

Pitkäaikaissairaiden yksilöohjaus

Ohjauksen toteutus sairaanhoitajien kuvaamana avosairaanhoidossa

Jonna Hänninen
Elina Söderholm

Opinnäytetyö
Lokakuu 2019
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Kliininen asiantuntija

Tekijät Hänninen, Jonna Söderholm, Elina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Lokakuu 2019
	Sivumäärä 92	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: X
Työn nimi Pitkäaikaissairaiden yksilöohjaus Ohjauksen toteutus sairaanhoitajien kuvaamana avosairaanhoidossa		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Kliininen asiantuntija		
Työn ohjaajat Hannele, Tyrväinen & Mari, Punna		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen kehittäminen avosairaanhoidossa. Tavoitteena oli kuvata pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen toteutus sairaanhoitajan näkökulmasta avosairaanhoidossa. Tutkimus toteutettiin kohdeorganisaation toimeksiannosta sen terveysasemilla pienryhmämuotoisina teemahaastatteluina. Haastateltavina toimivat yksiköissä vastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat. Analyysimenetelmänä oli abduktiivinen eli teoriaohjaava sisällönanalyysi. Tutkimuksen teoreettisena viitekehiksenä toimi tutkimustiedon perusteella luotu käsitys laadukkaasta potilasohjauksesta, johon sairaanhoitajien kuvauksia ohjauksen toteutuksesta verrattiin.</p> <p>Tulokset osoittivat haasteita uusien käytäntöjen jalkauttamisessa ja puutteita ohjausosaamisen suunnitelmallisessa ylläpitämisessä sekä kehittämisessä. Ohjauksen mallien ja lähestymistapojen tunnistamisessa ja hyödyntämisessä havaittiin puutteita. Hyvistä käytännöistä nostettiin esiin hoitosuunnitelmat sekä tilojen ja välineiden saatavuus. Uusiin menetelmiin tutustumiseen kaivattiin enemmän työaikaa. Työnkuvan vaihtelut koettiin uhkana yksilöohjauksen laadulle. Hoitajat arvioivat tietonsa pitkäaikaissairauksista hyväksi, mutta toivoivat lisäkoulutusta lääkehoidosta. Ohjausosaamisen kannalta kaivattiin koulutuksia potilasohjauksen malleista ja lähestymistavoista sekä motivointikeinoista.</p> <p>Pitkäaikaissairaita ohjaavien hoitajien yhteistyöverkosto ja kliinisen asiantuntijan toimien perustaminen kohdeorganisaation avosairaanhoidon vastaanotoille varmistaisivat näyttöön perustuvien ohjausmenetelmien ja mallien käyttöä. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää pitkäaikaissairaiden potilasohjauksen kehittämisessä avosairaanhoidon viitekehiksessä. Tutkimus antaa myös tukea palvelumuotoiluun, henkilöstökoulutusten ja henkilöstöresurssien suunnitteluun sekä kohdentamiseen avosairaanhoidon alueella.</p>		
Avainsanat Potilasohjaus, yksilöohjaus, pitkäaikaissairaus, perusterveydenhuolto, avosairaanhoito		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Hänninen, Jonna Söderholm, Elina	Type of publication Master's thesis	Date October 2019 Language of publication: Finnish
	Number of pages 92	Permission for web publication: X
Title of publication Individual counselling for patients with long-term illnesses Implementation of guidance as described by nurses in outpatient care		
Degree programme Master of Health Care		
Supervisor(s) Hannele, Tyrväinen & Mari, Punna		
Assigned by Jyväskylä Health Care Center		
Abstract <p>The purpose of the study was to develop counselling of patients with long-term illnesses in primary healthcare. The aim was to describe the implementation of individual counselling of patients with long-term illnesses from nurses' perspectives at nursing appointments in health centres. The study was assigned by the target organization. This study was conducted by using small-group theme interviews in six different health centres of the organization. Abductive content analysis was used as the analysis method. The theoretical framework of the study was created based on up-to-date research data on high quality patient counselling. The nurses' descriptions were compared to this ideal state.</p> <p>According to the results, the organization had challenges in implementing new practices. The results also showed shortcomings in the maintenance and development of the nurses' counselling skills as well as in identifying and using guidance models and different approaches. The results also highlighted good practices, such as care plans and the availability of facilities and equipment. The respondents wanted more working time for becoming acquainted with the new procedures. The changes in job descriptions were considered challenging to the individual counselling. The nurses considered their knowledge of long-term illnesses good, but hoped for more training on pharmacological care, counselling models, approaches and ways of motivation.</p> <p>The development proposals highlight the establishment of a co-operation network of nurses counselling patients with long-term illnesses and the establishment of a clinical experts' positions in the outpatient clinics of the target organization. These actions would ensure the usage of evidence-based knowledge on counselling methods and models. Information gained from the study can be used to develop guidance of the patients with long-term illnesses in out-patient care. The results are also applicable to the design of the guidance contents, additional training, working arrangements and service design arrangements in an out-patient care setting.</p>		
Keywords/tags Patient guidance, patient counselling, long-term illnesses, primary care, community care		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Yksilöohjaus pitkäaikaissairauksien potilasohjauksessa avosairaanhoidossa ...	4
2.1	Pitkäaikaissairaudet	4
2.2	Potilasohjaus yksilöohjauksena	5
2.2.1	Yksilöohjauksen lähtökohdat	7
2.2.2	Yksilöohjauksen prosessi	12
2.2.3	Yksilöohjauksen vaikuttavuus	13
2.2.4	Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat.....	15
3	Yksilöohjauksen toteuttaminen	16
3.1	Yksilöohjauksen menetelmät	16
3.1.1	Kirjallinen ohjaus	16
3.1.2	Puhelinohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus.....	17
3.1.3	Demonstraatio.....	18
3.1.4	Laskurit ja testit	18
3.1.5	Palveluohjaus	20
3.2	Oppimis- ja ohjaustyyli.....	21
3.3	Vuorovaikutus yksilöohjauksessa	23
3.4	Potilasohjauksen tukena käytetyt mallit ja lähestymistavat.....	24
3.4.1	Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ohjaus.....	24
3.4.2	Motivoiva haastattelu.....	24
3.4.3	Muutosvaihemalli.....	25
3.4.4	Konstruktivistinen ohjaus	25
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	26
5	Tutkimusaineisto ja menetelmät	26
5.1	Kohdeorganisaation kuvaus	26
5.2	Laadullinen tutkimus menetelmänä	28
5.3	Aineiston keruu.....	30
5.4	Aineiston analyysi	31
5.4.1	Asiantuntijahaastatteluiden abduktiivinen sisällönanalyysi.....	31

	2
5.4.2	32
6	35
6.1	35
6.1.1	35
6.1.2	45
6.1.3	48
6.2	52
6.2.1	56
6.2.2	58
6.2.3	60
6.3	62
7	67
7.1	67
7.2	75
7.2	76
7.3	78
Lähteet	82
Liitteet	89
Liite 1. Teemahaastattelun runko ja apukysymykset.....	89
Liite 2. Saatekirje.....	91
Liite 3. Suostumus tutkimushaastatteluun.....	92
Kuviot	
Kuvio 1. Ohjauksen elementit (Mukaihen Vänskä ym. 2014, 19).....	6
Kuvio 2. Yksilöohjauksen lähtökohdat pelkistettynä kuviona.....	7
Kuvio 3. Esimerkki aineiston abduktiivisesta analysista.....	35
Kuvio 4. Keskeisimmät tutkimustulokset jaoteltuna ohjausta edistäviin ja heikentäviin tekijöihin.....	68
Kuvio 5. Keskeisimmät kehittämissuositukset kuviona sairaanhoitajan, organisaation ja sähköisten palveluiden näkökulmasta.....	81

Johdanto

Pitkäaikaissairauksien hyvä hoito on kannattavaa sekä yhteiskunnan että yksilön näkökulmasta, ja sairaanhoitaja on keskiössä hyvän hoidon toteutuksessa. Pitkäaikaissairaudet ovat kansantaloudellisesti merkittävä kuluerä. On tutkittu, että niiden huono hoitotasapaino aiheuttaa 75 % suorista terveystuloista. Sairauksien aiheuttama alentunut työkyky ja työkyvyttömyys nostavat yhteiskunnan kuluja entisestään. (Kestävä terveydenhuolto -hanke 2016.)

Myös yksilölle aiheutuu sairauden huonosta hoitotasapainosta taloudellisia menetyksiä ja elämänlaadun heikkenemistä. WHO on julkaissut toimenpideohjelman kroonisten kansantautien ehkäisemiseksi. Ohjelman tavoitteena on vähentää näihin sairauksiin liittyvää ennen aikaista kuolleisuutta 25 %. (Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 2013, 5.) Pitkäaikaissairauksien hyvä hoito vaatii panostuksia myös ohjausosaamiseen ja hoidon organisointiin. On tutkittu, että pitkäaikaissairaista 51 % kaipaava pysyvämpää hoitokontaktia sairautensa hoidossa ja 52 % olisi valmis vaihtamaan hoitopaikkaa sen saadakseen (Kestävä terveydenhuolto -hanke 2016).

Terveydenhuollon taloudellisten resurssien tiukentuessa yksilöohjaukseen sairaanhoitajan vastaanotolle ohjautuvat monisairaant potilaat sekä pitkäaikaissairaista he, jotka eivät sovellu ryhmäohjaukseen. Vaikka sairauksien hoitaminen on sairaanhoitajan ydinosaamista, on tärkeää, että hoitaja ymmärtää potilasohjausta myös oman ohjaamisen, että potilaan oppimisen kannalta. Hän tarvitsee teoreettista tietoa paitsi sairauksista myös ohjausmenetelmistä, ohjauksen teoreettisista malleista ja lähestymistavoista. Yksilöllisesti toteutettu asiakaslähtöinen ohjaus parantaa potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Potilasohjauksen ja sairaanhoitajien ohjaustaitojen tutkiminen ja kehittäminen ovat sijoitus hoidon laatuun ja vaikuttavaan hoitoon.

Tutkimuksen tarkoituksena on yksilöohjauksen kehittäminen avosairaanhoidossa. Tavoitteena on kuvata pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen toteutus sairaanhoitajan näkökulmasta avosairaanhoidossa. Tutkimus pyrkii selvittämään miten sairaanhoitajat kertovat toteuttavansa pitkäaikaissairaiden yksilöohjausta avosairaanhoidossa,

mitä malleja ja lähestymistapoja he kertovat soveltavansa ja mitä hyviä käytäntöjä ja kehittämisehdotuksia nämä asiantuntijat haluavat nostaa esiin.

1 Yksilöohjaus pitkäaikaissairauksien potilasohjauksessa avosairaanhoidossa

1.1 Pitkäaikaissairaudet

Pitkäaikaissairaus on krooninen eli pysyvä sairaus. Pitkäaikaissairauksia voidaan kutsua myös kansantaudeiksi, jolloin nimessä painottuu niiden suuri merkitys koko väestön terveydelle. (Yleistietoa kansantaudeista 2015.) Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee pitkäaikaissairaudet sairauksiksi, jotka eivät tartu ihmisestä toiseen ja jotka ovat pitkäkestoisia sekä yleensä hitaasti eteneviä ja ovat seurausta geneettisten, fysiologisten, ympäristö- ja käyttäytymistekijöiden yhdistelmästä. Yleisimmiksi pitkäaikaissairauksiksi WHO määrittelee sydän ja verenkiertoelimistön sairaudet, syöpät, krooniset keuhkosairaudet ja diabeteksen. (Global status report on noncommunicable diseases 2014.)

Tässä opinnätetyössä pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan kansantaudeista sydän- ja verisuonitauteja, diabetesta, astmaa, keuhkohtaumatautia sekä muistisairauksia. (Yleistietoa kansantaudeista 2015.) Sairaudet on valikoitu yleisimmin avosairaanhoidon vastaanotolla hoidettavista sairauksista. Opinnätetyöstä on jätetty pois esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, mielenterveysongelmat ja syöpäsairaudet, koska näiden potilaiden ohjauksesta vastaavat usein erikoistuneet ammattilaiset kuten fysioterapeutit, mielenterveyshoitajat ja syöpähoitajat. Muistisairaudet on otettu mukaan työhön, koska niiden määrä lisääntyy väestön ikääntyessä.

Pitkäaikaissairauksien hoidossa kaikella potilasohjauksella ja yksilöohjauksella pyritään vaikuttamaan ennen kaikkea näiden sairauksien yleisiin riskitekijöihin, joiden on tutkittu lisäävän myös pitkäaikaissairauksiin liittyvää ennen aikaista kuolleisuutta.

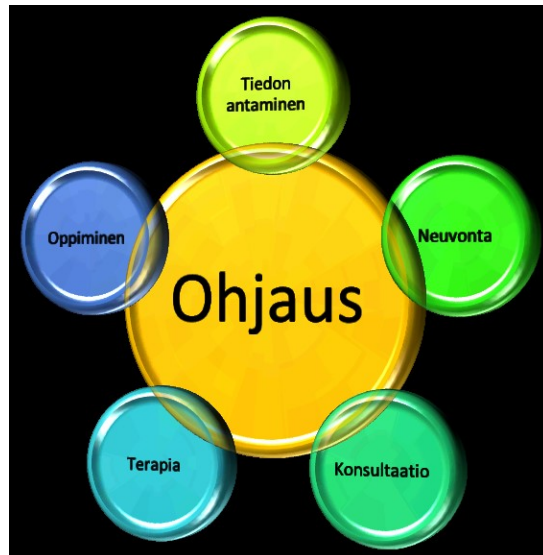
Näitä ohjauksen kannalta keskeisiä riskitekijöitä ovat tupakointi, epäterveellinen ruokavalio, liikkumattomuus ja alkoholin haitallinen käyttö. (Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 2013, 1.)

Pitkäaikaissairauksien potilasohjausta on tutkittu paljon potilaan näkökulmasta, mutta hieman vähemmän ammattilaisten näkökulmasta. Sairaanhoidajien näkökulma on tärkeä, koska he voivat ohjauksen avulla auttaa potilasta omaksumaan pitkäaikaissairautensa osaksi elämäänsä ja sitouttaa häntä omahoitoon. On tutkittu, että hyvä potilasohjaus edellyttää sekä ohjaajan ohjaustaitojen, että ohjattavan oppimistaitojen tunnistamista ja pedagogista otetta ohjaukseen. Tiedon jakaminen potilaalle ei enää riitä, vaan ohjaajan on tarjottava yksilöllistä ohjausta, joka tukee potilaan oppimista, tiedonhankintataitoja sekä sairauden hyväksymistä. Pitkäaikaissairaiden ohjauksen tarpeet siis liittyvät sairauden ja sen hoidon ymmärtämiseen ja liittämiseen osaksi jokapäiväistä elämää, sosiaaliseen tukeen sekä tunteiden käsittelyyn. (Andersson, Svanström, Ek, Rosén & Berglund 2015, 3409–3414; Fall, Chakroun, Dalle & Izaute 2013, 346–352; Kaila & Kuivalainen 2007.)

1.2 Potilasohjaus yksilöohjauksena

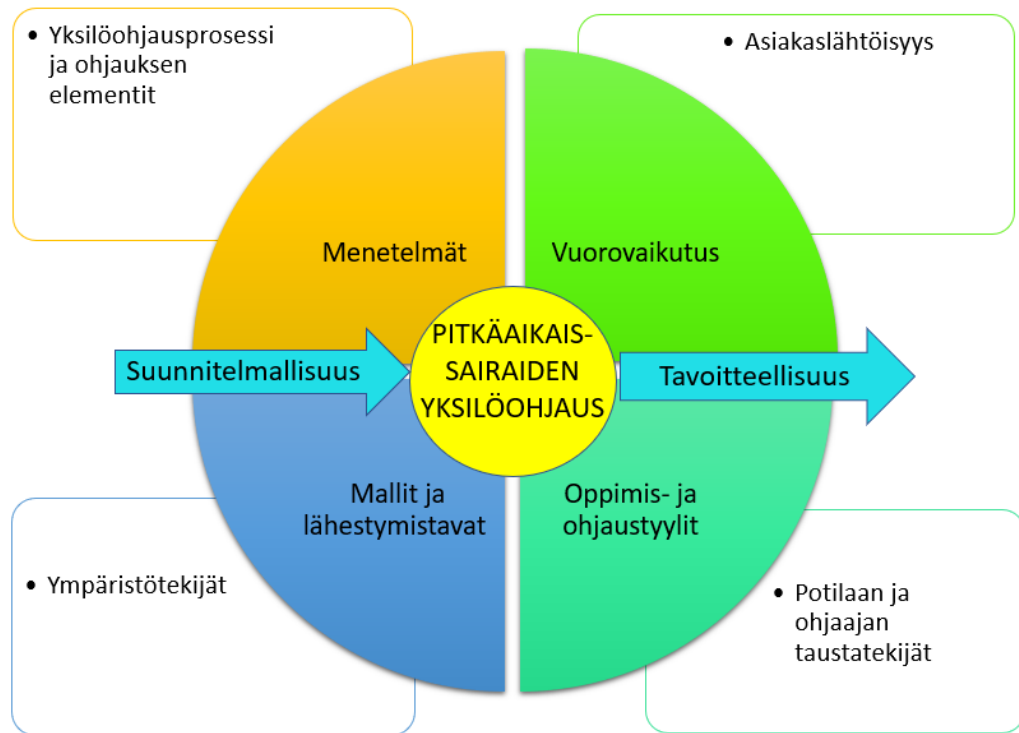
Potilasohjaus on potilaslähtöinen oppimistilanne, jossa potilas yhdessä ammattilaisen kanssa käy läpi ja arvioi omaa tilannettaan ja suunnittelee omahoitoaan. Hän saa tilanteessa myös tietoa ja neuvoja, jotka ovat yksilöllisiä ja soveltuvat juuri hänen terveytensä ylläpitämiseen. Lisäksi ohjaus voidaan nähdä potilaalle terapeuttisena keskusteluna, jossa hänellä on mahdollisuus konsultoida asiantuntijaa. Näitä osa-alueita kutsutaan ohjauksen elementeiksi (kuvio 1). (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 19.)

