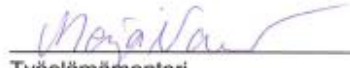
Kaikki yhteistyökumppanit vastaavat kehittämisprojektiin liittyvistä kuluista omalta osaltaan (esim. matka-, materiaali-, ATK-kustannukset). Opinnäytetyö on lähtökohtaisesti julkinen. Tekijänoikeuksista sovitaan tarvittaessa erikseen. Kehittämisprojektin kaikissa vaiheissa noudatetaan eettisiä periaatteita.

Tätä sopimusta on tehty yhtäpitävät kappaleet kaikille osapuolille (3 kpl).

Päiväys 12.12.2011


Opiskelija


Koulutuspäällikkö


Työelämämentori


Toimeksiantajan edustaja

Keirina Tenhu
Henkilöstö- ja kehittämisjohtaja

Ensihoidon ja päivystyksen
Liikelaitos / VSSHP

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Mentorointi- ja opinnäytetyösopimukset

2

Liite 3 Kehittämiprojektissa käytetyt tutkimukset

Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla	Mari Salminen-Tuomaala, Kirsi Korkinmäki, Sirpa Kurikka, Eija Paavilainen; Tampereen yliopisto 2006	Tutkimuksella kuvataan päivystyspoliklinikalla asioiden potilaiden saattajien kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa ohjauksen kehittämiseksi.	Aineiston keruu kyselylomakkeella, 250 lomaketta jaettiin, 93 palautui eli vastausprosentti oli 39.2%	Noin 70% saattajista koki saaneensa riittävästi ohjausta, yli 30-vuotiaat kokivat saaneensa enemmän ja parempaa ohjausta kuin alle 30-vuotiaat, naimisissa olevat olivat tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen kuin naimattomat. Odotusaikaista sekä lääke ohjausta toivottiin enemmän. Konkreettisia ohjeita toivottiin enemmän niin lääkäreitä kuin hoitajiltakin. Saattajat olivat tyytyväisiä siihen, että saivat olla potilaan vierellä odotusaikana.
Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003	Katja Heikkinen, Kirsi Johansson, Helena Leino-Kilpi, Sirkku Rankinen, Heli Virtanen, Sanna Salanterä; Turun yliopisto 2004	Tutkimuksella selvitettiin, miten sairaalapotilaan ohjausta ja tiedonsaantia on tutkittu suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003.	Tutkimuksessa analysoitiin kaikki kyseisenä aikana valmistuneet hoitotieteen yliopistolliset opinnäytetyöt (N=50) jotka käsittelivät sairaalapotilaan ohjausta tai tiedonsaantia. Yhdessä kohteena oli lapsipotilaat, muissa aikuiset.	Opinnäytetöiden tarkoitus oli tarkastella käytännön ohjauksen toteutumista, välitetyn tiedon määrän riittävyttä sekä potilaan tiedon tarpeen arvioimista. Tuloksina oli ohjausmenetelmien kartoitus, mittareiden sisällön analyysi sekä potilaiden tiedontarpeen määrittäminen. Potilaat pitivät tärkeimpinä asioina biofysiologisten ja toiminnallisten osalueiden tiedon saantia, kuten toimenpiteet, omahoito, kuntoutus sekä vapaa-aika.
Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla - kirjallisuuskatsaus	Lotta Nikki, Eija Paavilainen; Tampereen yliopisto 2009	Tarkoituksena on selvittää kirjallisuuden avulla potilaiden läheisten hoitoon osallistumista sekä hoitohenkilökunnan ja läheisten välistä vuorovaikutusta päivystyspoliklinikalla.	Kirjallisuushaku Medline-, British Nursing index-, Cinahl-, Medic-, Ovid Nursing Database- ja Linda- tietokannoista aivaväiillillä 2000-2008. Mukaan valittiin 20 tieteellistä julkaisua, jotka	Tuloksina saatiin että läheisten hoitoon osallistuminen on perheen yhdessäoloa, tiedon saamista hoitavilta tahoilta sekä potilaan auttamista ja hänen tukemaan olemista. Läheiset toivovat avointa ja rehellistä tietoa hoidosta ja potilaan tilanteesta. Läheiset ovat aktiivi-

			analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.	sesti mukana ohjauksessa ja jatkohoidon toteutumisessa. Ilmeni tarve kehittää arviointimittari, millä voidaan tutkia läheisten ja hoitajien yhteistyötä päivystyspoliklinikalla läheisten näkökulmasta.
Written health education materials: making them more effective	Janelle Griffin, Kryss McKenna, Leight Tooth; The University of Queensland, Brisbane, Australia. 2002.	Tutkimuksessa selvitettiin, millainen on hyvä ja informatiivinen kirjallinen potilasohje (toimintaterapiassa)	Kirjallisuuteen perustuva artikkeli vaikuttavasta potilasohjaus materiaalista.	Ohjeiden tulee olla selkeitä ja yksiselitteisiä, kirjoitettu sopivan suurella fontilla selkeillä lauseilla. Ohjeita voidaan tehostaa kuvin ja kaavioin.
lääkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa	Arja Isola, Kaisa Backman, Reetta Saarnio, Maria Kääriäinen, Helvi Kyngäs. Oulun yliopisto 2005.	Tutkimuksella kuvataan iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamastaan ohjauksesta sekä sen hyödyistä.	Tutkimusaineisto on kerätty yliopistollisen sairaalan eri osastoilta ja poliklinikoilta yli 65-vuotiailta potilailta kyselylomakkeella (n=203). Lomakkeella oli strukturoituja ja strukturoimattomia kysymyksiä, joiden kvantitatiiviset vastaukset analysoitiin suorilla prosenttija-kaumilla ja kvalitatiiviset induktiivisella sisällönanalyysillä.	Valtaosa oli tyytyväinen sairaudesta, sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista saamaansa ohjaukseen ja ohjaustilanteeseen. Tyytymättömyyttä oli kuntoutuksen, tukiryhmien ja sairauden syiden ohjauksen suhteen. Lääkärit eivät kokeneet tarvitsevansa ohjausta etuuskien ja tukiryhmien suhteen. Ohjauksen sisältöön ja määrään liittyi ongelmia. Ohjeiden olisi pitänyt kohdentua enemmän sairauteen ja sen ennustettavuuteen sekä toimenpiteisiin ja kelakorvauksiin. Konkreettisesti sairaalassa liikkumiseen olevia ohjeita kaivattiin.
Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus	Sini Eloranta, Mervi Vähätalo, Kirsi Johansson; Turun yliopistollinen keskussairaala 2008, Turun yliopisto ja Turun AMK.	Kehityshanke, jonka tavoitteena oli kehittää avanneleikkauspotilaiden polikliinisiä ohjauskäyntejä TYKSin kirurgian ja naistentautien klinikoilla.	Kehityshanke	Hankkeen tuloksen avanneleikatun potilaan hoidon laatu paranee ja polikliininen ohjaus systematisoituu ja monipuolistuu.
From emergency department to home	Mary E Dunnion, Billy Kelly; Donegal Ireland 2004	Tutkimuksella on tarkoitus kehittää iäkkään potilaan kotiutumista päivystyspoliklinikalta ja tiivistää päivystyksen ja avohoidon yhteistyötä	Tutkimukseen valittiin (n=222) hoitajia niin päivystyksestä kuin avohoidostakin. Tutkimus toteutettiin standartoidulla kyselylo-	Tutkimuksessa todettiin että jatkohoidon ohjeistuksessa on sekaannuksia ja kotiutumiseen kaivataan kotiutushoitajaa päivystyksen ja avohoidon välille, jotta tiedonkulku paranisi. Aiempien tutki-