Yksilöohjauksen tavoitteena on, että potilas tulee tietoiseksi omasta tilanteestaan: terveydestään, toimintakyvystään ja sen edellytyksistä. Ohjauksen jälkeen hänen tulisi pystyä hoitamaan itseään ja tunnistamaan muutostarpeitaan. Lisäksi hänen tulisi ohjauksen jälkeen osata hakea tarvittaessa apua, ja pystyä voimavarojensa mukaan kohentamaan omaa elämänlaatuaan. (Kettunen, Pihlainen, Arkela, Hopia, Nurmesela & Lumiaho 2017, 6.)



Kuvio 1. Ohjauksen elementit (Mukaiillen Vänskä ym. 2014, 19)

Potilasohjaus voidaan jaotella **yksilöohjaukseen**, ryhmäohjaukseen ja audiovisuaaliseen ohjaukseen. **Yksilöohjaus** ja ryhmäohjaus tapahtuvat kasvotusten ammattilaisen ja potilaan välillä. Audiovisuaalinen ohjaus tapahtuu jonkin teknisen laitteen avulla, kuten puhelimen, videoiden ja tietokoneiden avulla. Ohjauksen tukena voidaan käyttää kirjallista materiaalia, harjoitteita ja demonstraatiota. **Yksilöohjausta** voidaan toteuttaa kasvotusten, kirjallisesti, digitaalisten laitteiden avulla, videovälitteisesti tai puhelimitse. (Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer & Turnbull 2011, 12–13.) Yksilöohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä (Lehtoranta 2013, 51). Yksilöohjauksen käsitteen ympärille rakentuva tutkimuksen teoreettinen viitekehys on muutettu pelkistetyksi kuvioksi (kuvio 2).



Kuvio 2. Yksilöohjauksen lähtökohdat pelkistettynä kuviona

1.2.1 Yksilöohjauksen lähtökohdat

Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on arvoperusta, johon kohdeorganisaatio perustaa toimintansa. Asiakaslähtöisyyden tulisi siis näkyä kaikessa organisaation toiminnassa ja sen suunnittelussa eli myös pitkäaikaissairaiden ohjauksessa. Asiakaslähtöisyys ei itsessään tarkoita välttämättä suoraan hyvää hoitoa, vaikka se usein siihen suoraan rinnasteleekin. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29.)

Laadukkaan potilasohjauksen tulee lähteä potilaan tarpeista ja huomioida myös hänen erityistarpeensa. Asiakaslähtöisessä toimintatavassa potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet nähdään voimavarana. Asiakaslähtöisyys ei ole pelkästään yksilöllisen ohjauksen ja palvelujen toteuttamista huomioiden potilaan tarpeet, vaan potilas nähdään aktiivisena toimijana, joka suunnittelee, toteuttaa ja kehittää omaa hoitoaan. (Leskinen & Vuori 2016, 5-6.)

Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta katsottuna sairaanhoitajan tulee yksilöohjaustilanteessa välttää mielestään oikeiden tavoitteiden ja tehtävien asettamista potilaalle. On tutkittu, että potilaan itse asettamat ja omaan elämään suhteutetut tavoitteet tukevat omahoidon toteutumista paremmin. (Absez 2010, 18). Terveystieteissä on totuttu historian aikana toteuttamaan potilasohjausta asiantuntijakeskeisesti. Asiakaslähtöinen ajattelutapa sen sijaan korostaa jokaista potilasta arvokkaana yksilönä. (Leskinen & Vuori 2016, 6.)

Potilaan taustatekijät

Potilaan fyysiset tekijät kuten sukupuoli, ikä, ohjattavan sairauden laatu ja muut sairaudet, sekä elämäntilanne tulee huomioida jo ohjauksen suunnittelussa. Ne vaikuttavat ohjaustarpeeseen. Esimerkiksi ikääntyneen asiakkaan kuulo saattaa olla huonontunut, minkä vuoksi ohjauksessa olisi hyvä käyttää enemmän kirjallista materiaalia. Toisen henkilön näkö saattaa olla taas niin heikentynyt, että kirjallisen materiaalin lukeminen on mahdotonta. Vuorovaikutus ei ole aina ongelmatonta ohjaajan ja asiakkaan välillä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007 28–30.)

Kommunikaatio-ongelmien voi olettaa lisääntyvän väestön ikääntyessä, jolloin myös muistisairauksien ilmaantuvuuden voidaan olettaa lisääntyvän. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat merkittävästi siihen, kuinka potilas pystyy ottamaan tietoa vastaan. Tämän vuoksi on tärkeää, että ohjaaja miettii mitä asioita ohjauksessa nostetaan esiin ja millä aikataululla. Jos ohjauksen taustatekijöitä ei huomioida, ohjataan kaikkia potilaita samoilla menetelmillä. Taustatekijöiden selvittäminen keskustelemalla mahdollistaa ohjausmenetelmien valinnan yksilöllisesti. (Kyngäs ym. 2007 28–30.)

Psyykkiset taustatekijät ovat myös huomionarvoisia ohjauksessa. Potilaan aiemmat kokemukset, mieltymykset ja erilaiset terveysuskomukset vaikuttavat siihen millä tavalla hän pystyy ottamaan ohjausta vastaan. (Kyngäs ym. 2007, 30.) Lääkkeiden haittavaikutuksiin lujasti uskova potilas ei välttämättä pysty vertailemaan lainkaan haittoja lääkkeestä saatuun hyötyyn. Näiden oppimisvalmiuksien lisäksi potilaan henkilökohtainen oppimistyyli vaikuttaa ohjauksen omaksumiseen.

Potilaan motivaatio on psyykkisistä tekijöistä avainasemassa. Motivaatio toimii muutoksen mahdollistajana. Terveystieteiden ammattihenkilöiden mielestä suurin este potilaan elämäntapamuutokselle on potilaan haluttomuus muutokseen. (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja 2007, 246.) Tästä näkökulmasta katsottuna potilaan motivaation herättäminen ja tukeminen ja nousee yhdeksi keskeisimmistä pitkäaikaissairauksien potilasohjauksen tehtävistä.

Motivaatio jaetaan perinteisesti ulkoiseen ja sisäsyntyiseen motivaatioon. Ulkoisesti motivoitunut potilas motivoituu elämäntapamuutokseen esimerkiksi palkkion tai toisten miellyttämisen vuoksi. Pelko sairauden pahenemisesta tai uuden sairauden synnystä voidaan kokea rangaistuksena, jonka potilas haluaa välttää. Sisäisesti motivoitunut potilas taas lähtee toteuttamaan elämäntapamuutosta, koska hän nauttii siitä ja kokee, että voi terveellisemmän elämän avulla saavuttaa omia päämääriään. Sisäisesti motivoitunut potilas kokee terveyden itselleen tärkeäksi, kun taas ulkoisesti motivoitunut tekee muutoksia elämäänsä jonkin ulkoisen palkinnon vuoksi. Potilasta olisikin hyvä pyytää miettimään, mikä saa hänet toimimaan terveellisesti. (Absetz 2010, 9; Deci & Ryan 1990, 248-250.)

Oireettoman verenpainepotilaan motivoiminen elämäntapamuutokseen on todennäköisesti haasteellista, koska muutoksen aiheuttama hyöty voi olla potilaan vaikea havaita. Pitkäaikaissairauden hoidossa potilaan oma panos on ratkaiseva. (Koikkalanen & Rauhala. 2013, 44). Asiakkaan motivaatio vaikuttaa keskeisesti siihen, haluaako hän oppia uutta ja kuinka tärkeäksi hän kokee oppimansa oman elämänsä kannalta.

Ohjauksen tavoitteiden määrittäminen realistisiksi, saavutettaviksi ja potilaalle merkitykselliseksi ylläpitää motivaatiota. Motivaatio uuden oppimiseen syntyy konfliktista, jossa potilas tunnistaa omat tietonsa ja taitonsa riittämättömiksi uudessa tilanteessa. (Eloranta & Virkki 2011, 26 & 62-63.) Ohjaajan tehtävänä on auttaa potilasta tunnistamaan oppimistarpeitaan ja luoda myönteinen ilmapiiri. (Eloranta & Virkki 2011, 26-28.) Potilas ohjaus onkin siis aina sidoksissa potilaan yksilöllisiin taustatekijöihin, joita ei voi jättää huomiotta ohjauksen suunnittelussa.

Sosiaalisilla ohjauksen taustatekijöillä tarkoitetaan ohjattavan ympäristöä ja maailmankuvaa. Sosiaalisista tekijöistä perhe ja omaiset ovat ohjattavalle usein ensiarvoisen tärkeitä. Potilaan tukiverkosto onkin aina selvitettävä, ja sen mahdollisuudet asiakkaan tukemiseen on hyvä huomioida potilasohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 35-36.) On tutkittu, että omaiset odottavat enemmän tukea ja tietoa potilaan hoidosta kuin saavat (Mattila 2011, 5). Tukiverkoston käsitykset ohjauksesta ja sen tarpeesta voivat kuitenkin erota potilaan käsityksestä. Sairaanhoidajan on ensisijaisesti kunnioitettava potilaan tahtoa, jos hän on kykeneväinen vastaamaan omista asioistaan, sekä ymmärtämään ja kantamaan vastuun omahoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 35-36.) Väestön ikääntyessä ja muistisairauksien yleistyessä tulee tukiverkoston merkitys todennäköisesti korostumaan myös potilasohjauksessa.

Potilaan kulttuuri, uskonto tai perinteet saattavat asettaa ohjaukselle erilaisia vaatimuksia, jotka tulee huomioida ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 35-36) Esimerkiksi kielien merkitys on suuri. Potilaalla on kuitenkin oikeus saada tietoa mahdollisuuksien mukaan omalla äidinkielellään. Suomen ja ruotsin kielellä ohjausta on lain mukaan tarjottava esimerkiksi tulkin avulla. (Potilaslaki 785/1992, 3§, Terveystieteiden laaki 1326/2010, 6§.)

Ohjaajan taustatekijät

Ohjaajalla on oltava ohjausvalmiuksia. Näistä olennaisimpia ovat tieto ohjattavasta sairaudesta, erilaisista ohjausmenetelmistä ja oppimisen periaatteista. Lisäksi hoitajalta vaaditaan vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, jotta he voivat toimia ohjauksen asiantuntijoina. (Kyngäs ym. 2007, 34.) Myös ohjaajan ohjaustyyli voidaan tunnistaa ja sitä voidaan hyödyntää ohjauksen toteutuksessa. Ohjaustyyliä avataan tarkemmin oppimis- ja ohjaustyyliä esittelevässä kappaleessa.

Lisäksi ohjaajan arvot vaikuttavat ohjaukseen. Ne ovat osa hänen maailmankatsomustaan ja vaikuttavat hänen tapaansa käsitellä ohjausta ja siinä käsiteltäviä aiheita. Ohjaajan olisikin hyvä välillä pysähtyä tarkastelemaan oman kulttuurinsa, arvojensa tai elämäntilanteensa vaikutuksia omaan ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 35.)

Sairaanhoidajan motivaatiolla on iso merkitys ohjaukselle, koska se vaikuttaa hänen valmiuksiinsa tukea potilasta (Kääriäinen & Kyngäs 2014). Ohjauskoulutuksen avulla

voitaisiin motivoida hoitajia kohti parempaa ohjausta, koska useamman ohjausmenetelmän soveltamisella saadaan tutkitusti parempia tuloksia (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin. 2011, 102-107; Greaves ym. 2011, 4–8.).

Ympäristötekijät

Sen lisäksi, että yksilöohjaus on potilaan ja ohjaajan välistä vuorovaikutusta, vaikuttavat ympäristöön liittyvät taustatekijät siihen myös merkittävästi. Ympäristötekijät voivat joko tukea tai haitata ohjaustilannetta. Parhaaksi fyysiseksi ympäristöksi toteuttaa potilasohjausta voidaan nähdä sellainen tila, jossa ohjausta voidaan antaa keskeytyksettömästi ja häiriöttömästi ja saatavilla on ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. (Kyngäs ym. 2007, 36–38.)

Sairaanhoitajat kokevat puutteellisten resurssien heikentävän ohjaustoimintaa. Näistä sopivien ohjaustilojen, ohjaukseen käytettävän välineistön ja ohjausajan puuttuminen on hoitohenkilökunnan toimesta arvioitu merkittävimmiksi puutteiksi. (Lipponen 2014, 49–50.)

Erityisesti aika on noussut aikaisemmassa tutkimuksessa potilasohjauksen kehittämishaasteeksi sairaanhoitajien kertomana ympäristöstä tulevista vaikutuksista. Hoitohenkilöstö on nostanut esiin toiveen riittävästä ajasta potilasohjaukselle, jonka he näkisivät toteutuvan, jos hoitohenkilökuntaa olisi enemmän ja sen määrä olisi suhteutettu potilaiden määrään ja hoitoisuuteen. (Lipponen 2014, 49.) Aikaisempi Suomessa tehty laaja tutkimus kuitenkin osoittaa, että avosairaanhoidossa hoitohenkilökunnalla on hieman enemmän aikaa potilaan ohjaamiseen, kuin vuodeosastoilla tai erikoissairaanhoidossa, mutta ohjausmateriaalia on varsinkin kirurgisessa erikoissairaanhoidossa paremmin saatavilla. (Lipponen 2014, 60.)

Hoitohenkilökunta on myös kokenut tarvitsevänsä lisää koulutusta potilasohjauksesta, ohjattavista sairauksista sekä niiden oireista ja hoidosta. Koulutusta kaivattiin myös erityisesti siitä mitä on hyvä potilasohjaus. (Lipponen 2014, 49.)

1.2.2 Yksilöohjauksen prosessi

Hoitotyössä ohjauksen tulee olla suunnitelmallinen prosessi. Prosessi sisältää eteneviä vaiheita, mutta ne voivat myös esiintyä päällekkäin. Hyvin toteutettu ohjausprosessi tukee potilaan omahoitoon sitoutumista ja hoidon jatkuvuutta myös potilaan arjessa. Parhaimmillaan potilasohjaus voidaan nähdä dynaamisena prosessina, jossa **suunnittelu, toteutus** ja **arviointi** seuraavat toisiaan ja jossa jokainen prosessin vaihe etenee yhteistyössä potilaan kanssa. Ohjaavan sairaanhoitajan yksilöohjaustaidot ja osaaminen liittyvät myös tiiviisti prosessin vaiheisiin. (Lipponen 2014, 55.)

Aluksi on määriteltävä potilaan ohjauksen tarve eli se millaista ohjausta potilas tarvitsee. Tarve määritellään esimerkiksi pitkäaikaissairauden keston ja potilaan aiempien tietojen perusteella. Ei ole tavoitteellista ohjata vastasairastunutta kriisivaiheessa olevaa potilasta heti kovin intensiivisesti tai kerrata pitkään sairastaneelle sairautensa jo hyvin tuntevalle perusasioita. Potilaan näkökulma ohjauksen tarpeeseen on huomioitava ja keskustelu onkin paras keino ohjaustarpeen selvittämiseen. (Eloranta & Virkki 2011, 25–26.)

Ohjauksen suunnittelu tulisi tehdä potilaan kanssa yhteistyössä. Suunnittelun lähtökohdina ovat potilaan tiedon ja taitojen tarve. Ohjauksen sisällön ja menetelmien on tuettava sairauden hyväksymistä osaksi elämää ja potilaan on pystyttävä hyödyntämään ohjauksen sisältöä omassa elämässään. Suunnitelmassa on huomioitava myös mitoitus ja ajoitus ja suunniteltava se sopimaan potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen. (Eloranta & Virkki 2011, 26.)

Toteutusvaiheessa hoitajan tehtävänä on tukea potilasta päätöksenteossa. Potilas voidaan nähdä oman elämänsä asiantuntijana ja hoitaja taas terveydenhuollon ammattilaisena. Hoitajan on pyrittävä antamaan tietoa ja edistämään ohjattavan valintaprosessia, mutta lopulliset ratkaisut potilas tekee itse. Ohjaus etenee vuorovaikutuksellisesti. (Eloranta & Virkki 2011, 27.)

Ohjauksen tavoitteet tulisi määritellä yhteistyössä potilaan kanssa huomioiden hänen yksilöllinen elämäntilanteensa. Elämäntapamuutoksia ja omahoitoon sitoutumista tavoiteltaessa tulee ohjauksen tavoitteiden olla potilaalle merkityksellisiä. Tavoitteiden

on myös oltava saavutettavissa ja realistisia. Sairaanhoidajan ammattitaito on keskeisessä asemassa hänen auttaessa potilasta asettamaan itselleen kohtuullisia tavoitteita. (Eloranta & Virkki 2011, 26.)

Myös ohjauksen kirjaaminen on osa ohjausprosessia. Kirjaaminen vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja karsii päällekkäistä ohjausta. Kirjaaminen perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista ja on tärkeää kirjata myös potilaan kuvailemat kokemukset. (Eloranta & Virkki 2011, 27.) Kaikille potilaille tulee laatia hoitosuunnitelma, jos heidän hoitonsa edellyttää koordinoimista ja lisäksi niille, jotka hyötyvät hoitosuunnitelman tekemisestä. Tällaisia potilasryhmiä ovat pitkäaikais- ja monisairaat potilaat, joita halutaan aktivoida ja motivoida omasta terveydestä huolehtimiseen. (Jokinen & Virkkunen 2018, 111.)

Ohjausprosessin viimeinen vaihe on arviointi. Tässä vaiheessa ohjaaja ja ohjattava miettivät, ovatko tieto ja osaaminen jo riittävällä tasolla ja kuinka opittu soveltuu osaksi ohjattavan elämää. (Eloranta & Virkki 2011, 27–29.) Arvioida voidaan myös ohjauksen laatua ja lisätarvetta. On tutkittu, että kun ohjaustaitoja lähdetään kehittämään, kehittyvät myös ohjaajien taidot arvioida ohjauksen lähtökohtia ja omia ohjaustapojaan. (Lipponen 2014, 54-55.) Itsearviointi voidaankin nähdä tärkeänä osana ohjausprosessia.