			makkeella, joka analysoitiin SPSS ohjelmalla.	musten hypoteesit tiedonkulun ongelmista todentui ja ratkaisuna nähtiin tiedonkulun parantaminen, koulutus, molempien sektoreiden yhteistyön parantaminen, yhteiset ohjeet ja kaikilla näillä lääkäreiden potilaiden hoidon laadun parantaminen.
Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?	Isabelle Aujoulat, William d'Hoore, Alain Deccache; Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgium. 2006	Kirjallisuusanalyysi, laadullisella metodilla.		Analyysissä saatiin tulokseksi, että voimaantumisen lähtökohdat eivät ole sairauskeskeisiä vaan voimaantuminen tapahtuu potilaskeskeisesti ja perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Hoitajapotilas ohjaussuhde tulee olla jatkuva ja oma-aloitteinen molemmin puolin.
Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home	Anne Johansson, Jayne Sandford, Jessica Tyndall. Flinders University, Adelaide Australia. 2005.	Tutkimuksen tavoitteena on kehittää sairaalasta kotiutuviin potilaiden ohjausta ja tiedonsaantia jotta he pärjäisivät paremmin kotona. Suullisen ohjauksen rinnalle kirjallinen ohjaus.	Kirjallisuushaku tietokannoista: Cochrane, Medline, Embase, Cinahl, PsycINFO, Eric, Ovid, sosiologiset tiivistelmät, Aushelth artikkeleita tieteellisestä julkaisuista. Aikarajoitus 1990-2005.	Tulokseksi saatiin, että suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistäminen parantaa hoidon jatkuvuutta ja lisää potilaiden itsehoitotaitoja kotiutuessa.
Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla	Mari Salminen-Tuomaala, Anu Kaappola, Sirpa Kurikka, Päivi Leikola, Johanna Vaninen, Eija Paavilainen. Tampereen yliopisto. 2009.	Tutkimuksella kuvattiin erään keskussairaalan päivystyspoliklinikan potilaiden käsityksiä hoitohenkilökunnalta saamaan ohjauksesta.	Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeilla 2008-2009 (N=100) ja vastausprosentti oli 77% (n=77). Vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja tulokset esitettiin frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina.	Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä tutkimuksia, hoitotoimenpiteitä ja omien asioiden etenemistä koskevaan ohjaukseen. Potilaat pitivät erittäin tärkeinä kirjallisia ohjeita. Suuri osa eli 91% potilaista piti tärkeänä omaisen läsnäoloa ohjaustilanteessa päivystyspoliklinikalla, mikä on merkittävä tulos. Erityistä huomiota tulee kiinnittää kotihoito-ohjaukseen potilaan ja hänen omaisensa kanssa potilaan kotiutuessa päivystyspoliklinikalta.
Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit	Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs, Maria Kääriäinen. Oulun yliopisto, Oulu 2006.	Potilasohjaushankkeen tarkoituksena oli kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.	Tutkimusta varten kehitettiin mittarit kirjallisuuden avulla, joilla tutkittiin potilaiden (n=920), hoitohenkilökunnan (n=1024) ja omaisten	Laajan tutkimuksen tulosten perusteella kehittämishankkeiksi nousi ohjaustapahtuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjauksessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, de-

			(n=341) käsityksiä ohjauksesta. Aineistot analysoitiin tilastollisesti ja sisällön analyysillä.	monstroiinti, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus. Näitä alettiin työstää kehittämishankkeen toisessa vaiheessa shp:n henkilöstön (N=56) ja sairaanhoitajaopiskelijoiden (N=19) muodostamissa ryhmissä. Ryhmien työntuloksena saatiin ohjausmallit teema-alueista.
Potilasohjauksen laatu – hypoteettisen mallin kehittäminen	Maria Kääriäinen, Oulun yliopisto 2007. Väitöskirja.	Kaksivaiheisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää potilasohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana.	Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (n=844) ja hoitohenkilöstöltä (n=916) ja analysoitiin perus- ja monimuuttuja menetelmällä sekä sisällön-analyysillä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa ohjauksen käsite määriteltiin käsite-analyysillä, jonka aineisto kerättiin harkinnanvaraisesti Medline, Cinahl ja Medic tietokannoista sekä käsihaikuina yleisteoksista. Ohjauksen käsite testattiin konfirmatorisella faktosianalyysillä, jossa aineistona käytettiin tutkimuksen ensimmäisen vaiheen (n=844) aineistoa. Lopuksi ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset yhdistettiin ohjauksen hypoteettiseksi malliksi.	Kehitetyn mallin mukaan potilasohjaus on laadukasta, silloin kun se on ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön taustaan sidoksissa olevaa, vuorovaikutus suhteisiin rakentuvaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa joka on asianmukaisin resurssein toteutettu ja on riittävää sekä vaikuttavaa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ohjaus teorian kehittämisessä, ohjauksen laadun kehityksessä ja koulutuksessa.
Aivoverenkiertohäiriöpotilaan läheisten tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla	Pirjo Virtanen, Eija Paavilainen, Mika Helminen, Päivi Åstedt-Kurki; Tampereen yliopisto, 2009.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ensiapupoliklinikalla asioineiden aivoverenkiertohäiriö (AVH) potilaiden tiedonsaantia ensiapupoliklinikalla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa AVH potilaiden tiedonsaannin pa-	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella kahden yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikalla (N= 500) (n=192) vastausprosentti 38%. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS ohjelmalla.	Tuloksena ilmeni, että potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin, mutta toivoivat lisää tietoa sairauden aiheuttamista oireista ja jatkohoidosta. He odottivat myös saavansa enemmän kirjallista ohjeistusta. Lääketieteellisen hoidon rinnalla korostuu hoitotyön tarve