1.2.3 Yksilöohjauksen vaikuttavuus

Ohjauksella saavutettaviin elämäntapamuutosten tuloksiin ja niiden pysyvyyteen vaikuttaa ohjauksen saatavuus ja se, että se on pitkäkestoista (>24 viikkoa). Kontaktikertoja olisi hyvä olla useampia. Tutkimusten mukaan pysyvän muutoksen saavuttamisessa ohjauksissa kaikkien kontaktikertojen keskiarvo ohjauksen aikana oli keskimäärin 13 kertaa ja ne sisälsivät lyhytkestoisia seurantakontakteja pääkontaktien jälkeen. Keskimäärin seitsemän kontaktia sisältäneissä ohjauskokonaisuuksissa pysyvän muutoksen saavuttamien oli selvästi epätodennäköisempää. (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin 2011, 102–107.) Myös toinen laaja systemaattinen katsaus antaa viitteitä, että useampi ohjauskerta ja ohjauskertojen tiheys sekä kokonaisseuranta-

ajaltaan pitkäkestoinen 6-15 kuukautta kestävä ohjaus auttaa saavuttamaan pysyvämpiä elämäntapamuutoksia varsinkin painonhallinnan osalta. (Greaves, Sheppard, Abraham, Hardeman, Roden, Evans & Schwarz 2011, 7.)

Ohjauskokonaisuuksista ne, jotka sisälsivät kasvokkain tapahtuvia kontakteja, saavuttivat todennäköisemmin pysyviä tuloksia. Elämäntapaohjauksessa on nähtävissä, että ruokavalio-ohjauksella saavutetaan pitkäkestoisempia tuloksia kuin ohjauksella, joka painottuu fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin 2011, 102–107.) Pysyvempiä muutoksia saavutettiin, jos ohjaus pohjautui teoreettiseen perustaan eli siinä käytettiin useampaa interventiostrategiaa tai käyttäytymismuutosta ohjaavaa mallia kuten motivoivaa haastattelua kuin esimerkiksi pelkän ravitsemusohjauksen avulla. (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin 2011, 104; Greaves, Sheppard, Abraham, Hardeman, Roden, Evans & Schwarz 2011, 5–6.) Parhaita tuloksia saavuttaneissa tapauksissa potilaille tarjottiin ohjeita käyttäytymisen muuttamiseksi, heitä kehoitettiin muodostamaan aikomuksia, heitä autettiin elämäntapamuutosta estävien tekijöiden tunnistamisessa ja heille tarjottiin mahdollisuutta sosiaaliseen vertailuun esimerkiksi vertaistuen kautta. (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin 2011, 104).

Toisessa laajassa tutkimuksessa ohjattavan statuksella tai iällä ei havaittu vaikutusta saavutetun elämäntapamuutoksen pitkäkestoisuuteen, mutta saatiin viitteitä siitä, että miehet saavuttavat naisia pidempikestoisia tuloksia. (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin 2011, 102-107). Toinen laaja tutkimus taas saavutti viitteitä siitä, että sukupuolien välisiä eroja ei seurannoissa noussut esiin, mutta vanhemmat ihmiset saavuttivat parempia painonhallinnan tuloksia (Greaves, Sheppard, Abraham, Hardeman, Roden, Evans & Schwarz 2011, 8).

Tutkimusten mukaan tehokkainta ohjausta elämäntapamuutosten aikaansaamiseksi on potilaan kannustaminen oman terveyskäyttäytymisensä seurantaan ja tavoitteelliseen toimintaan. Tavoitteiden saavuttamista voidaan seurata erilaisilla testituloksilla ja havainnoida niiden muutoksia. Motivoiva haastattelu on todettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi menetelmäksi varsinkin elämäntapamuutoksissa. (Absez & Hankonen 2011, 1–6.)

Sillä, antaako ohjausta lääkäri, hoitaja vai ravitsemusterapeutti, kun kyseessä on useampaan riskitekijään kohdistuva interventio, ei ole merkitystä tehokkuuden kannalta. Ainoastaan tupakasta vieroituksessa näyttäisi lääkärin tekemä interventio olevan tehokkaampi kuin muiden ammattiryhmien. Ravitsemusneuvonnassa taas tehokkaampaa on muiden kuin lääkärin antama ohjaus. Toisaalta taas kirjallisen materiaalin antama tieto on jopa tehokkaampaa, kuin ravitsemusterapeutin antama ohjaus (Absezt & Hankonen 2011, 2).

Yhteenvetona voidaan todeta, että laadukkaan potilasohjauksen tulee siis olla näyttöön perustuvaa ja yksilöllistä. Näyttöön perustuva tieto tulee soveltaa potilaan yksilöllisiä tarpeita mukaillen eli asiakaslähtöisesti. Tämä parantaa potilaan sitoutumista ja lisää hänen aktiivista osallistumistaan hoitoonsa. Lisäksi perinteisen asiantuntija tiedon yhdistäminen potilaan kokemukseen ja näkemyksiin, sekä riittävä omahoidon tuen tarjoaminen ovat suuri osa hoidon tuloksellisuutta. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 45.)

1.2.4 Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat

Potilasohjauksen eettinen perusta on potilaan oikeudessa hyvään hoitoon. Hyvää hoitoa turvaamaan on Suomessa määritelty lakeja, joista potilasohjauksen eettisiin lähtökohtiin sopivat parhaiten Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä Terveystieteiden laaki. Nämä lait vahvistavat potilaan oikeutta olla mukana omaa hyvinvointiaan ja terveyttään koskevassa päätöksenteossa. Lait turvaavat potilaan oikeanlaista kohtelua, tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta. Ne ottavat myös kantaa oikeuteen yhteistyössä laadistusta hoitosuunnitelmasta. (Potilaslaki 785/1992, 3–9§, Terveystieteiden laaki 1326/2010 2–3§.). Kunnan velvollisuuksiin kuuluu terveyspalveluiden järjestäminen. Kuntien on järjestettävä asukkailleen hyvinvoinnin edistämistä, sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. (Terveystieteiden laaki 1326/2010, 13§.)

Terveystieteiden ammattihenkilöllä on velvollisuus tietää ja soveltaa työssään sitä, mitä potilaslaissa säädetään potilaan oikeuksista. Ammattihenkilön toiminnan tavoitteena on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, ja toiminnassa on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisesti perusteltuja menettelytapoja

koulutuksen mukaisesti. Terveystieteiden ammattihenkilö on myös lain mukaan velvollinen ylläpitämään ammattitaitoaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15§.)

Ammattikohtaiset eettiset ohjeet ovat luotu auttamaan ammattilaisia päivittäisessä eettisessä päätöksenteossa. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sairaanhoidajan perustehtäväksi kuvataan kaikenikäisten ihmisten hoitaminen erilaisissa elämäntilanteessa tukien heidän omia voimavarojaan ja pyrkien parantamaan heidän elämänlaatuaan. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Tämä voidaan myös nähdä potilasohjauksen perimmäiseksi lähtökohdaksi. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on kuitenkin katsauksessaan todennut, että eriarvoisuus terveyspalveluissa on lisääntynyt heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien kohdalla. ETENE esittääkin, että palveluitien saatavuus, jatkuvuus sekä ennakoitavuus pyrittäisiin ensisijaisesti turvaamaan kaikille, mutta priorisoitaisiin heikoimmassa asemassa olevien ihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palveluiden saatavuutta. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 43–46.) Laadukas yksilöohjaus ja sen yhteydessä toteutettu palveluohjaus voidaan nähdä vastauksena tähän haasteeseen.

2 Yksilöohjauksen toteuttaminen

2.1 Yksilöohjauksen menetelmät

2.1.1 Kirjallinen ohjaus

On arvioitu, että potilas pystyy omaksumaan vain pienen osan kuulemastaan ohjaustilanteessa. On arvioitu, että potilaat muistavat noin 10% kuulemastaan. Näköaistiin perustuvasta tiedosta muistetaan noin 75% ja yhdessä näkö ja kuuloaistia hyödyntäen läpikäydystä tiedosta muistetaan jopa 90%. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Tästä voidaan päätellä, että kirjallisen materiaali yhdistäminen yksilöohjaukseen auttaa potilasta omaksumaan saamaansa tietoa. Hoitoaikojen ja ohjaukseen käytetyn ajan lyhentyessä kirjallisen ohjauksen merkitys on kasvanut. Kirjallista materiaalia käytettä-

essä potilas voi palata tarkastelemaan ohjauksessa saatua tietoa myös kotona. Kirjallisen materiaalin käyttö potilasohjauksen tukena on vaikuttavaa. (Absezt & Hankonen 2011, 2; Kyngäs ym. 2007, 124.)

Esimerkiksi tupakoinnin lopettamisen osalta lääkärin antama ohjaus ensimmäisellä kerralla ilman oheismateriaalia, verrattuna vähintään yhteen lisäkäyntiin, jossa potilaalle annetaan jonkinlainen opaskirja tupakoinnin lopettamisesta tuottaa selkeän eron. Kirjallisen materiaalin ja lisäkäynnin aiheuttama lopettamistodennäköisyyden nousu on 37 %. (Absezt & Hankonen 2011, 2.) Kirjallisen ohjauksen käytössä on kuitenkin syytä huomioida potilaan yksilölliset taustatekijät, jotta ohjaus varmasti onnistuu (Kyngäs ym. 2007, 28–30).

Kirjallisen materiaalin laadulle voidaan antaa erilaisia vaatimuksia sen sisällöstä, ilmaisusta ja ulkoasusta. Hyvä kirjallinen potilasohje antaa ajantasaista tietoa potilaan sairaudesta tai esimerkiksi tutkimukseen valmistautumisesta ja tiedon tulee olla perusteltua. Ohjeen tulee olla selkeä ja helppolukuinen ja siinä on oltava tekstiä sopivasti. Ohjeen tulee olla kirjoitettu asiallisesti ja arvostavasti ja sen tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeutta. (Eloranta & Virkki 2011, 73–77; Kettunen ym. 2017, 8.)

2.1.2 Puhelinohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus

Yksilöohjausta voidaan toteuttaa myös puhelimen välityksellä, audiovisuaalisesti tai digitaalisesti. Nämä ohjausmenetelmät eivät välttämättä sovi kaikille potilaille, mutta niiden tarjoama apu esimerkiksi hoidon seurannassa kannattaa hyödyntää. Puhelinohjauksen haasteiksi nähdään puheluiden aikaisen kirjaamisen hankaluus ja puhelinohjattavien huono kuulo. (Kettunen ym. 2017, 18.) Digitaalisia palveluita on kehitteillä paljon sekä paikallisesti että kansallisesti. Kokonaisuudessaan on kuitenkin huomionarvoista, että yksinään digitaaliset palvelut tai puhelinohjaus eivät tarjoa riittävästi potilasohjausta, mutta yhdistettynä kasvokkain tapahtuvaan ohjaukseen ne parantavat potilaan omahoitoon sitoutumista. Puhelin- tai digiohjauksesta ei ole siis todettu olevan haittaa pitkäaikaissairauksien hoidossa, mutta ne eivät myöskään asetu

mitenkään ylivoimaiseen asemaan perinteiseen kasvokkain tapahtuvaan ohjaukseen verrattuna. (Hanlon, Daines, Campbell, McKinstry, Weller & Pinnock 2017.)

2.1.3 Demonstraatio

Demonstraatio tarkoittaa havainnollistamista, konkreettisesti näyttämällä opettamista. Demonstraation tarkoituksena on näyttää potilaalle, miten jokin asia käytännössä tehdään. Se voidaan jakaa havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun. Harjoituksen yhdistäminen yksilöohjaukseen parantaa potilaan motorisia taitoja, auttaa käytännön oppimisessa sekä parantaa ohjauksen lopputulosta eli potilaan oppimista. (Friedman ym. 2011, 6–8; Kyngäs ym. 2007, 129.)

E erityisen hyvin demonstraatio sopii uuden laitteen käytön opettamiseen yksilöohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 129.) Esimerkiksi lääkeinhalaattorin käyttöön otto, inhaalaatiotekniikan opettelu, verensokerin mittaamisen harjoittelu tai insuliinin pistosopetus vaativat ensin havainnollistamista eli näyttämistä ja sen jälkeen käytännön harjoittelua.

Hyvä demonstraatiotilanne on suunniteltu ja valmisteltu huolellisesti. Tarvittavat välineet on oltava saatavilla ja niiden on vastattava mahdollisimman hyvin niitä välineitä, joita potilas tulee jatkossakin käyttämään. On tärkeää saada potilas kiinnostumaan käsiteltävästä asiasta sekä kannustaa ja motivoida häntä jatkamaan harjoittelua. Jotta oppimiskokemus on myönteinen, ei harjoittelujakso saa olla liian pitkä. Demonstraation soveltaminen ohjauksessa on kuitenkin aikaa vievää ja kallista, mutta tästä huolimatta se on paras keino motoristen taitojen opettamiseen ja erilaisten taitojen harjoitteluun. (Kyngäs ym. 2007, 130–131.)

2.1.4 Laskurit ja testit

Potilasohjauksen tukena voidaan käyttää erilaisia laskureita ja testejä havainnollistamaan potilaalle joko hänen tämänhetkistä tilannettaan tai ennustamaan tulevaisuutta elämäntapojen perusteella. On tutkittu, että testien ja laskureiden käyttö ohjauksen tukena lisää sen vaikuttavuutta eli potilaan mahdollisuuksia onnistua elämäntapamuutoksensa toteuttamisessa. (Absezt & Hankonen 2011, 1–6.)

Testeistä esimerkiksi Fagerströmin testi testaa perinteisesti 6 kysymyksen avulla tupakoinnista aiheutuvan nikotiiniriippuvuuden voimakkuutta. Testin ensimmäinen versio on kehitetty jo vuonna 1978, jolloin tupakointia ei tunnustettu vielä edes aiheuttavan riippuvuutta. Testi antaa potilaan vastauksien perusteella yhteenlasketun pistemäärän, joka kuvastaa nikotiiniriippuvuuden suuruutta. (Fagerström 2011.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämä AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -testi mittaa kymmen kysymyksen avulla alkoholin kulutusta. Sen on tutkittu tunnistavan yli 80% alkoholin suurkuluttajista ja se on alkoholin liikkäytön tunnistusmenetelmänä laboratoriokokeita parempi. Testi auttaa myös tunnistamaan alkoholinkäyttöön liittyviä riskejä ja haittoja sekä liikkäyttö edeltäviä tiloja. Alkoholin liikkäytön raja-arvona testissä pidetään 8 pistettä, naisilla arvon tiukentamisesta 6 pisteeseen on käyty keskustelua. (Aalto & Mäki 2018.)

FINNRISKI-laskuri ennustaa sen hetkisillä mittaustuloksilla saatua riskiä sairastua sydäninfarktiin tai vakavaan aivoverenkierron häiriöön tai niiden yhdistelmään seuraavan kymmenen vuoden aikana. Laskurissa käytetty malli perustuu 10-vuotta kestäneeseen satunnaistettuun seurantatutkimukseen, jossa kolmea eri ryhmää tutkittiin vuosina 1982, 1987 ja 1992 väestönäytteiden avulla kolmella eri alueella Suomessa. Laskuri ennustaa sairastumisriskiä tupakoinnin, systolisen verenpaineen, kokonaiskolesterolin, HDL-kolesterolin, diabeteksen ja lähisuvun sairaushistorian perusteella. Laskuri ilmoittaa ennusteen prosentteina. (Vartiainen, Laatikainen, Peltonen & Puska 2016.)

Euroopassa kehitetyn SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) -taulukon avulla voidaan ennustaa potilaan riskiä menehtyä seuraavan 10-vuoden aikana sepelvaltimotautiin, aivoinfarktiin tai muihin valtimotauteihin. Taulukosta on kehitetty myös laskuri, joka arvioi riskiä iän, sukupuolen, systolisen verenpaineen ja kokonaiskolesterolin avulla. Koska SCORE keskittyy kuoleman riskin arviointiin, ovat sen ilmoittamat prosentuaaliset tulokset huomattavasti pienempiä kuin FINNRISKI-laskurin. Mittareita käytettäessä on kuitenkin syytä huomioida, että esimerkiksi matala 1-4% SCORE tulos voi kuitenkin merkitä hyvin suurta vaaraa, jos yksi riskimittari esimerkiksi veren-

paine tai kolesteroli on voimakkaasti suurentunut. (Kettunen 2014.) Mittareita ja las-
kureita käytettäessä on siis tärkeää, että niihin on perehdytty ja niitä osataan tulkita
oikein.

2.1.5 Palveluohjaus

Terveystieteidenhuollossa on monia toimijoita julkisten organisaatioiden sisällä ja niiden ul-
kopuolella. Tämän vuoksi on tärkeää, että palveluohjauksen avulla potilaita ohjataan
tarvittavien palveluiden piiriin, joita ovat lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottojen
lisäksi vertaistuki, elämäntaparyhmät, fysioterapia, kokemusasiantuntijat, erityisasi-
antuntijat, päihdepalvelut ja sosiaalitoimen palvelut. Näitä palveluita voidaan tuottaa
julkisesti, yksityisesti, kolmannella sektorilla tai yhdistysten toimesta. Palveluohjaus
on nykyään suuremmassa roolissa sairaanhoitajan työssä tiukentuneiden resurssien
vuoksi. Tutkimuksen osallistuneella alueella terveyskeskuksissa ollaan valmistele-
massa muutoksia, joissa vastaanotoilla sovelletaan ainakin osittain terveyshyötymal-
lia (CCM). Tässä mallissa potilasohjauksen kannalta korostuvat juuri palveluohjaus,
toimiva palveluvalikoima, johon potilaita ohjataan, sekä omahoidon tuki ja päätöksen
tuki. (Noël, Romero, Robertson & Parchman 2014, 5–7.) Palveluvalikoiman kasvaessa
on kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoitosuunnitelman laatiminen potilaan
edun mukaista.