		rantamiseksi.		
The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing	Inger Holmström & Anna Höglund. Uppsalan yliopisto, Uppsala, Ruotsi. 2005.	Tutkimuksella selvitettiin puhelinohjauksen eettisiä ongelmia ja näkökulmia.	Aineistona 12 naissairaanhoidajan haastattelututkimus joka tehtiin 2004-2005. Haastattelut analysoitiin temaattisella menetelmällä..	Tutkimuksen tuloksina saatiin viisi eettistä ongelmaa puhelinohjauksessa sekä se miten ne ovat esillä puhelinohjauksessa. Samalla esille tuli, että jotkut perinteisen hoitamisen tavat ja menetelmät ovat ristiriidassa puhelinohjauksen ja hoitamisen kanssa. Tutkimuksella saavutettiin tilanne, jossa puhelimesta työskentelevät hoitajat alkoivat pohtia eettisiä kysymyksiä ja tällä tavoin paransivat hoitotyötä.
Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Marjo Orava. Oulun yliopisto, 2010. Pro gradu tutkielma.	Tutkimuksella selvitettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella hoitajan antamaa puhelinohjausta, sen edellytyksiä, arviointia ja vaikutuksia.	Aineisto kerättiin tiedonhaku Medici-, Medline-, Cinahl- ja Cochrane-tietokannoista sekä manuaalisesti kansainvälisiin ja kotimaisiin hoitotieteellisiin julkaisuihin vuosilta 2004-2009. Yhteensä 1692 viitettä, joista valittiin lopulliseen analyysiin 98 alkuperäistutkimusta, jotka analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin mukaan.	Tuloksena puhelinohjauksen jako reaktiiviseen ja proaktiiviseen ohjaukseen sekä niiden ero ja hoitajan rooli puhelinohjauksen antajana sekä puhelinohjauksen erityiskysymyksiä. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää puhelinohjauksen kehittämisessä erilaisissa yksiköissä.
Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta	Johanna Rintala Oulun yliopisto, 2007. Pro gradu tutkielma.	Tutkimuksella selvitettiin omaisten arvioita saamastaan ohjauksesta Oulun yliopistollisen keskussairaalan osastoilla ja poliklinikoilla.	Aineisto kerättiin Likertasteikollisella kyselylomakkeella loka-marraskuussa 2006 ja analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Tulokset esitettiin frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja merkitsevyyksiä tarkasteltiin Fisherin testillä.	Tuloksia verrattiin aiempaan tutkimukseen, jonka jälkeen ohjausta oli kehitetty hankkein. Tuloksena omaiset kokivat ohjauksen pääasiassa riittämättömäksi, ainoa missä ohjaus oli riittävää oli sairaalassa tapahtuva hoito. Parannusta oli kuitenkin tapahtunut mm kivunhoitoon, tutkimustuloksiin ja sairauden ennusteeseen liittyvässä ohjauksessa. Ymmärrettävän kielen käyttö ja hoitajien ohjaustaidot ja menetelmät sekä tilat saivat kiitosta.
Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services	Susan Randles Moscato, Barbara Valanis, Christina	Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa puhelinohjaukseen.	Aineisto kerättiin laajasti erilaisista puhelinohjauspisteistä USA:n erikolkista.	Tuloksen saatiin puhelujen sisältö: puheluista 37.5% oli itsehoito-ohjeiden kysymistä/saamista, 27% uusien oirei-