Palveluohjauksen ja toimivan palveluvalikoiman roolit tulevat tulevaisuudessa koros-
tumaan entisestään. Esimerkiksi Keski-Suomen Uuden sairaalan perusterveydenhuol-
lon suunnittelutyöryhmän strategia ja visio tähdentävät, että hoitajaresurssien pysy-
essä ennallaan tai jopa vähentyessä, on palveluita ja terveydenhuollon vaikutta-
vuutta pyrittävä parantamaan järjestelmällisellä kehittämistyöllä, yhteistyöllä paikal-
listen toimijoiden kanssa sekä osallistamalla palveluiden käyttäjiä. Sairaanhoitajien
yksilövastaanottoja pyritään tarjoamaan aktiivisesti lääkärivastaanottojen rinnalla.
Lääkärivastaanottojen sijaan voidaan tarjota laaja-alaisen osaamisen omaavan sai-
raanhoitajan vastaanottopalveluita sekä matalan kynnyksen erityistyöntekijöiden
(päihdehoitaja, masennushoitaja, fysioterapeutti, sosiaaliohjaaja) palveluita. (Pekkilä
2017, 1.)

Pitkäaikaissairaiden hoidossa ammattilaisen antaman potilasohjauksen on todettu olevan tehokkainta (Clark, Hartling, Vandermeer, & McAlister 2005). Kuitenkaan pitkäaikaissairaat eivät saa tarpeeksi tukea sairautensa hoitoon lähipiiriltä tai terveydenhuollosta (Ahola 2013). Palveluohjauksen näkökulmasta vertaistuki voisi tulla tässä kohtaa avuksi, sillä vertaistuki antaa pitkäaikaissairaille emotionaalista tukea (Allen, Vassilev, Kennedy & Rogers 2016 & Okoro 2017 & Embuldeniya, Veinot, Nyhof-Young, Sale & Britten 2013). Vertaistukea saavat ovat sitoutuneempia omahoitoon (Small, Blickem, Blakeman, Panagioti, Chew-Graham & Bower 2013). Vertaistuki tarjoaa merkittäviä voimavaroja sairastuneiden elämänlaatuun ja tukee ammatillisen tuen kanssa yhdessä sairastunutta jokapäiväisessä elämässä (Mikkonen, 2009, 17).

Näiden tulosten perusteella vertaistukea tulisi kehittää ammattilaisohjauksen rinnalle ja sen laatua valvoa. Näillä keinoin varmistettaisiin vertaistuen parhaimmat hyödyt. Lisäksi yhteiskunnan tulisi ymmärtää tukihenkilöiden ja vertaisryhmien työpanos. (Fisher, Coufal, Parada, Robinette, Tang, Urlaub, Castillo, Guzman-Corrales, Hino, Hunter, Katz, Symes, Worley & Xu 2014). Kuitenkaan vertaistuki ei saa missään tilanteessa ohittaa ammattilaisen antamaa ohjausta (Small ym. 2013). Potilaiden saavutettavuus ja terveydenhuollon ammattilaisten vastuunotto potilaiden ohjaamisesta vertaistuen piiriin ovat vertaistuen käytön suurimpia haasteita. On myös havaittu, että terveydenhuollon ammattilaisilla on huonosti tietoa vertaistuesta. Usein vertaistukea tarjoavat juuri potilasjärjestöt ja kolmas sektori eikä perusterveydenhuolto. (Mikkonen 2009, 49.)

2.2 Oppimis- ja ohjaustyylit

Oppiminen

Potilaan yksilöllisen oppimistyylin tunnistaminen edistää potilasohjausta ja auttaa ohjaajaa valitsemaan oikeanlaisia ohjausmenetelmiä. Oppijana ihmiset jaetaan usein aistien perusteella kolmeen ryhmään. Puhutaan **visuaalisesta**, **auditiivisesta** tai **kinesteettisestä** oppimis- tai tiedonhankintatyylistä. (Jyväskylän yliopiston kielikeskus, oppimistyylit.) Jokainen oppija on kuitenkin yksilöllinen kokonaisuus näistä tyyleistä,

mutta jokin tyyleistä on usein hallitsevin. Tämä on mahdollista keskustelun ja taustatietoihin tutustumisen avulla tunnistaa, sekä näin auttaa potilasta oppimaan (Kyngäs ym. 2007, 33-34; Eloranta & Virkki 2011, 52-53.)

Potilasohjaus voidaan nähdä myös potilaan oppimisprosessina, jossa potilasta motivoidaan tunnistamaan omat oppimistarpeensa. Ohjauksen avulla pyritään luomaan oppimismyönteinen ilmapiiri. Oppimisen kannalta tärkeää on orientoituminen eli tavoitteenasettelu. On tärkeää päättää tavoitteet mihin pyritään ja määritellä keinot niiden saavuttamiseksi. Oppimiselle keskeistä on sisäistäminen, jossa luodaan uutta toimintamallia tai muokataan aiempaa uuden tiedon avulla. Uusi näkemys joko haastaa aiemman tiedon tai täydentää sitä. Ohjaajan tehtävänä on tiedon antaminen havainnollisesti ja vuorovaikutuksellisesti. Ulkoistamisella oppimisessa tarkoitetaan tiedon muuttamista osaamiseksi harjoittelun avulla ja tätä voidaan käyttää tukemaan potilaan oppimista. (Eloranta & Virkki 2011, 27–29.)

Ohjaustyyli

Jokainen ohjaustapahtuma koostuu erilaisista ohjaustyyleistä ja sen valintaan vaikuttaa potilaan yksilöllinen tilanne sekä ohjaajan henkilökohtaiset ominaisuudet. Ohjaustyyliä jaotellaan usein **hyväksyväksi**, **katalysoivaksi**, **konfrontoivaksi** sekä **määrääväksi** ohjaustyyliksi. Hyväksyvässä ohjaustyyliässä ohjaajan rooli on neutraali ja ajatuksena on, että potilas itse löytää ajan kanssa ratkaisut terveysongelmiinsa. Ohjaaja on aktiivinen kuuntelija, myötäilijä ja ymmärtäjä. Katalysoivassa ohjaustyyliässä ohjaajan rooli on päättelevä ja hän johdattelee ohjaustilannetta avoimilla kysymyksillä. Ohjaaja pyrkii auttamaan potilasta huomaamaan erilaisia näkökantoja käsiteltävään asiaan ja tukee potilaan omaa ajattelua ja ongelmanratkaisua. (Kyngäs ym. 2007, 43-44; Eloranta & Virkki 2011, 66-67.)

Konfrontoivassa ohjaustyyliässä on haasteita. Siinä ohjaaja nostaa esiin ristiriitoja asiakkaan puheen ja terveystyöskäytymisen välillä. Tällä on tarkoitus herätellä potilasta ja ristiriidan avulla auttaa potilasta motivoitumaan. Tarkoituksena ei ole moralisoida tai arvostella potilasta, ja objektiivisuus on tämän ohjaustyylin suurin haaste. Potilaan ja ohjaajan välisen suhteen täytyy olla todella luottamuksellinen, jotta ohjaustyyliä on turvallista käyttää. (Kyngäs ym. 2007, 44; Eloranta & Virkki 67.)

Määräävälle ohjaustyylille on ominaista tiedon antaminen ja suorien ohjeiden antaminen. Se vaatii ohjaajalta paljon ja ohjaa potilasta pois omatoimisuudesta. Tässä varsin yleisessä ohjaustyylissä on puutteita. Valmiiden neuvojen sijaan olisi tarkoituksenmukaisempaa auttaa potilasta etsimään itse ratkaisuja ja sitouttaa häntä tällä tavalla omahoitoon. Ohjaajan ammatillinen pätevyys ja kyky tietoisesti hyödyntää erilaisia ohjaustyyliä tekee ohjauksesta asiakaslähtöisempää. (Eloranta & Virkki 2011, 67; Cockman, Evans & Reynolds 1992, 29-61.)

2.3 Vuorovaikutus yksilöohjauksessa

Kieli, vuorovaikutus ja roolit ovat ohjauksen keskeisiä työvälineitä. Ohjaajan ja potilaan välisten vuorovaikutusorientaatioiden ymmärtäminen mahdollistaa tasavertaisemman ohjauksen. Sairaanhoidajalla on usein ammatinharjoittamisen antama valta ohjaustilanteessa suhteessa potilaaseen. Tämä vaikeuttaa symmetrisen eli dialogisen ohjausasetelman syntymistä. Vuorovaikutusorientaatiot jaotellaan asiantuntijakeskeiseen, asiakaskeskeiseen ja dialogiseen vuorovaikutusorientaatioon. (Vänskä ym. 2014, 50–58.)

Vuorovaikutusongelmat saattavat olla huonon hoitoon sitoutumisen taustalla. Kun potilas arvioi oman osallistumisensa hoitoon myönteiseksi, tukee se käsitystä nähdä itsensä osallistuvana ja aktiivisena potilaana. Vuorovaikutukseen osallistuva potilas kokee itsensä osaksi hoitoprosessia, ja näin ollen hoitoon sitoutuminen ja ohjeiden noudattaminen lisääntyvät. (Gerlander, Kivinen, Isotalus & Kettunen 2013, 15, 19.) Hyvässä vuorovaikutussuhteessa hoitaja aktiivisesti kuuntelee ja ymmärtää potilaan näkökulman. Tämä voimaannuttava vuorovaikutus tuo potilaan keskiöön ja auttaa potilasta tunnistamaan omat vahvuutensa ja haasteensa. Voimaannuttavan vuorovaikutuksen toimiessa ohjauksesta tulee palkitsevaa niin ohjaajalle kuin ohjattavalle. (Absezt 2010, 19–20.)

2.4 Potilasohjauksen tukena käytetyt mallit ja lähestymistavat

2.4.1 Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ohjaus

Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ohjaus on työntekijän taito, joka tarkoittaa rinnalla kulkemista, tukemista ja vahvistamista sekä neuvottelua eri vaihtoehtoista sekä opittavista asioista. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ohjaus muodostuu ratkaisukeskeisen terapian ja voimaantumisen eli empowerment -ajattelusta. Sen keskeisiä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, läpinäkyvyys, tavoitelähtöisyys ja tulevaisuussuuntautuneisuus, voimavarojen korostaminen sekä poikkeuksien ja edistyksen huomioiminen. Sen soveltamiseen kuuluvat myös myönteisyys, luovuus, leikkisyys ja huumori. Työtavan soveltamisen sallii myös muiden teorioiden hyödyntäminen ja ohjauksen rakentamisen konstruktivistisesti asiakkaalla jo olevien taitojen päälle. Sairaanhoidajan työtavana yhteistyö ja kannustus ovat keskeisissä asemissa ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä ohjauksessa. (Vänskä ym. 2014, 77–86.)

2.4.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on ohjausmenetelmänä potilaskeskeinen ja sen avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan omaa motivaatiota elämäntapamuutokseen. Motivoivassa haastattelussa ohjaaja osoittaa empatiaa potilasta kohtaan, pyrkii vahvistamaan potilaan itseluottamusta ja vahvistamaan tämän omia kykyjä. Ohjaajan tehtävänä on voimistaa ristiriitaa nykytilan ja tavoitetilan välillä, sekä välttää väittelyä eli myötäillä vastarintaa potilaan kanssa keskusteltaessa. Perusmenetelminä tässä ohjauksen teoriassa pidetään avoimia kysymyksiä, reflektointia, kuuntelua ja yhteenvetoja. Keskeistä on, että potilas löytää omat arvonsa, tavoitteensa, merkityksen muutokselle, sekä käytettävissään olevat resurssit muutoksen toteuttamiseen. (Järvinen 2014.)

Tutkimuksista on saatu viitteitä, että motivoivan haastattelun menetelmillä perusterveydenhuollossa voidaan muun muassa vähentää metabolisen oireyhtymän ilmaantumista ja auttaa potilaita painonpudotuksessa. (Barnes & Ivezaj 2015; Alosa-Villaverde, Peña, Marsal, Rodrigues-Cortés, Rodriguez-Cristobal & Travé-Mercade 2017). Motivoivan haastattelun keinoista erityisesti potilaan kannustaminen omaan

muutospuheeseen, muutosten haittojen ja hyötyjen vertailu ovat tehokkaita. Hyvin tutkittujen käyttäytymismallien muutostekniikoiden (esimerkiksi muutosvaihemalli) soveltaminen parantaa ohjauksen tuloksia. Ohjauksessa olisi myös hyvä huomioida sosiaalisen tuen merkitys eli lähipiirin vaikutus terveellisiin valintoihin. Palautteen antaminen potilaan omista testituloksista, esimerkiksi Fagerströmin testistä tupakoinnin osalta, lisää motivoivan haastattelun vaikuttavuutta merkittävästi. (Absezt & Han-konen 2011, 1–6.)

2.4.3 Muutosvaihemalli

Muutosprosessin vaiheita kuvaava transteoreettinen muutosvaihemalli on alun perin kehitetty riippuvuuksien ymmärtämiseksi. Sitä voidaan soveltaa työkaluna myös elämäntapamuutoksen tukemisessa, jolloin ohjauksessa on mahdollista tunnistaa muutosvaihe, jossa potilas kulloinkin on ja ymmärtää, sekä näin paremmin tukea häntä eteenpäin mallin viitoittamalla tiellä. (Marttila 2010.)

Malli jakaa muutosprosessin viiteen eri vaiheeseen, joita ovat **esiharkintavaihe, har-kintavaihe, valmistautuminen, toiminta ja ylläpitovaihe**. Lisäksi malli tunnistaa myös **repsahduksen** eli paluun aiempaan ei toivottuun toimintatapaan. Malli on yksinkertaistettu, eikä muutosprosessi yleensä kuljekaakaan suoraviivaisesti esiharkinnasta ylläpitovaiheeseen, vaan usein potilas saattaa palata johonkin vaiheeseen tai liikkua pitkäänkin kahden vaiheen välillä. Hän voi jopa jumiutua johonkin vaiheeseen. Myös repsahdukset ylläpitovaiheessa saattavat aiheuttaa muutoksia siirtymisessä vaiheesta toiseen. (Prochaska & Velicer 1997, 39.)

2.4.4 Konstruktivistinen ohjaus

Konstruktivistisella ohjauksella tarkoitetaan kokonaisvaltaista ohjauksen filosofista viitekehystä, joka ottaa vaikutteita useista pinnalla olevista ohjauksen teorioita. Potilasohjauksessa on aina kyse potilaan oppimistilanteesta, jota sairaanhoitaja ohjaa. Konstruktivistinen oppimiskäsitys näkee ihmisen aktiivisena tiedon prosessoijana. Ihminen ikään kuin suodattaa oppimansa tiedon omien aikaisempien käsitystensä ja minäkuvansa kautta osaksi omaa elämäänsä ja aikaisempia tietojaan. (Vänskä ym. 2014, 21–25.)

Oppimista ei siis nähdä konstruktivistisessä ohjauksessa suorana tiedon siirtämisenä ohjaajalta potilaalle, vaan potilas rakentaa oman käsityksensä saamansa tiedon perusteella. Oppimisessa ohjaustilanteessa painottuu ymmärtäminen ja tiedon vieminen osaksi omaa elinympäristöä ja elämäntapaa. Ohjauksen tavoitteena on oppimisprosessin käynnistäminen ja tukeminen. Ohjaajan tarkoituksena on oppimisen esteiden poistaminen vuorovaikutuksen avulla ja hänen on ymmärrettävä erilaisia kasvu- ja kehitymisprosesseja sekä pystyttävä erottamaan oma ja potilaan arvomaailma ja kulttuuri toisistaan. (Vänskä ym. 2014, 21–25.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on yksilöohjauksen kehittäminen avosairaanhoidossa.

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen toteutus sairaanhoitajan näkökulmasta avosairaanhoidossa.

Tutkimuskysymykset, joihin tutkimuksen avulla pyritään vastaamaan:

- Miten sairaanhoitajat kertovat toteuttavansa pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksista avosairaanhoidossa?
- Mitä potilasohjauksen malleja ja lähestymistapoja sairaanhoitajat kertovat soveltavansa yksilöohjauksessa?
- Mitä hyviä käytäntöjä tai kehittämissuhteita sairaanhoitajat haluavat nostaa esiin?

4 Tutkimusaineisto ja menetelmät

4.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Kunnat ja valinnanvapauskokeilun ajan myös yksityiset palvelun tuottajat voivat tuottaa julkisia terveystalouksia. Julkiset palvelut tuotetaan pääosin verovaroin ja osa

kuluista katetaan asiakasmaksuina. Perusterveydenhuollon palveluita tarjotaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveyden seuranta ja terveyden edistämistä. Lain mukaan perusterveydenhuollon palveluiden tulee olla tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti kaikkien saatavilla. Palveluiden tulee sisältää muun muassa terveysneuvontaa, terveystarkastuksia ja avosairaanhoidoa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Lääkäreiden ja hoitajien vastaanottotoiminta perusterveydenhuollossa kuuluu avosairaanhoidoon.

Tutkimus toteutettiin yli 100 000 asukkaan kaupungissa sen kuuden terveysaseman avosairaanhoidon vastaanotoilla. Tutkimus on rajattu koskemaan perusterveydenhuoltoa ja avosairaanhoidoa sen ollessa ensisijainen paikka, jossa pitkäaikaissairaudet todetaan ja johon potilaat ottavat yhteyttä terveysongelmissaan. Myös pitkäaikaissairauksien kannalta olennaiset yksilölliset elämäntapaohjaukset ja omahoidon tukeminen tapahtuvat pääosin avosairaanhoidon vastaanotoilla.

Avosairaanhoidossa sairaanhoitajien vastaanottotoiminta voidaan jakaa kiireelliseen ja kiireettömään vastaanottotoimintaan. Pitkäaikaissairauksien potilasohjaus on sairaanhoitajien kiireetöntä vastaanottotoimintaa. Tähän tutkimukseen osallistuneen alueen terveyskeskuksissa lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotot ovat avoinna pääosin arkisin klo 8-16 ajanvarauksella.

Tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa käytössä on laatupankki, joka kertoo valittujen pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen ja sepelvaltimotaudin hoitotasapainosta. Laatupankin toiminta perustuu tietojärjestelmien avulla tehtävään tiedonlouhintaan potilasasiakirjoista, kuten lääkityksiin ja laboratoriovastauksiin. Laatutyöryhmä ja organisaation johto seuraavat sen avulla hoidon laatua ja potilaiden hoitotasapainoa. Laatuvastaavilla on pääsy laatupankin kautta myös potilaiden yksilöintitietoihin. Vuosittain laadittujen laatutavoitteiden mukaisesti terveysasemien laatuvastaavat voivat toimittaa kiireetöntä hoitoa tekeville hoitajille listoja potilaista, joiden hoitotasapaino ei ole tavoitteissa. Hoitajat voivat perehtyä potilaan tilanteeseen ja kutsua tämän tarvittaessa ohjaukseen.