	M. Gullion, Christine Tanner, Susan E. Shapiro & Shikego Izumi. 2007. University of Portland, USA.		Tutkimukseen valitut hoitajat vastasivat omaan kyselyyn jossa selvittiin heidän tausta, hoitajat äänittivät satunnaisesti joka vuorokauden aikaan puheluita, 150 puhelua kahden viikon aikana, jotka analysoitiin sekä näiden puhelujen soittajille lähetettiin kysely jatkosta. (N= 1939) Tuloksia analysoitiin tilastollisilla ja sisällön analyttisillä menetelmillä.	den takia. Eniten puheluita tuli arkisin virka-aikaan ja soittajat joutuivat odotamaan yli 5 minuuttia vastausta. Aiempaan kirjallisuuteen verrattuna soittajat käyttivät puhelinpalvelua asianmukaisesti. Puhelinneuvonnan avulla soittajat kokivat hoitonsa laadun parantuneen.
Puhelinneuvonta osana lasten polikliinista hoitotyötä – Puhelinneuvonnan arviointi palvelun käyttäjien näkökulmasta	Liisa-Maija Nuutila, Eija Hoppendorff-Koskinen, Wiveka Kauppila, Jussi Mertsola, Ritva Susi, Päivi Ruusu, Helena Leino-Kilpi. 2004. TYKS julkus- ja A:36	Tutkimuksella selvitettiin lastenpoliklinikan puhelimeen soittaneiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun.	Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin kaikille lastenpkl:lle yhden kuukauden aikana soittaneille (N=91). Aineisto analysoitiin tilastotieteen ja sisällönanalyysin menetelmillä.	Soittajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa palveluun. Pkl:lle soitettiin kaikkina vuorokauden aikoina, 2/3 soitoista koski alle 4- vuotiaiden terveysongelmia. 67% soittajista sai ohjeita ja neuvoja kotihoitoon, 21% ohjattiin tk:een ja 12% kutsuttiin suoraan lastenpkl:lle.
Empowering discourse in patient education	Heli Virtanen, Helena Leino-Kilpi, Sanna Salanterä. Turun yliopisto 2006. Turku.	Tutkimuksella selvitettiin voimavaraistavaa potilasohjausta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisistä verkkokirjastoista. Aikarajaus 1995-2005.	Voimavarastava- termiä käytettiin eri tavoin eri tutkimuksissa, sen näkökulman mukaan mistä aihetta lähestytään (hoitaja-potilas). Käsitteenä voimavaraistuminen on monimutkainen ja moniulotteinen, jonka selittämiseen tarvitaan lisää tutkimuksia.
Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients	Heikkinen Katja. 2011. Turun yliopisto, Turku.	Tutkimuksessa kehitettiin tiedollisesti voimavaraistava internetpohjainen potilasohjaus ohjelma ja testattiin sitä päiväkirurgisilla potilailla.	Kaksivaiheinen tutkimus, jossa ensimmäisessä vaiheessa oli mukana 120 päiväkirurgista potilasta, joilta kartoitettiin tiedon tarpeita. Toisessa vaiheessa oli mukana kaksi ryhmää potilaita, jotka jaettiin hoitajaohjaukseen (n=75) ja internet ohjaukseen (n=72).	Tutkimuksen tuloksena saatiin, että internet ohjaus toimii hyvin päiväkirurgisilla potilailla ja sitä voidaan suositella. Se oli helppokäyttöinen ja sieltä sai riittävän tiedon voimavaraistavaan itsehoitoon.