Pitkäaikaissairauksien potilasohjauksiin avosairaanhoidossa ohjautuu potilaita useiden reittien kautta. Potilaat voivat ohjautua vastaanotoille muun muassa päivystyksestä, vuodeosastolta kotiutuessa, kiireettömiltä lääkärikäynneiltä, erikoissairaanhoidosta, kolmannen sektorin kontakteista tai asiakkaat voivat omaehtoisesti varata ajan ohjaukseen. Myös ohjauksikäynneillä tehdään yhteistyötä monien eri tahojen kanssa (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016, 88–95.)

Kohdeorganisaation terveysasemilla on palveluvalikoimassa myös monen pitkäaikaissairauden osalta kokemusasiantuntijoiden vastaanotot. Kokemusasiantuntijat ovat koulutettuja vertaistuen tarjoajia. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.) Kohdeorganisaatiossa on myös käytössä sähköisen asiointin palvelu Hyvis. Kohdeorganisaation alueen Hyvis-palvelussa voi varata aikoja vastaanotolle, ottaa yhteyttä eri toimipisteisiin, täyttää esitietolomakkeita ja käydä viestinvaihtoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Sähköinen asiointi 2019.)

Pitkäaikaissairauksien potilasohjaus on siis osa sairaanhoitajan työtä avosairaanhoidossa ja siihen liittyy laajasti ohjausta myös muiden palveluiden pariin. Vain hieman yli kolmasosassa terveyskeskuksista oli vuonna 2013 olemassa sairaanhoitajia, joiden pääasiallinen tehtävä on pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito. (Rintanen, Puromäki & Heinämäki 2014, 4). Vuonna 2015 toteutetussa tutkimuksessa sairaanhoitajien työajasta suurin osa kului pitkäaikaissairaiden hoitoon. Tähän on tullut muutos vuodesta 2013, jolloin suurimman osan hoitajan työajasta avosairaanhoidossa vei päivystysluontoinen työ. (Parhiala, Hetemaa, Sinervo, Nuorteva, Luoto, Krohn 2015, 1–8.)

4.2 Laadullinen tutkimus menetelmänä

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jonka avulla pyritään ymmärtämään tutkimuskohteen laatua ja ominaisuuksia sekä merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Sitä voidaan toteuttaa monilla menetelmillä ja se voidaan myös yhdistää muihin menetelmäsuuntauksiin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää, merkityksiä sekä kokemuksia ja siinä pyritään löytämään ja paljastamaan niihin liittyviä tosiasiota. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Laadullisen tutkimuksen avulla

tutkijat saavat kokonaiskuvan yksilöohjauksesta ja sen toteuttamisesta sairaanhoitajien kokemusten kautta.

Huolimatta laadullisen tutkimuksen tyypistä, on laadullisella tutkimuksella tiettyjä ominaispiirteitä, jotka toistuvat useimissa tutkimuksissa. Sille on ominaista lähdeaineiston ensisijaisuus. Sitä analysoimalla tutkijat voivat tuottaa uusia teoreettisia ideoita, muokata jo olemassa olevia terioita tai paljastaa ilmiöiden perimmäisiä syitä. Laadullinen tutkimus on myös hyvin tilannesidonnaista ja on tärkeää, että tutkija on tietoinen vallitsevista olosuhteista ja niiden mahdollisista vaikutuksesta tutkimukseen. Tutkijat usein hakeutuvat niiden ihmisten luonnolliseen ympäristöön, joiden ajatuksia tai käyttäytymistä he haluavat tutkia ja keskittyvät juuri heidän näkökulmiinsa, käsityksiinsä ja tulkintoihinsa tutkittavasta aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa ilmiötä kuvataan vahvasti, sitä analysoidaan ja tulkitaan tutkittavien näkökulmasta, mutta toisaalta tulkinnassa on myös pystyttävä ylittämään osallistujien näkökulmat ja rakenteet. Tutkijan ja tutkittavan välinen suhde on tasa-arvoinen ja perustuu yhdenvertaisuuteen ihmisinä. Laadullisen tutkimuksen tärkein tutkimusväline on tutkija itse, jolloin hänen kantansa välittyy tutkimuksesta usein selvästi. (Holloway & Wheeler 2009, 3–9.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelua voidaan kutsua myös kohdennetuksi haastatteluksi ja sen ominaispiireisiin kuuluu ensinnäkin haastateltavien yhteinen kokemus tietystä tilanteesta, joka tässä työssä on pitkäaikaissairaana yksilöohjaus. Toinen ominaispiirre on, että tutkijat on selvittelevät ennalta aiheeseen liittyviä keskeisiä käsitteitä ja perehtyvät ilmiöön eli potilasohjauksen kokonaisuuteen. Tämän avulla tutkijat kolmannessa vaiheessa kehittivät haastattelulle rungon eli teemat. Neljäs ominaispiirre on, että haastattelu suunnataan tutkittavien henkilökohtaisiin kokemuksiin aiheesta, johon tutkija on jo ennalta perehtynyt. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 44–48.)

Ryhmähaastattelu nopea ja edullinen haastattelumenetelmä. Ryhmien haastateltavat voidaan valita heterogeenisesti esimerkiksi samasta toimipisteestä, jotta he olivat keskenään tuttuja. Tämä voi auttaa ujompiakin osallistujia

avautumaan ja auttaa muistamisessa. Käsiteltävä teema myös täydentyy ja syvenee nopeammin muiden kommentoimissa. Tällä tavoin pyritään saamaan tutkittavasta aiheesta nopeasti ja edullisesti laaja, mutta syväluotaava käsitys. (Schorn 2000; Hirsjärvi & Hurme 2004, 63.) Toisaalta mahdollisimman heterogeeninen ryhmä eri yksiköistä koottuna voisi auttaa uudenlaisen näkemyksen muodostumisessa ja tarjota enemmän tutkimusmateriaalia (Hyvärinen, Nikander, Ruusuvuori 2017, 119–120).

Teemamuotoiset ryhmähaastattelut mahdollistavat osallistujien välisen vuorovaikutuksen ja sen kautta yhteisen tiedon tuottamisen. Haastattelijan rooli on tukea vuorovaikutusta ja kannustaa osallistujia esittämään eriäviä mielipiteitä. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 128.) Haastattelijalla on myös tärkeä rooli ohjata ryhmää pysymään kulloisenkin teeman aiheessa ja tukea jokaisen ryhmän jäsenen osallistumista keskusteluun. Toisaalta haastattelijan rooli teemamuotoisessa ryhmähaastattelussa on varsin aktiivinen ja osallistuva. Kahden tutkijan yhteistyö ja jatkuva systemaattinen reflektointi on tärkeää, jotta he voivat tunnistaa ja pystyä erottelmaa haastattelijan ja hänen henkilökohtaisten aiheeseen liittyvien mielipiteidensä mahdollisen vaikutuksen keskusteluun tutkimustulosten objektiivisuuden vahvistamiseksi (Schorn 2000.)

4.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla pienryhmissä avosairaanhoidon sairaanhoitajia, jotka tekevät työssään pitkäaikaissairaiden potilasohjausta. Molemmat tutkijat toimivat haastattelijoina. Teemahaastattelun rungon muodostivat ohjausprosessin vaiheet: suunnittelu, toteutus sekä seuranta ja arviointi. Lisäksi lopuksi keskustelu päätetään kehittämissuositusten pohtimiseen. Apukysymyksiä muodostettiin vapasti lisää haastattelutilanteessa ohjaten keskustelua kuitenkin potilasohjauksen taustalla vaikuttaviin teorioihin, tavoitteen asetteluun, ohjauksen hyviin käytäntöihin, ohjausta mahdollistaviin resursseihin sekä ohjauksen apuvälineisiin. Lisäksi keskustelua ohjattiin kohti potilasohjauksen vahvuuksia ja haasteita. Teemahaastattelun runko apukysymyksineen on esitelty tarkemmin liitteessä 1. (Liite 1.)

Haastateltavien kokonaismäärä oli 24 sairaanhoitajaa. Ryhmäkoko oli 3-6 henkilöä. Pienryhmähaastattelun tavoitteellinen kesto oli 60 minuuttia ja haastattelut videoitiin litteroinnin helpottamiseksi. Osa ryhmistä suoriutui haastattelusta hieman nopeammin ja osa hieman hitaammin. Haasteltavat kutsuttiin siten, että ensin lähestyttiin kunkin terveysaseman lähiesimisestä, jolta pyydettiin listaa 3-6 eniten yksilöohjausta tekevistä sairaanhoitajista. Heitä lähestyttiin saatekirjeellä (Liite 2.), johon lisättiin vielä terveysasemakohtaiset tarkat haastattelupäivämäärät ja kellonajat niiden varmistuttua.

Pienryhmiin päädyttiin, koska aiheessa tutkittiin henkilökohtaisia ominaisuuksia ja näkemyksiä ohjaamisesta, jolloin pienempi ryhmä antoi enemmän tilaa myös yksilölliselle näkemykselle. Pienryhmä myös mahdollisti hieman pidemmät puheenvuorot yksittäisille haastateltaville, vaikka toisaalta antoi mahdollisuuden myös toisen puheenvuoron kommentointiin ja täydentämiseen. Lisäksi pienryhmä oli harjaantumattomalle haastattelijalle helpommin hallittavissa. (Chadwick, Gill, Stewart & Treasure 2008.)

Haastateltavien ikää, koulutustaustaa tai työkokemusta ei haluttu rajata, koska tutkimuksen kannalta se rajoittaisi aineiston rikkautta. Työkokemus kysyttiin taustakysymyksenä pitkäaikaissairaiden yksilöohjauskokemuksena avosairaanhoidossa jokaiselta ryhmähaastattelun alussa. Vastanneilla sairaanhoitajilla oli työkokemusta pitkäaikaissairaiden potilasohjauksesta kaikilla yli 5 vuoden ajalta ja pisimmillään 20 vuoden ajalta.

4.4 Aineiston analyysi

4.4.1 Asiantuntijahaastatteluiden abduktiivinen sisällönanalyysi

Asiantuntijahaastatteluille on ominaista analyysin kulkeminen läpi tutkimustyön. Analyysiprosessi alkaa tutkijan tekemästä taustatyöstä ja teoreettisen viitekehyksen luomisesta jatkuen haastattelurungon tai teemojen sekä mahdollisen haastattelun oheismateriaalin keräämiseen. Prosessi jatkuu haastattelun kuluessa, jolloin haastat-

telija vaikuttaa haastattelun kulkuun. Tutkija tuo haastatteluun mukanaan oman tulkintansa haastateltavasta ilmiöstä ja käsityksensä tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä. Pitkäaikaissairauksien yksilöohjaus ilmiönä avosairaanhoidossa sairaanhoitajan vastaanotolla ja yksityiskohtaiset tiedot sen toteutuksesta rakentuivat haastattelun aikana syntyneestä yhteisestä käsityksestä yksilöohjauksesta. Haastattelun jälkeen ilmiökentän ja tiedon rakentaminen jatkui litteroidun aineiston lukemisella ja sen vertaamisella teoreettiseen viitekehukseen. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2014, 389–391.)

Teoriaohjaava eli abduktiivisen sisällönanalyysi etenee vaiheittain. Aineiston keruun jälkeen analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto puretaan ja litteroidaan. Teoriaohjaavassa analyysissä aineisto luokitellaan jo olemassa olevan viitekehysten perusteella. Tässä analyysitavassa teoria antaa rungon tutkimukselle. Tämän jälkeen tutkija käy empirian puolella ja palaa takaisin teoriaan tutkimustuloksissa kuitenkin varoen aineiston ylitulkintaa teoriaan nojaten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–116; Aaltola & Valli 2015, 187–192.) Tätä systemaattista tapaa toteuttaa abduktiivista analyysiä kutsutaan myös abduktiivisen tutkimuksen sykliksi. (Timmermans & Tavory 2012, 179–180).

Abduktiivinen analyysimenetelmä jättää tutkijalle myös mahdollisuuden uusien huomioiden tekemiseen aineiston pohjalta, vaikka tutkimuksen teoreettinen viitekehys (Kuvio 2) ohjaakin analyysia. Lauseet ja ilmaukset poimitaan siis aineistosta teoreettisen viitekehysten mukaan, mutta aineistosta annetaan mahdollisuus nousta esiin myös täysin uusia yläkäsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117; Timmermans & Tavory 2012 179–180.) Tämä analyysimenetelmä sopii potilasohjauksen tutkimiseen, koska sen avulla voidaan löytää laajasta aineistosta potilasohjauksen työvälineet ja menetelmät, jotka tutkija sitten yhdistää teoriaan.

4.4.2 Analyysin eteneminen

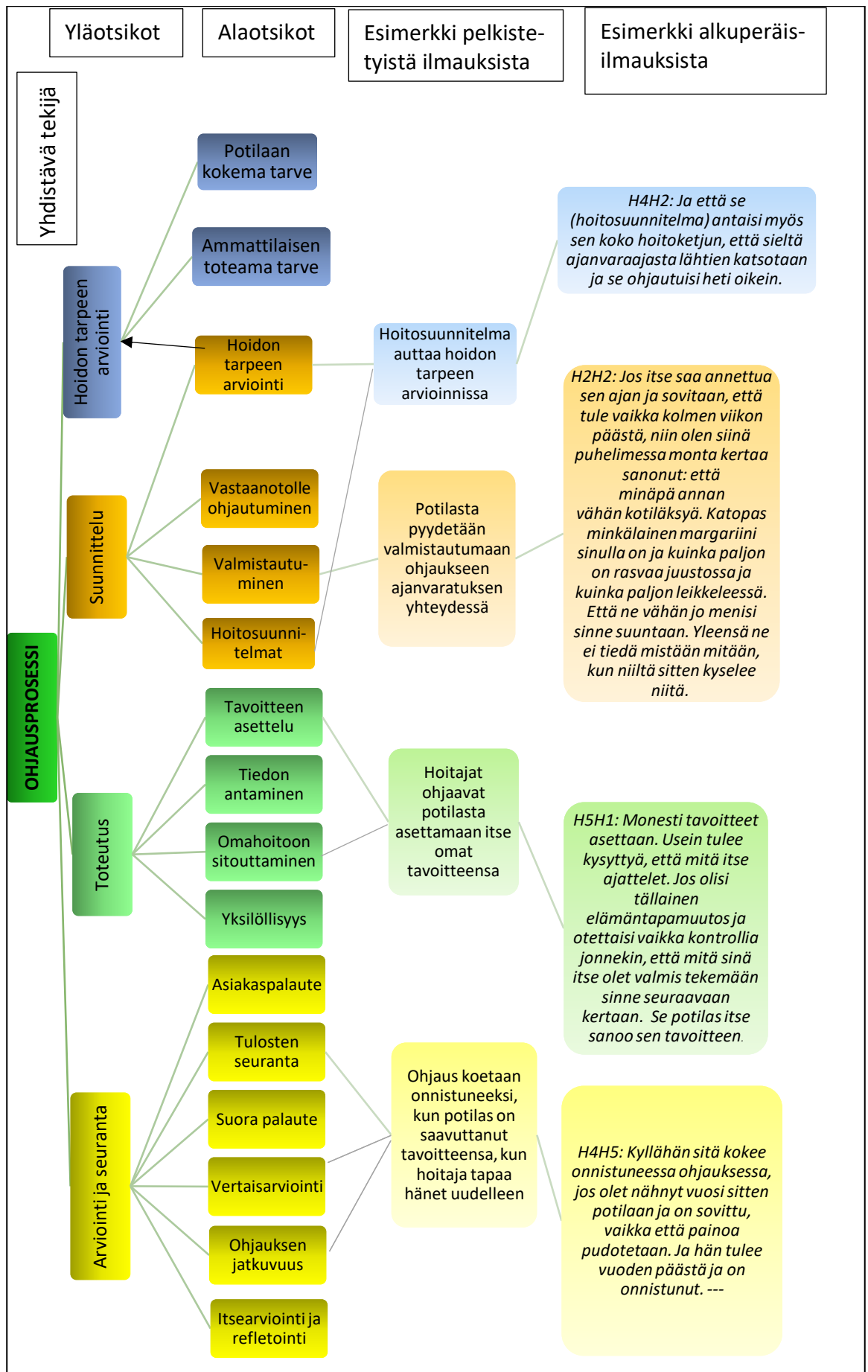
Haastattelut toteutettiin maaliskuun ja kesäkuun 2018 aikana. Videokuvattu aineisto pyrittiin litteroimaan mahdollisimman nopeasti heti haastattelujen jälkeen, jolloin aineistoon perehtyminen saattoi alkaa. Aineistoa litteroitiin myös ristiin, jolloin tutkijat

saivat paremman käsityksen myös toisen tekemistä haastatteluista. Haastatteluiden kestot vaihtelivat 50 minuutin ja 70 minuutin välillä. Aineistoa kertyi ryhmähaastatteluista yhteensä 5 tuntia 40 minuuttia ja 15 sekuntia. Litteroituna 11 koon Calibri-fontilla 1 rivivälillä aineistoa oli 102 A4-sivua. Aineistoa olisi voitu tarvittaessa tarkentaa myös yksilöhaastatteluilla, mutta niille ei ollut tarvetta, koska haastattelumateriaalia kertyi tarpeeksi ryhmähaastatteluista.

Aiemmin esitellyn teoreettisen viitekehyksen pohjalta toteutettiin litteroidun aineiston teoriaohjaava abduktiivinen analyysi. Teoreettisesta viitekehyksestä nousevat käsitteet tuotiin suoraan analyysiin yläkäsitteiksi. Analyysivaiheessa litteroidusta aineistosta kerättiin teoreettisen viitekehyksen kannalta merkitykselliset alkuperäiset ilmaukset ja lausumat, näistä muotoiltiin pelkistetyt ilmaukset ja alaluokat, jotka yhdistettiin teoreettisesta viitekehyksestä nouseviin yläluokkiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.)

Valmiin litteroidun aineiston työstäminen alkoi siis yläotsikoiden nimeämisellä, joiden kautta aineistosta lähdettiin poimimaan teoreettiseen viitekehykseen ja sitä kautta tutkimuskysymyksiin liittyviä lauseita. Litteroitu aineisto värikoodattiin yläotsikoiden avulla. Yläotsikoina toimivat ympäristötekijät, ohjausprosessi, ohjausmenetelmät, oppimis- ja ohjaustyylit, vuorovaikutus, mallit ja lähestymistavat. Lisäksi kehittämisehdotuksia kerättiin jokaiselta osa-alueelta. Analyysiyksiköinä toimivat lauseet tai useamman lauseen kokonaisuudet. Kerätyistä lauseista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja mahdollisimman laajakirjoisesti. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaotsikoita.

Alaotsikot liitettiin teoreettisesta viitekehyksestä johdettuihin yläotsikoihin ja tässä vaiheessa yläotsikoita yhdisteltiin laajempiin yhdistäviin tekijöihin. Lopulta päädyttiin luomaan uudet Excel taulukot yhdistävien tekijöiden perusteella, joihin tuotiin kaikista haastatteluista kyseiseen yhdistävään tekijään liittyvät analyysiyksiköt. Näistä taulukoista lähdettiin keräämään ylös tuloksia, jotka värikoodattiin yläotsikoiden perusteella eri ryhmiin (Kuvio 3).



Kuvio 3. Esimerkki aineiston abduktiivisesta analyysistä

Tutkimustuloksissa sairaanhoitajien vastaukset ovat esitetty mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta aineistosta saatu tieto tulisi mahdollisimman tarkasti esille. Tutkimusaineistosta on tuotu tutkimukseen alkuperäisilmauksia havainnollistamaan tutkimustuloksia. Alkuperäisilmaukset on kuitenkin muutettu mahdollisimman tarkasti yleiskielisiksi, jotta esimerkiksi murre sanojen vuoksi haastateltava ei olisi tunnistettavissa. Asiakokonaisuudet, jotka eivät ole tutkimuskysymysten kannalta olennaisia, on jätetty ilmaisuista pois ja näitä pois jääneitä asiakokonaisuuksia kuvataan kolmella ajatusviivalla (---).

5 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset kuvataan tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyksen viitoittamassa järjestyksessä edeten sairaanhoitajien kuvaamasta pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen toteutuksesta syvemmälle hyödynnettyihin ohjauksen malleihin ja lähestymistapoihin. Lopuksi esitellään vielä sairaanhoitajien esiin nostamat kehittämisehdotukset. Keskeisimmät tutkimustulokset on kerätty yksilöohjauksen onnistumista edistäviin ja heikentäviin tekijöihin kuvion muodossa. (Kuvio 4.)

5.1 Pitkäaikaissairaiden yksilöohjaus avosairaanhoidossa

5.1.1 Ohjausprosessi

Hoidon tarpeen arviointi

Potilasohjauksen prosessi alkaa pitkäaikaissairaiden kohdalla jo ajanvarauksen yhteydessä hoidon tarpeen arvioinnista. Potilaat ottavat usein itse yhteyttä ja varaavat ajan pitkäaikaissairautensa ohjauksikäynnille puhelimitse lääkärin ohjaamina. Toinen vaihtoehto on, että sairaanhoitaja huomaa päivystyskäynnillä tai puhelinpalvelussa, että pitkäaikaissairauden kontrollit eivät ole toteutuneet ja pyytävät potilasta käymään kontrolliverikokeissa ja tulemaan tämän jälkeen vastaanotolle. Hoitajat myös kutsuvat potilaita ohjauksiin lääkäriltä potilastietojärjestelmän kautta tulleiden viestien perusteella. Hoitajat kertovat, että potilaat hakeutuvat ohjauksikäynneille myös

itsenäisesti, tässä kuitenkin vaikuttaa olevan terveysasemakohtaisia eroja, koska toisilla terveysasemilla hoitajat kokevat, että itsenäinen hakeutuminen ohjauksiin on vähäistä. Hoitajat kokivat hankalaksi sen, että ohjausaikoja annettiin muilta terveysasemilta, jonka vuoksi tulosityy saattoi puuttua kokonaan tai potilas ei ollut valmistautunut suunnitellulla tavalla ohjaukseen.

H5H3: He joko soittavat itse hoitajalinjalle ja sitten heidät sieltä huomataan tai sitten lääkäri on ohjannut vastaanotolta, että varaapa aika sairaanhoitajalle.

H2H1: Se että ihmiset ihan itse lähtisivät hakeutumaan ohjaukseen, niin se on kyllä vähäistä. Että nyt tarvitsisin tällaista ohjausta että...

H3H2: Varmaan osa hakeutuu itse, soittaa ja tietää, että nyt olisi kontrollin aika. Osa sitten bongataan, tulee sitten vaikka jonkun muun asian takia ja sitten huomataan etpä ole muuten käynyt pitkään aikaan tässä asiassa ja sitten saatetaan varata siinä yhteydessä uusi aika. ---

Pitkäaikaissairauksien osalta ajanvaraus ja ohjaukseen hakeutuminen jäävät kuitenkin potilaan itsensä vastuulle. Hoitajat kertovat, että kutsujärjestelmää ei ole. Ainoastaan muistisairauksien kohdalla potilaita kutsutaan vastaanotolle.

H4H5: Kutsujärjestelmää meillä ei ole ja potilas ottaa yleensä itse yhteyttä meihin. Se on se pääsääntöisin tapa, mutta sitten jos on uusi dia-beetikko tai uusi sepelvaltimotautipotilas, niin he ohjautuvat yleensä lääkärin kautta meille. ---

H3H1 Meillähän ei mitään kutsukäytäntöä ole. Ainut keitä olemme kutsuneet ovat nämä omaishoitajan terveystarkastukset. Niistä tuli käytäntö. Mutta eihän me muita kutsuta? H3H3: Muistipotilaat. H3H1: Kyllä, muistipotilaat. H3H3: Eli he, jotka ovat muistipotilalta siirretty meille jatkoseurantaan, heitä me kutsutaan.

Sairaanhoitajat kertovat, että potilaita ohjataan pitkäaikaissairauksien ohjauksikäynneille myös avosairaanhoidon organisaation ulkopuolelta kuten kolmannen sektorin kautta, erikoissairaanhoidosta, kotisairaanhoidosta, Oiva-keskuksesta tai hammashoidosta. Tiettyjä pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita myös kutsutaan vastaanotolle laatupankin kautta paljastuneen huonon hoitotasapainon vuoksi. Pelkkää ve-

renpainetautia sairastavia potilaita on pyritty aktiivisesti ohjaamaan hoitosuunnitelmakäynneille hoitajille. Samoin muistipotilaista pidetään monessa yksikössä listaa ja heidät kutsutaan määräajoin vastaanotolle.

H3H1: Ja nythän on tullut näitä verenpainepotilaiden hoitosuunnitelmia, ne ovat sellainen uusi asia. Ja he ohjautuvat, joilla on verenpainelääkitys, muttei muuta lääkitystä. Ja he ohjautuvat sille hoitosuunnitelmakäynnille. Niitä ei ole aikaisemmin ollut, että se on tullut uutena.

H1H2: Kyllä minulle tulee (viestejä). Minulle tulee päivystyksestä eli tuolta päivystyksestä, kun ihmisiä käy. Sieltä saatetaan laittaa henkilökohtaisia viestiä, että tämän potilaan kohdalla ei ole kaikki hyvin, että kutsuisitko vastaanotolle. Kotisairaanhoidosta, Oiva-keskuksen kautta, palveluohjaajat tekevät arviointikäyntejä. Sieltä tulee aika paljon kanssa. H1H2: Sitten itse asiassa positiivinen asia on, että hammashoidostakin tulee...

Ohjaukseen valmistautuminen ja ohjauksen suunnittelu

Sairaanhoitajat kertovat pyrkivänsä valmistautumaan pitkäaikaissairaahan potilasohjauskäyntiin tutustumalla potilasasiakirjoihin ennen vastaanottoa. Hoitajat kuitenkin kertovat, että usein tähän ei ole aikaa ja potilaan tilanteeseen perehdytään vasta ohjaustilanteessa yhdessä potilaan kanssa. Hoitajat myös kokevat, että valmistautumattomuus heikentää potilasohjauksen laatua.

H2H3: Kyllä minä yritän, jos suinkin ehdin, että vähän selaan, että mitä seurauksia sillä on ja labrat, mutta käytäntö on se, että minä avaan paperit silloin, kun se potilas siinä istuu. Joo ja se on tosi noloa. Ja se on minusta tosi huonoa... huonoa potilasohjausta. Että kyllä se olisi hyvä, jos vähän lukisi niitä tietoja etukäteen. H2H3: Joo ei suunnitella... toimintaa. H2H5: Kyllä, juuri eilen, mietin itse eilistä päivää, niin en minä niihin kyllä kerennyt sillä tavalla valmistautua. Sitten se menee, että katsot sitä siinä hetkessä, vaikka tietyllä tapaa itse yritti ja toivo, mutta käytännön toteutus oli vähän toista kuin ajatus.

Osa hoitajista kuitenkin kertoo valmistautuvansa jopa edellisenä päivänä ohjaustilanteisiin käymällä potilasasiakirjoja läpi. Heidänkin kertomaassaan kuitenkin käy ilmi, että he yrittävät toimia näin, jos he vain ehtivät.

H3H1: Jos ehtii niin jopa edellisen päivänä käydä katsomassa mikä siellä on tulossa. Avaa ne paperit ja katsomaan ne viimeisimmät YLE-lehdet, laboratorionkokeet ja HOIYHT-lehdet. Mitä sille ihmisille on tapahtunut ja

missä mennään, mitkä ovat lääkitykset. Vähän niin kuin pääsee kartalle siitä, mitä siellä on tulossa ja mikä vois olla se mistä lähdetään liikkeelle. Aika hankala aloittaa, jos ei ole yhtään kerennyt katsomaan. Että viimeistään sinä aamuna, kun näkee siellä olevan ohjauksen, niin yrittää katsoa läpi. Tai sillä tavalla minä ainakin teen.

Hoitajat kertovat, että silloin kun ohjauksiin on varattu kokonainen päivä tai useampi peräkkäinen päivä ilman päivystysvastaanottoa, on ohjauksiin valmistautuminen helpompaa. Hoitajat kokevat, että työtehtävien ja työpisteiden vaihtuvuus hankaloittavat ohjauksiin valmistautumista. Haastatteluissa mukana olleilla muistihoitajilla ja diabetesvastaanottoa tekevällä hoitajilla, oli varattu tietyt päivät kokonaan näille tehtäville. He vaikuttivat olevan tyytyväisiä tähän järjestelyyn.

H6H4: Silloin, jos on lähettänyt etukäteen jonkun omahoitokaavakkeen täytettäväksi, niin silloin on jo etukäteen avannut sen potilaan paperit ja tutustunut siihen, että mitä kaavakkeita sille voisi mahdollisesti lähettää. ---silloin tulee katsottua. H6H1: Se on varmaan vähän erilaista, kun sinulla on se koko päivä siihen suunniteltu. Kun meillä on niitä päivystyspotilaita ja aikataulut myöhässä ja tulossa ohjanta....

H2H1: Ja sitten, kun ollaan nyt monessa paikassa, saattaa olla, että edellinen päivä puhelimessa kokonaan toisella terveysasemalla ja sitten seuraavapäivä on se ohjauspäivä. Niin sekin luo ne omat haasteensa, että jos sitä huonehoitajaa tekee monta päivää peräkkäin niin silloin ehkä voisikin paremmin valmistautua.

Ohjauksien suunnittelua parantaa hoitajien mukaan se, jos potilas on jo aiemmin käynyt samalla hoitajalla. Hoitajat kokevat myös, että ohjaukseen varatun ajan pituus vaikuttaa ohjauksen suunnitteluun. He kertovat tunnin pituisen ohjausajan olevan ihanteellinen ohjauksen suunnittelun ja toteutuksen kannalta.

H4H2: Ja nopeuttaa paljon sitä tarkastusta, jos hän vuosittain on käynyt ja minulla, niin tuota näen jo sieltä mitä viimeksi on käyty läpi ja tiedän mihin painotan nyt tällä kertaa. Ja sitten se aikataulu määräytyy myös siitä, että onko varattu siihen 45min vai tunti. Vai onko sitten vähemmän aikaa varattu, niin silloin ei tietenkään kerkeä niin kauhean paljon asioita käymään läpi.

H4H2: Sitä on sillä lailla lyhennetty --- 45 minuuttia pitäisi riittää, että ei saisi 60 minuuttia varata siihen. Mutta me olemme tehneet niin, että 45

minuuttia on varattu potilaalle plus kirjaukseen 15minuuttia, että me saadaan se 60min, koska meidän mielestämme se on riittävä. Mutta meitä on johdon puolesta ohjattu näin, että 45min pitäisi riittää.

Hoitajat kertovat, että pitkäaikaissairauksien ohjantakäyntejä varten luodut valmiit kirjausfraasit ohjaavat käynnin suunnittelua ja etenemistä. Lisäksi potilaan mukanaan tuoma esitietokaavake auttaa suuntaamaan ohjausta potilaalle tärkeisiin asioihin. Hoitajien mukaa ohjaukseen valmistautumiseen kuuluu tutustuminen potilaan sairaushistoriaan ja sairauksien keston. Lisäksi he tutustuvat mahdollisiin liitännäissairauksiin, otettuihin verikokeisiin, lääkelistaan, esitietokaavakkeeseen ja kotimittaus-tuloksiin. Hoitajat myös katsovat onko potilas käynyt jo aikaisemmin hoitajalla ja mitä silloin on sovittu ja mitä viimeisimmällä lääkärikäynnillä on sovittu tai onko potilaalla hoitosuunnitelmaa.

H4H3: Ja paljonhan siellä on sellaisia etukäteen... niitä fraaseja, mitä käytetään. Että sen mukaan käydään niitä asioita läpi, mitä ne fraasit ohjaavat. Ja sitten, jos sieltä selkeästi nousee jotakin tai jo tietää etukäteen, että mikä on sellainen korostettava asian, niin ehkä siihen sitten käyttää sitä aikaa enemmän, et ne muut jää sitten vähemmälle.

H4H5: Tuohon hoidon suunnitteluun vielä, niin me ei saada niitä etukäteen (esitietolomakkeita). Mutta nyt, kun me tehdään hoitosuunnitelmia, niin sekin kun potilas tuo sen hoitosuunnitelma-lomakkeen (tarkoittaa esitietolomaketta), niin se muotoutuu senkin tiimoilta se ohjaustilanne. Joskus tuntuu, että se hoitosuunnitelma-lomake olisi hyvä nähdä ennen kuin potilas tulee, että sitä ei tällä hetkellä näe, että sen on sitten kun potilas tulee.

Myös potilasta pyydetään valmistautumaan ohjaukseen jo ajanvarauksen yhteydessä. Sairaanhoidajat kertovat, että tämä toteutuu varsinkin, jos he itse ovat antamassa vastaanottoaikaa potilailleen. Potilasta saatetaan pyytää toimittamaan pitkäaikaissairauksien seurantatuloksia, ruokapäiväkirjaa tai tarkastamaan käyttämiensä elintarvikkeiden tietoja. Hoitajat myös kertovat suunnittelevansa ohjauksen aikataulu ja toteutusta potilaan tutkimustulosten ja taustatietojen perusteella. Potilas ei kuitenkaan osallistu ohjauksen sisällölliseen suunnitteluun, vaikka häntä pyydetään valmistautumaan ohjaukseen.

H2H2: Jos itse saa annettua sen ajan ja sovitaan, että tule vaikka kolmen viikon päästä, niin olen siinä puhelimesta monta kertaa sanonut: että minäpä annan vähän kotiläksyä. Katopas minkälainen margariini sinulla on ja kuinka paljon on rasvaa juustossa ja kuinka paljon leikkeleessä. Että ne vähän jo menisi sinne suuntaan. Yleensä ne ei tiedä mistään mitään, kun niiltä sitten kyselee niitä.

H5: Kyllä se yleensä lähtee siitä, jos potilaalla on jotain erityistarpeita, -- et jos hän on esimerkiksi käynyt edellisvuonna ja on joku asia, mikä on sovittu --- se on niin hirveän yksilöllistä, miten se ohjaustilanne menee, mutta en minä potilaan kanssa yhdessä... en suunnittele sitä ohjaustilannetta.

Ohjauksen toteutus

Ohjaustilanteet toteutetaan sairaanhoitajien mukaan yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Kaiken ohjauksen perustan kerrotaan lähtevän potilaan ohjaustarpeista.

H1H2----Siihen on kuitenkin varattu se aika ja kun katsoo sen, eikä lähde suorittamaan kaikkea sitä mitä pitäisi tehdä. Se jotenkin ohjautuu paremmin. Minä liputan vanhana konkarina sen puolesta, että koskaan en voi enempää ajatella ohjauksen onnistumista, jos se ei lähde ihmisen tarpeesta.

H4H5: Kyllä näitä esimerkkejä on---, että joku on saanut esimerkiksi juuri tietää, että hänellä on syöpä ja hän tulee valtimotaudin vuosikontrolliin, niin kyllähän sen unohtuu se valtimotaudin vuosikontrolli siinä. Se on ihan turha sitten ruveta mitään... että ei se ole se prioriteetti numero yksi silloin, että kyllähän se lähtee siitä potilaasta se kuitenkin se kaikki toteutus.

Potilaalle annetaan ohjauksessa tietoa pitkäaikaissairaudesta, sen seurannasta, lääkähoidosta ja omahoidosta. Sairaanhoitajat kertovat antavansa pitkäaikaissairauksien ohjauksissa paljon elämäntapaohjausta. Ohjausta annetaan painonhallinnasta, ruokavaliosta, tupakoinnista vieroittautumisesta sekä liikunnasta. Hoitajat vaikuttavat tunnistavan hyvin pitkäaikaissairauksien tärkeimmät riskitekijät.

H4H2: Ykköstavoitteena on tietysti se, että potilas tietää mitä hän sairastaa ja mitä lääkkeitä hän syö. Joskus tuntuu, että pitää siitä aloittaa ja sitten tulee nämä muut. Mitä voi tehdä muuta sen hoidon hyväksi tai sen oman hyvinvoinnin hyväksi, kuin syödä niitä lääkkeitä.