			Tämä aineisto kerättiin strukturoidun mittarin avulla ja analysoitiin tilastollisesti.	
Syöpään sairastuneen nuoren tiedon tarve	Outi Ahonen (2004) tutkimus esitelty teoksessa: Potilasohjauksen ulottuvuudet, Turun yliopiston julkaisuja.	Tutkimuksella pyrittiin selvittämään, millaista tietoa syöpään sairastunut nuori tarvitsee ja millaista tietoa heillä jo on.	Tutkimukseen valittiin sopeutumisvalmennusleirillä olevia nuoria ryhmänä (n=20). Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna ja analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalysillä.	Nuoret olivat saaneet kattavasti tietoa monista eri lähetistä ja pitivät vertais-tukea tärkeänä niin tiedon kuin selviytymisen kannalta.
Diabetes Management and Self-Care Education for Hospitalized Patients With Cancer	Ashley Leak, Ellen Davis, Laura Houchin, Melanie Mabrey. 2008. Duke University Medical Center in Durham, USA.	Tutkimuksella selvitettiin voimavaraistavan ohjauksen yhdistämistä motivoivaan haastatteluun diabetestä sairastavilla syöpäpotilailla.	Tutkimuksessa vertailtiin eri tapoja ohjata ko potilaita. Aineistona oli siis jo tehdyt tutkimukset.	Voimavaraistavan ohjauksen ja motiivoivan keskustelun yhdistelmä oli paras vaihtoehto ohjata tätä potilasryhmää.
Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment	Kirsi Johansson, Jouko Katajisto ja Sanna Salanterä. 2010. Turun yliopisto. Turku.	Tutkimuksella selvitettiin potilaiden voimavaraistumista ennen toimenpidettä saatavan ohjauksen avulla, miten ohjaus olisi parasta toteuttaa?	Tutkimus toteutettiin ennen-jälkeen kyselyllä kahdelle randomisoidulle ryhmälle, joista toista (n=29) ohjattiin puhelimitse, toista (n= 30) kirjallisesti. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tuloksena todettiin, että puhelimitse annettu ohjaus oli voimavaraistavampaa kuin kirjallinen ohjaus ennen toimenpidettä.
Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review	Riitta Suhonen ja Helena Leino-Kilpi. 2004. Turun yliopisto. Turku.	Tutkimuksella selvitettiin mitä on tutkittu asiasta ja pyrittiin löytämään jatkotutkimukselle aiheita.	Tutkimus varten tehtiin systemaattinen tiedonhaku kansainvälisiin hakukoneisiin (Medline, Cochrane) käyttäen hakusanoina surgical patient adult and nursing.	Tulokseksi saatiin, että kirurgisten potilaiden tiedon tarve vaihteli tutkimuksesta ja toimenpiteestä toiseen, ollen tärkeää koko perioperatiivisen prosessin ajan. Joissakin tutkimuksissa ilmeni myös se etteivät potilaat aina saaneet tarvitsemaansa tietoa.

Liite 4 Lääkehoito kysymyksen analyysi taulukko

Taulukko 11 Voimavaraistavan tiedon tarpeet taustamuuttujittain lääkeshoidossa

(1=Samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4=täysin erimielä)

TAUSTAMUUTTUJA		VOIMAVARAISTAVAN TIEDON TARPEET	
SUKUPUOLI		Lääkehoidon toteutus sairaalassa	Lääkehoidon toteutus kotona
Mies	Ka	2,18	1,42
	SD	,951	,769
	N	17	19
Nainen	Ka	1,84	1,97
	SD	,943	1,087
	N	25	34
TYÖ		Lääkehoidon toteutus sairaalassa	Lääkehoidon toteutus kotona
Työssä	Ka	2,29	1,89
	SD	,902	,956
	N	21	28
Opiskelija	Ka	2,67	1,00
	SD	1,528	0,000
	N	3	3
Työtön	Ka	2,33	2,00
	SD	1,528	1,414
	N	3	5
Eläkeläinen	Ka	1,44	1,61
	SD	,512	1,037
	N	16	18
PERUSKOULUTUS		Lääkehoidon toteutus sairaalassa	Lääkehoidon toteutus kotona
Peruskoulu	Ka	1,83	1,77
	SD	,889	1,003
	N	29	35
Ylioppilas	Ka	2,58	1,78
	SD	,900	1,060
	N	12	18
AMMATTIKOULUTUS		Lääkehoidon toteutus sairaalassa	Lääkehoidon toteutus kotona
Ei ammatillista koulutusta	Ka	1,85	1,86
	SD	,899	1,167
	N	13	14
Kouluaste	Ka	2,00	2,29
	SD	,866	1,139
	N	9	14
Opisto	Ka	1,92	1,33
	SD	1,084	,488
	N	12	15
AMK	Ka	2,25	1,33
	SD	,957	,816
	N	4	6
YAMK/Yliopisto	Ka	2,75	1,80
	SD	,957	1,095
	N	4	5
Taulukko 10 jatkuu			

Taulukko 10 jatkuu				
TYÖSKENTELEY TERVEYS- JA SOSIAALIALALLA		Lääkehoidon toteutus sairaalassa		Lääkehoidon toteutus kotona
Kyllä	Ka	2,07		2,00
	SD	,997		1,188
	N	14		18
Ei	Ka	2,00		1,68
	SD	,943		,912
	N	28		34
PERUSSAIRAUS		Lääkehoidon toteutus sairaalassa		Lääkehoidon toteutus kotona
Kyllä	Ka	1,74		1,57
	SD	,752		,935
	N	23		30
Ei	Ka	2,30		2,00
	SD	1,081		1,063
	N	20		24
YHTEYDENOTTO SYY		Lääkehoidon toteutus sairaalassa		Lääkehoidon toteutus kotona
Konservatiivinen vaiva	Ka	2,19		1,75
	SD	1,030		,967
	N	21		28
Kirurgia	Ka	1,20		1,50
	SD	,447		1,225
	N	5		6
Trauma	Ka	2,13		1,90
	SD	,835		,994
	N	8		10
Lapsen/omaisen asia	Ka	3,00		2,00
	SD	0,000		1,155
	N	2		4
Neurologia	Ka	2,00		2,00
	SD	1,000		1,732
	N	3		3
YHTEYDENOTTO TAPA		Lääkehoidon toteutus sairaalassa		Lääkehoidon toteutus kotona
Soitto/käynti				
Käynti ppkl	Ka	1,97		1,73
	SD	,937		1,018
	N	34		37
Soitto	Ka	2,33		1,69
	SD	1,033		,855
	N	6		13
Soitto ja käynti	Ka	2,00		2,25
	SD	1,414		1,500
	N	2		4
IKÄLUOKITTAIN		Lääkehoidon toteutus sairaalassa		Lääkehoidon toteutus kotona
15-35v	Ka	2,00		1,70
	SD	1,22		1,06
	N	9		10
36-55v	Ka	2,64		1,82
	SD	,842		1,006
	N	14		22
36-55v	Ka	1,55		1,73
	SD	,605		1,032
	N	20		22

Liite 5 Suostumus

Päivystyspotilaan voimavaraistavan ohjauksen sisällön kehittäminen yhteispäivystyksessä

Päiväys 21.4.2012

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tarkoituksena on selvittää päivystyspotilaan tiedon tarve ja tavoite on kehittää potilasohjauksen sisältöä potilaslähtöisesti ja voimavaraistavaksi. Tämä aineiston keruu liittyy yhtenä osana laajempaa yhteispäivystyksen potilasohjauksen kehittämisprojektia. Lupa aineiston keruuseen on saatu Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen ylilääkäri Jarmo Lehtoselta 11.6.2012.

Teidän vastauksenne ovat arvokasta tietoa yhteispäivystyksen potilasohjauksen kehittämisessä. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa kyselyyn kahden viikon kuluessa ja postittakaa vastauksenne oheisella kirjekuorella, jonka postimaksu on maksettu puolestanne.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvään opinnäytteeseen. Opinnäytetyön ohjaaja on TtT Katja Heikkinen, lehtori, Turun AMK/Terveysala, p. 040 355 0405

Vastauksistanne kiittäen

Tiina Kotanen

Sairaanhoitaja YAMK -opiskelija

Yhteystiedot:

tiina.h.kotanen@students.turkuamk.fi, 050 3374172