Hoitajat kertovat pyrkivänsä siihen, että potilas itse asettaisi itselleen tavoitteita. Hoitajien mukaan he pyrkivät siihen, että potilas sitoutuisi tavoitteiden saavuttamiseen ja että tavoitteet olisivat realistisia sekä saavutettavissa olevia. Yleensä tavoitteet asetetaan konkreettisiin keinoihin, joilla jokin pitkäaikaissairauden mittaustulos esimerkiksi olisi pidemmällä aikavälillä saavutettavissa. Joidenkin hoitajien vastauksissa on kuitenkin nähtävissä tavoitteen asettelussa tavoitteiden asettamista itse mittaustuloksille, mutta ei lainkaan potilaan keinoille, joilla tulokset olisivat saavutettavissa.

H4H1: Kyllä se ilman muuta lähtökohta on se, että potilas pystyy sanomaan, vaikka että kuinka paljon paino putoaa ja missä ajassa. Se että tavoite on konkreettinen ja se on realistinen. --- Että jos on semmoinen hämäräkuva, että pitäisi painoa pudottaa, vaikka 20kg tai 30kg joskus enemmänkin...

H4H2: Ja ne keinot. Kun ei se itsekseen se paino putoa, että mitä sinä ajattelit nyt tehdä. Että hän itse luettelee ne.

Hoitajat kokevat, että hoitosuunnitelmat helpottavat ohjaustyötä. Erityisesti he kertovat lääkärin asettamien yksilöllisten seurantatulosten tavoitetasojen auttavan. Hoitajat kertovat, että tilanne on näiden osalta parantunut ja lääkärit ovat pikkuhiljaa alkaneet kirjata yksilöllisiä tavoitetasoja hoitosuunnitelmiin. Hoitajat myös kokevat, että lääkärin asettama yksilöllinen tavoite on potilaalle selkeämpi kertoa ja hoitajat voivat tukeutua lääkärin päätökseen. Selkeiden hoitosuunnitelmien siis koetaan helpottavan hoidon suunnittelua ja fraasistoiden koettiin auttavan hoidon toteutuksessa. Hyvin tehdystä hoitosuunnitelmasta löytyy hoitajien mielestä selkeät ohjeet, milloin potilaan seuraava kontrollikäynti on. Tämän koettiin helpottavan hoidon ohjausta. Hoitosuunnitelman käyttöönotossa oli ollut alkuun hoitajien mielestä muutosvastarintaa, mutta nykyään hoitajat kokevat sen hyväksi toimintamalliksi.

H4H1: Mutta vielä tuohon tavoitteeseen, että minun mielestäni se on ollut hyvä, että lääkäritkin enemmän ovat ruvenneet, vaikka niitä verenpaineen tavoitearvoja laittamaan, paljonko diabeetikolla pitää olla HbA1c tai LDL-taso, ettei se ole niin ehkä sen yleisen käypähoitosuosituksen mukainen tavoite vaan siellä on ne yksilölliset. Enemmänkin toivoisi vielä, että jokainen tai että hoitosuunnitelmaan lääkärit laittasi sen yksilöllisen tavoitteen, jolloin se olisi paljon helpompi pyrkiä sitä kohti. H4H2: Ja hoitosuunnitelma kaiken kaikkiaan helpottaa meillä sitä ohjaustyötä.

Sairaanhoitajat kokevat, että potilaan motivoiminen tavoitteen asetteluun on haasteellisempaa, jos potilas ei ole omaehtoisesti hakeutunut ohjaukseen, vaan tulee toisen kehotuksesta.

H3H3: Jotenkin aina, että he pysyvät jotenkin tarttumaan siihen muutokseen, jotka oma aloitteisesti tulevat. Mutta sitten on niitäkin, jotka tulevat, kun lääkäri on käskenyt. Kolesterolit ovat koholla, nyt pitää tehdä elämäntapamuutoksia. Sitten ne tulee niin kuin näin, että minä tulín, kun lääkäri käski. Niin niille on hirveän vaikea. Se helposti kääntyy siihen, että minä näen tarpeen, että sinun pitää muuttaa rasvankäyttöä ja laatua ja näin. Niin minähän se tavoitteen silloin asetan siihen.

Pitkäaikaissairaahan potilasohjaus sisältää useimmiten vain yhden pidemmän 40-60 minuutin ohjaukserran sairaanhoitajan vastaanotolla. Joissakin tapauksissa saatetaan sopia seurantakäynnistä tai seuraava kontakti sovitaan puhelinkontaktina. Hoitajat kuitenkin kokevat, että varsinkin sairastumisen alkuvaiheessa yksi ohjaukserra ei riitä siihen, että potilas sisäistäisi saamansa tiedon tai oppimansa asiat.

H2H3: Kyllä minä joskus joudun niin, että kutsun toisen kerran. Juuri näissä vanhemmissa ihmisissä, kun ei ne omaksu niitä kaikkia asioita. H2H2: Mutta aika harvoin. H2H3: Harvoin, mutta joskus.

H4H3: Kyllä jos tulee joku diabetesohjaukseenkin potilas, mille pitää diabetesohjausta ja elintapaohjausta ja sitten opastaa verensokerimittarin käytön ja 45 minuuttia aikaa, niin kyllä se on ihan varma, kun se potilas ovesta lähtee, iäkkäämpi potilas, että sisäistäminen ei kyllä kaiken kohdalla ole tapahtunut. Että sitten se on hetken päästä luukulla tai jossain muualla kysymässä, että niin miten tähän laitettiin neula tähän kynään tai miten tämä mittaaminen tapahtuu tai jotain.

Kirjaaminen halutaan selkeäksi, koska potilas itsekin näkee kirjaukset Kanta-palvelusta. Hoitajat toivovat kirjaamiseen riittävästi aikaa. Hoitajat kertovat haluavansa tehdä kirjaamisen käynnin jälkeen. Näin ohjauksen ajan voidaan olla aidosti asiakkaan kanssa läsnä. Hoitajat kertovatkin venyttäneensä ohjausaikoja toimistoajan avulla, jotta kirjaamiseenkin jäisi tarpeeksi aikaa.

Ohjauksen arviointi ja hoidon jatkuvuus

Organisaatiossa, jossa tutkimus toteutettiin ei pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksista kerätä hoitajien mukaan asiakaspalautetta erikseen, eikä ohjauksista ole tehty vertaisarviointeja. Organisaatiossa kerätään asiakaspalautetta kaikesta palvelusta numeerisesti Roidu-asiakaspalautejärjestelmällä, johon voi myös antaa kirjallista palautetta. Hoitajat kokevat, että palautetta järjestelmän kautta tulee ohjauksista ja sairaanhoitajan työstä melko vähän.

H4H5: No, hirveen vähän loppujen lopuksi minun mielestäni hoitajien... mitä on Roidua käyty läpi, niin sieltä hoitajien... et yleensä ne palautteet koskee lääkäreitä. Hoitajankäynneistä se on todella pieni prosentti, mitä annetaan palautetta.

Hoitajat kertovat, että jotkut asiakkaat antavat suoraan palautetta vastaanoton jälkeen. Hoitajat myös kysyvät palautetta antamastaan ohjauksesta opiskelijoilta, jotka seuraavat ohjaustilanteita.

H1H2: Sitten sitä arviointia voi, kun siitä kiinnostuu, niin sitä hän voi itse asiassa pyytää aina palautettakin. Sitten meillä on opiskelijoita paljon, että joskus aina sovitaan opiskelijan kanssa siitä arvioinnista, että et se on sellaista vastavuoroista, et opiskelija voi myös arvioida sitä tilannetta missä hän on ollut. ---

Enimmäkseen ohjauksen arviointi tapahtuu reflektointina ja itsearvointina, jota pitkäaikaissairaita ohjaavat sairaanhoitajat tekevät itsenäisesti ohjauskäyntien jälkeen. Erytisen onnistuneeksi ohjaajat kokevat ohjauksen, kun potilas on ollut ohjauksessa aktiivinen ja motivoitunut muutokseen. Lisäksi hoitajien tyytyväisyyttä ohjauksen onnistumiseen lisäsi se, että ohjaustilanne koettiin kiireettömäksi ja potilas antoi ohjauksesta suoraa palautetta.

H3H2: Ensinnäkin että siinä on sellainen rauhallinen, rauhallisuuden tunne siinä. Ja sitten on tarpeeksi aikaa. Ja sitten kun se potilas ymmärtää syy-yhteyden, ja oivaltaa mitä hän voisi. Ja osaa löytää itse sen ongelmakohtan. Ja löytyy ja innostuu tarttumaan toimeen ja semmoinen suora palaute, se on siinä hetkessä palkitsevaa.

Hoitajat kertovat arvioivansa ohjauksen onnistumista ja ohjaustaitojaan potilaan saavuttamien tulosten perusteella. Myös laatutyöryhmän kerrotaan arvioivan pitkäaikaissairaiden ohjauksen onnistumista laatutavoitteiden saavuttamisen kautta, joita

esimerkiksi aikaisempina vuosina on ollut sepelvaltimotautia sairastavien LDL-arvo laskeminen tavoitetasolle.

H4H3: Ja sitten kun näkee sen, että jos on ollut potilas ohjauksessa ja se tulee seuraavan kerran ja jos on nähnyt ne tulokset ja potilas sanoo, että hän hoksasi viimein jotain asiaa ja hän on muuttanut nyt vaikka ruokailutapojaan ja näin tai jotenkin... niin tuleehan siinä semmoinen, että jee, että sain aikaa jotain

Hoitajat ovat havainneet, että hoidon seurannan ja jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että potilaan edistymistä seurataan ohjauksen jälkeen mittauksilla. Mittaukset voivat olla esimerkiksi laboratoriokokeita.

H6H4: Niin tuota, ne ketkä siinä seurannassa, niin on pysynyt. Mutta ne tarvitsevat sen, että se (laboratoriokontrolli) on määrätty sen kolmen kuukauden päästä ja silloin ne tietävät sen ja silloin se jää pysyväksi se tapamuutos.

Hoitajat kokevat väestövastuumallin poistumisen käytöstä heikentäneen hoidon jatkuvuutta ohjauksen osalta. He toivovat potilaille pysyvämpää hoitokontaktia samaan työntekijään ja tuovat ilmi, että asiakkaatkin toivovat pysyvämpää hoitokontaktia samaan hoitajaan ja lääkäriin. Hoitajat pyrkivät turvaamaan jatkuvuutta kertomalla potilaalle oman nimensä ja kehottamalla varaamaan seuraavan ajan juuri hänelle. Toisaalta hoitajat taas kokevat, että jossain tilanteissa on hyvä, että hoitaja välillä vaihtuu. He arvioivat, että toinen hoitaja voi antaa uuden näkökulman potilaan tilanteen ratkaisemiseen ja ohjaamiseen. Potilaan hoidon jatkuvuutta turvattiin tarvittaessa antamalla uusi aika heti ohjauksen lopuksi. Joka tapauksessa hoitajat kuitenkin arvioivat lähes aina kertovansa potilaalle, milloin hänen olisi hyvä ottaa uudelleen yhteyttä tai käydä seurantatutkimuksissa.

5.1.2 Ympäristötekijöiden vaikutus

Henkilöstöresurssit ja työnjako

Hoitajat toivat esille, että vaihtelevan henkilöstötilanteen vuoksi kiireettömään hoitoon jää vähemmän resursseja kuin kiirevastaanottotyöhön. Hoitajat kertovat, etteivät kaikki suunnitellut pitkäaikaissairauksien ohjausajat toteudu, koska he sijaistavat kiireettömästä hoidosta kiirevastaanottoa ja puhelinpalvelua. Hoitajien mukaan mitään sijaisjärjestelmää ei ole, jolla muuten pystyttäisiin äkillisiä poissaoloja sijaistamaan. Tämän vuoksi jo sovittuja ohjausaikoja joudutaan perumaan tai aikoja ei ole antaa. Hoitajat kokevat, että tällä hetkellä organisaation panostus tapahtuu kiireellisen hoidon saatavuuteen. Hoitajien kokevat, että terveyden edistämisen ja kiireettömän hoidon resursseja on vähennetty. Myös työmäärän ja vastuun koetaan lisääntyneen, mutta resursseja ei ole lisätty. Hoitajat kokevat, että työnteon käytännöt muuttuvat nopeatempoisesti ja uuden oppimiseen ei riitä aikaa.

H3H1: Koko ajan tulee lisää, omaishoitajien terveystarkastukset tuli siihen ja et ikään kuin se kaikki uusi mikä tulee ja se laadun, laatutyö se kohdistuu nimenomaan tähän mitä työtä me tehdään, mitä se nyt sitten on täällä. Tämmöistä ei niinkään tuonne päivystyspuolelle, mutta sitten se meidän työpanoksemme vieään sinne ja edelleen oletetaan, että me pystytään, tekemään sitä laadukasta työtä täällä ohjauspuolella. Se ahdistaa, siinä täytyy itse tehdä itselle selväksi, ettei tämä ole minun vikani. Minä joudun laskemaan rimaa ja minun ei tarvitse koko maailmaa pelastaa. Minä teen sen minkä pystyn siinä tilanteessa sen yhden ihmisen kohdalla.

Päivittäiset muutokset työnkuvassa koettiin haasteiksi myös työn sujumuuden kannalta. Jatkuvat työpisteen muutokset myös koetaan raskaiksi ja ne haastavat työssä jaksamista. Tämän he kokevat johtuvan henkilöstöresurssien vähäisyydestä. Hoitajat tekevät paljon työkiertoa eli liikkuvat tarkkailun, päivystävän sairaanhoitajan, puhelinpalvelun ja aluehoitajan työn välillä. He kertovat, että päivystystyötä tekeviä sairaanhoitajia ja pitkäaikaissairauksien ohjauksia tekeviä sairaanhoitajia ei ole nimetty erikseen, vaan kaikki tekevät kaikkea. Hoitajat kokevat, että varsinkin saman päivän sisällä tapahtuva työkierto tai työpisteen vaihto kuormittaa ja heikentää ohjauksen laatua.

H3H3: Tavallaan se oma oppimiskyky ja resurssit, sinun pitää yhtäkkiä hallita työt mitä tehdään kansliassa, mitä sinä et ole tottunut tekemään. Sinun pitää osata asioita, se tuntuu hirveen pahalta tämän ikäisenä ihmisenä olla koko ajan sellaisessa tilanteessa, mitä sinä et halitse. Joudut kyselemään ja se ei ole kivaa. Se olisi kuitenkin, että pitää ajatella laajemmalti. Se työ mitä sinä olet tottunut tekemään, se ohjaustyö, se potilaan kohtaaminen.

Hoitajilla on tiettyjä vastuualueita yksikössään, joiden hoitaminen päivystys tai puhe-
linpäivinä on mahdotonta. Tämän vuoksi hoitajat kertovat varaavansa kiireettömän
hoidon päivistä aikaa näiden vastuualueiden hoitamiseen, mikä vähentää ohjauksiin
käytettävää aikaa. Myös vastuutehtävien hoitaminen vie siis aikaa kiireettömästä
hoidosta.

Työnjaossa lääkärien ja hoitajien kesken nousee myös esiin haasteita. Haastatteluissa
tuli ilmi, että joillain terveysasemilla kiireettömiä lääkärinaikoja ei ollut antaa. Tällöin
lääkärinaikoja korvattiin hoitajan ajoilla ja hoitajat joutuvat konsultoimaan lääkäriä
potilaan tilanteesta, mikä myös lyhentää ohjaukseen käytettävää aikaa. Välillä hoita-
jan ja lääkärin työssä oli päällekkäisyyttä. Hoitajat kokevat, ettei yhteistyö kaikkien
lääkäreiden kanssa ole sujuvaa, mikä heikentää työnjaon onnistumista.

Myös väestövastuujärjestelmän ja aluehoitajuusmallin purkaminen on hoitajien mu-
kaan vaikuttanut työnjaon kautta potilasohjaukseen. Hoitajat kokevat, että heillä ei
ole enää mahdollisuutta ohjata samoja tuttuja potilaita tai mahdollisuutta vaikuttaa
siihen kenelle potilaan seuraava ohjausaika annetaan. Potilaita tulee koko terveys-
aseman laajalta alueelta kaikille hoitajille.

Tilat, materiaalit ja välineet

Hoitajat kertovat olevansa tyytyväisiä ohjaukseen varattuihin tiloihin ja työhuonei-
siinsa. Ryhmätiloja kaivataan enemmän. Työrauha toteutuu osassa paikoista ja näissä
yksiköissä työympäristö koetaan rauhalliseksi, eikä keskeytyksiä juuri tule. Osassa yk-
siköitä taas koetaan ulkopuolelta tulevan häiriötä ja keskeytyksiä. Muutamat hoita-
jat kertovat työhuoneensa sijainnin olevan sellaisella paikalla, että keskeytyksiä tulee
kesken ohjauksien. Ohjaustilanteiden rauhoittamiseksi on kehitelty keinoja, esimer-
kiksi Ei saa häiritä-lappuja oven ulkopuolelle.

Ohjauksen välineistöä on hoitajien mukaan käytettävissä kohtuullisesti. Välineiden koettiin olevan myös helposti saatavilla. Kirjallisen materiaalin osalta koettiin olevan puutteita potilaalle jaettavista materiaaleista. Selkeää suunnitelmaa siitä, kuka kirjallisen materiaalin tai demonstraatiovälineiden hankinnasta vastaa ei ole. Hoitajat kertovat, että se, joka huomaa jotakin puuttuvan tilaa tuotteen, esimerkiksi plaseboinhalattoreita lääkettä valmistavalta yritykseltä. Hoitajat myös kertovat, että suunnitelmaa siitä, mitä ohjausmateriaalia olisi hyvä käyttää missäkin ohjauksessa ei ole, vaan jokainen saa valita materiaalin omin mieltymystensä ja potilaan tarpeiden mukaan.

Osaamisen hyödyntäminen ja koulutus

Hoitajat kokevat, ettei hoitohenkilökunnan osaamista hyödynnetä tarkoituksenmukaisesti. He kertovat, että erityisosaamisalueita tai koulutuksia ei huomioida työnjaoissa heidän mielestään tarpeeksi. Osaamisen tai tiedon jakamaista esim. koulutusten jälkeen ei juurikaan enää tapahdu. Aikaisemmin koulutuspalautteita käytiin läpi enemmän aamupalavereissa. Sairaanhoidajien mielestä lääkkeenmääräämisen erityispätevyyden (LMEP) omaavien hoitajien osaamista ei ole hyödynnetty pitkäaikais-sairauksien osalta tarpeeksi. Nykykäytännössä LMEP hoitajat toimivat pääsääntöisesti päivystyksellisissä tehtävissä.

H1H4: Niin tota niin, että myös sitten hyödynnettäisi näitä lääkkeenmääräämishoitajia siinä pitkäaikais-sairauksien seurannoissa ja me voitais sitten esimerkiksi lääkärin vuosikontrolleja vähentää. Et tavallaan se olisi myös sitten, et lääkäriä esimerkiksi käytettäisiin konsultoiden siinä tilanteessa vaan, jos olisi esimerkiksi tai, että käytettäisiin työntekijöitä tarkoituksenmukaisesti ja heidän ammattitaitonsa mukaisesti.

Sairaanhoidajien ohjaukoulutustaustat vaihtelivat suuresti. Muutamia sairaanhoidajia oli kouluttautunut omaehtoisesti esimerkiksi YAMK-opinnoissa potilasohjaukseen, mutta pääsääntöisesti sairaanhoidajilla on vain ohjaukoulutus, joka on sisältänyt sairaanhoidajan peruskoulutukseen. Varsinaista ohjaukseen keskittyvää koulutusta ei hoitajien mukaan ole ollut paljoa tarjolla. Organisaation omiin koulutuksiin eivät kaikki olleet päässeet osallistumaan.

Osa vastaavasti kokee, että ohjauskoulutukset on nostettu tärkeäksi asiaksi. Tiedetään, että sairaanhoitopiirillä on potilasohjauskoulutusta, johon on tarjottu mahdollisuutta osallistua. Osa hoitajista kokee tämänhetkisen koulutuksensa ohjaustyön kannalta riittämättömäksi ja että lisäkoulutuksiin ei pääse. Hoitajat suhtautuvat positiivisesti lisäkoulutuksiin ja oman osaamisen päivittämiseen.

H3H3: Joo, minä ilmoittauduin sinne ohjaajakoulutukseen. Koin, että mulla on niin iänikuiset taidot ohjaamisesta. Minä nyt ilmoittauduin sinne. Kesän aikana päätetään, ketä sinne otetaan. Esimies sanoi, että saa lähteä. Minä koen tarvetta siihen päivitykseen. H3H1: Se on ensimmäinen minun työhistoriani aikana tuollainen koulutus. Esimies jakoi sen sähköpostilla. Se oli monen opintopisteen.

5.1.3 Ohjausmenetelmät

Kirjallinen ohjaus

Hoitajat käyttävät mielellään kirjallista materiaalia ohjauksessa. He kuitenkin kokevat sitä olevan liian vähän käytettävissä ja toivovat erityisesti potilaille jaettavaa materiaalia lisää. Hoitajat kertovat valitsevansa ohjausmateriaalit itse ja usein materiaalin valintaan vaikuttavat asiakkaan tarpeet. Materiaalin valinnassa hoitajat pyrkivät huomioimaan asiakkaan taustatekijöitä. Materiaaleja hoitajat tilasivat potilasjärjestöltä ja lisäksi oli käytössä myös kaupungin omia ohjausmateriaaleja. Kirjallista materiaalin avulla tehdään myös palvelunohjausta.

Pitkäaikaissairaille on olemassa omahoitolomake, joka olisi tarkoitus tuoda täytettynä vastaanotolle. Hoitajat kokevat, että esitietokaavake ja omahoitolomake menetelminä auttavat kohdistamaan ohjausta oikeisiin asioihin ja tunnistamaan potilaan tarpeita. Omahoitolomaketta ei kuitenkaan käytettä siinä laajuudessa kuin se olisi mahdollista.

H2H2 -- Työttömien terveystarkastuksiin tulee asiakas ja hän täyttänyt esitietokaavakkeen ja siellä on ihana kohta, että mistä sinä haluaisit keskustella tässä terveystarkastuksessa. Siihen on kuitenkin varattu se aika ja kun katsoo sen, eikä lähde suorittamaan kaikkea sitä mitä pitäisi tehdä. Se jotenkin ohjautuu paremmin. Minä liputtaisin vanhana konkarina sen puolesta, että koskaan en voi enempää ajatella ohjauksen onnistumista, jos se ei lähde ihmisen tarpeesta.

Audiovisuaalinen ohjaus ja internetpohjaiset sivustot

Hoitajat kertovat suhtautuvansa positiivisesti internetsivustoihin, joita voisi käyttää ohjauksen tukena. He kuitenkin kokevat, että eivät ehdi perehtymään sivustoihin tarpeeksi ottaakseen niitä käyttöön vastaanotolla. Hoitajat kertovat suositteluvansa potilaille internetsivustoja, mutta vaikuttaa siltä, että niitä käytetään harvoin ohjaustilanteissa.

Potilaita ohjataan muun muassa tutustumaan Hyvis- palvelun internetsivuihin, Terveyskylän eri taloihin, Diabetesliiton sivuille ja Allergia- ja astmaliiton internetsivuille. Osa hoitajista tutustuu sivustoihin vastaanotolla yhdessä potilaan kanssa. Hoitajat kuitenkin kokevat sivujen käytössä epävarmuutta, koska eivät itse ole ehtineet perehtymään internetlähteisiin edeltävästi kiireen vuoksi.

Hoitajat käyttävät ohjauksen apuna internetpohjaisia videoita myös ohjaustilanteissa. Videoita hyödynnettiin vaihtelevasti, osalle niiden käyttö oli tuttua ja osa ei käyttänyt niitä lainkaan työssään. Videoita käytettiin esimerkiksi lääkkeenottotekniikan, pistotekniikan, sydämen toiminnan ja eteisvärinän ohjaamisessa.

H1H4: Astmasta on hirveen hyviä videoita just lääkkeenottotekniikasta olemassa. Sydän asioissa käytän monesti tuota sellaista, missä sairaudesta kerrotaan, että missä...mikä sydän on ja millä tavalla se toimii. Jos on ollut sydäninfarkti, niin sieltä löytyy KYSSin alueelta hyviä ohjausmateriaaleja.

Videoita hoitajat etsivät apteekkien, sairaanhoitopiirien ja lääkefirmojen sivuilta. Myös YouTube-videopalvelusta löytyviä ohjevideoita hyödynnetään. Internetpohjaisilla videoilla korvataan lääkehoidon ohjauksessa demonstraatiota. Toiset hoitajat kokevat aikataulunsa niin kiireiseksi, että heillä ei ole aikaa perehtyä tai etsiä sopivia videomateriaaleja.

Hoitajat käyttävät kuvia ohjauksen havainnollistamisessa. Kuvia käytetään erityisesti ruokavalio ohjauksessa. Niillä havainnollistetaan eri ruoka-aineista esimerkiksi sokeirin tai rasvan määrää. Kuvilla pyritään herättelemään asiakasta ruokavalio muutokseen. Hoitajat kokevat kuvien käytön voimakkaammaksi ohjauskeinoksi kuin puheen.

H2H2: Kyllä se ohjaaminen on muuttunut paljon, että niin kuin varmaan itseni kohdalla, niin huomattavasti vähemmän puhun, kuin aikaisemmin. Aikaisemmin kaatoi kaiken tiedon siinä 45 min sen reppanan niskaan, ja sitten oletti, että tästä se homma hoituu. Vähentynyt ihan hirveästi, mä käytän niitä virikekuvia paljon, diabetesliiton rasva-, maito-, karkki-, pasta- ja kalorikuvioita. Jotenkin minusta ne puhuttelevat.

Demonstraatio

Hoitajat käyttävät ohjauksessa demonstraatiota ja sen koetaan parantavan potilasturvallisuutta. Demonstraatiota hyödynnetään erityisesti lääkehoidon ohjauksessa. Esimerkiksi astmalääkkeen inhalaatiotekniikka usein havainnollisestaan demonstraatiolla. Demonstraatiota käytetään myös erilaisten kotiseurantojen ohjauksessa ja muussa lääkehoidon ohjauksessa. Hoitajat kokivat, että demonstraatioon tarvittavia välineitä on tarpeeksi saatavilla. Jotkut hoitajista korvasivat demonstraation audiovisuaalisella ohjauksella esimerkiksi videon avulla.

H1H1: --- Toisaalta on myös tiettyjä juttuja... joissakin jutuissa on ihan se potilasturvallisuus. Mieltii nyt, jos kävisi insuliinin pisto ohjauksessa. Kyllähän siinä tietyt asiat katsotaan, että se potilasturvallisuus. Koska eihän sillä potilaalla välttämättä itsellään ole vielä tietoa, jos se on vaikka uusi sairaus, että mitkä tässä asiassa on nyt oleellisia.

Laskurit ja testit

Ohjauksen tukena käytetään tutkittuun tietoon pohjautuvia laskureita, kuten FINRISKI tai SCORE-laskureita, jolla arvioidaan potilaan riskiä sairastua vakavasti. Mitareilla myös konkretisoidaan kokonaisriskin muutosta, jos joku riskitekijöistä jää pois tai pienenee. Ne konkretisoivat testaajalle, kuinka elämäntapamuutokset vaikuttavat sairastumisriskiin. Hoitajilla on tiedossa paljon ohjauksen menetelmiä ja apuvälineitä, kuten erilaisia testejä, laskureita, mutta vaikuttaa siltä, että kaikki eivät hyödynnä niitä ohjauksessa.

H1H1 Se on ihan älyttömän hyvä, kun saat näytettyä suoraan potilaalle. Käytänhän minä visuaalisia ---. Hirveen monen kanssa näytän ne tolpat sieltä ja näytin esimerkiksi katsokaapa mitä käy näille (riskeille), jos otetaan, että työ lopetatte tupakoinnin.

Palveluohjaus

Hoitajat kokevat, että laaja moniammatillinen palveluvalikoima jakaa työkuormaa ja palveluohjausta pidetään tärkeänä. Yhteistyötä tehdään eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. Hoitajat pitävät henkilökunnan palveluvalikoiman tuntemusta tärkeänä asiana. Palveluohjausta tehdään vastaanotoilla ja puhelimesa runsaasti oman organisaation palveluvalikoiman sisällä ja myös organisaatorajojen yli. Hoitajat tunnistavat omaan palveluvalikoimaan kuuluvan päihdehoitajan, psykologin, fysioterapian, kuntoneuvojan, ravitsemusterapeutin, jalkaterapeutin sekä ryhmätoiminnan.

Palveluohjausta tehdään myös kolmannelle sektorille, esimerkiksi muistiyhdistyksen, eläkejärjestöihin ja muihin potilasjärjestöihin. Ryhmäohjausta hyödynnetään silloin, kun se on järkevää ja mahdollista. Hoitajat kokevat, että kaikki potilaat eivät hyödy ryhmäohjauksesta.

Tiedon löytäminen oman organisaation ulkopuolisista palveluista koetaan vaikeaksi. Jotta palveluvalikoima tulisi tutuksi, hoitajat toivovat enemmän yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa. Kolmannen sektorin toimijoista toivotaan päivittyvää ajantasaista tietoa.

H1H1: Kyllä minä ainakin toivoisin näistä järjestöistä jotain sellaista selkeää. Selkeää, jossa ne olisivat yhdessä paikassa ja mihin ne, vaikka päivittyisi. Silloin se olisi niin, että klikkaat sen sivun auki ja sitten näet esimerkiksi, että mitä on astmayhdistyksellä tai hengitysliitolla ja minkälaisia tulee. Nyt se on niin, että sitten googletat ja haet niitä sieltä erillisiltä (sivuilta). Se olisi aivan upeaa minun mielestäni, jos meillä olisi joku sellainen. En mä edes tiedä kuka sitä pystyisi, mutta jos aina se järjestö kävisi siellä päivittämässä. Että se ei olisi yhden ihmisen kontolla, vaan jokaisen järjestön.

Puhelinohjaus

Ohjaukseyntejä korvataan joillain terveysasemilla paljon puhelinohjauksella ja tämän jälkeen vastaanottoaika ohjaukseen tai lääkärinkontrolliin saattaa tulla vasta vuoden päästä. Puhelinohjausta käytetään, mutta hoitajat kokevat, että puhelinajat ovat riittämättömän mittaisia ja kirjaaminen vie suuren osan ajasta. Yksilöohjausta täydennetään paljon puhelinkontakteilla ja ohjauksen seuranta saattaa tapahtua puhelinajan

avulla. Ohjausta seuraava kontakti voi siis olla myös puhelinkontakti. Hoitajat kertovat, että aina puhelinohjaus ei riitä, vaan potilas on kutsuttava vastaanotolle erilaisia klinisiä tutkimuksia varten.

5.2 Hyödynnetyt potilasohjauksen mallit ja lähestymistavat

Motivoiva haastattelu ja muutosvaihemalli

Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat tunnistivat heikosti erilaisia ohjaustekniikoita eli ohjauksen malleja ja lähestymistapoja. Tämän vuoksi he eivät myöskään kokeneet osaavansa aktiivisesti hyödyntää niitä ohjauksessa tai ohjauksen suunnittelussa. Hoitajat tunnistivat kuitenkin yleisimpiä ohjausmalleja nimeltä ja haastatteluaineistosta on tunnistettavissa ohjaustekniikoita, jotka liittyvät tiettyyn malliin tai lähestymistapaan. Keskustelussa nimeltä esiin nousseista malleja olivat muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu sekä voimavaralähtöinen ohjaus. Näihin kaikkiin viittaavista tekniikoista ja niiden käytöstä löytyy viitteitä haastateltujen kertomuksista.

Osa hoitajista oli käynyt motivoivasta haastattelusta lisäkoulutuksen. Koulutuksesta huolimatta mallin käyttö ei ollut siirtynyt aktiiviseksi osaksi ohjaustyötä. Osa kertoo käyttävänsä motivoivaa haastattelua ohjauksessa, mutta sen käyttö ei ollut tietoista vaan he arvelivat sen vaikuttavan enemmänkin taustalla ohjauksen kulkuun. Osa taas epäili, ettei edes tällaista taustavaikutusta olisi olemassa.

Sairaanhoitajat kertovat pyrkivänsä motivoimaan pitkäaikaissairaita omahoitoon. Potilasta pyritään kannustamaan muutospuheeseen. Usein ohjaaminen onkin herättelyä asenteen muutokseen ja hoitajat tunnistavat tämän valmentavan roolinsa. Hoitajat kokevat, että potilasta ei kannata ohjata tekemään liian suuria muutoksia kerralla, vaan on parempi sitouttaa potilaita omahoitoon pienin askelin. Hoitajat pyrkivät auttamaan potilasta itse valitsemaan realistisia tavoitteita ja pyrkivät tukemaan tavoitteisiin sitoutumista. Ohjaus koetaan onnistuneeksi, kun potilas itse sanoo ääneen, mitä hänen nyt pitää tehdä saavuttaakseen tavoitteensa (muutospuhe).

H5H3: Se on ihan totta, että sitten jos potilas ajattelee, että koko maailma täytyy myllätä uudestaan. Ikinä et voi enää sitä pullaa

syödä, niin se ei onnistu kerrasta. Että kyllä sen täytyy niitä pieniä muutoksia olla, mitkä johtavat niihin isoihin asioihin, että... Se alkuinnostus ja se totaalimylläys voi kestää viikon tai kuukauden, mutta sitten se valuu tosi nopeasti siihen samaan vanhaan tuttuun.

H4H2: Ja ne keinot. Että kun ei se itseksensä se paino putoa, että mitä sinä ajattelit nyt tehdä. Et hän itse luettelee ne (keinot).

Haastattelusta nousee esiin, että asiakkailla on tietoa mitä tehdä, mutta usein puuttuu motivaatio tehdä elämäntapamuutos. Hoitajat eivät kuitenkaan osaa eritellä keinoja, joilla voisivat tukea enemmän omahoitoon sitoutumista. Hoitajat kertoivat kokevansa työnsä turhaksi, jos potilas ei ole itse valmis muutokseen ohjauksesta huolimatta. Osa kokee jopa koko ohjauksen turhaksi, jos potilas ei vaikuttanut motivoituneelta tullessaan ohjaukseen. Hoitajat myös kertoivat havainneensa, ettei asioista paasaaminen ja pelkkä tiedon antaminen johda pysyvään muutokseen, vaan tarvitaan asiakkaan osallistamista muutokseen.

H6H3: Minä sanoisin, että niillä on kaikki tieto taito näihin asioihin. Se miten me saadaan tai kuka saa sen potilaan korvien väliin sen ajatuksen myytyä, niin se on sitten aika fakiiri.

Omahoitoon sitouuttavina keinoina nähtiin laboratoriokontrollit. Hoitajat kokivat, että 3 kk kuluttua ohjauksesta määrätyt laboratoriokokeet kannustavat potilasta ylläpitämään elämäntapamuutosta. Hoitajat ymmärtävät, että kunnallisella terveydenhuollolla ei ole antaa resursseja jokaisen potilaan edistymisen seuraamiseen, joten potilaita tulee itse vastuuttaa omasta hoidostaan.

Hoitajat kertovat huomanneensa, että potilaan osaamisen varmistaminen esimerkiksi lääkkeenottotekniikan osalta tukee omahoitoon sitoutumista. Näin ollen demonstraatiota käytetään omahoidon taitojen varmistamiseen lääkehoidossa. Asiakkaille korostetaan, että voivat itse ottaa yhteyttä terveysasemalle, jos he kokevat tarvitsevänsä vielä kertausta asioissa. Hoitajat näkevät, että elämäntapamuutoksen onnistumiseen tarvitaan useamman kerran asian läpi käymistä.

Muutosvaihemallin osa muistaa hoitosuunnitelmien fraasistosta, mutta myönsivät etteivät käyttä sitä ohjauksessa säännöllisesti. Siksi hoitosuunnitelmiin ei kirjata missä vaiheessa muutosvaihemallia potilas on menossa, vaikka se ohjataan kirjamaan fraasistossa. Hoitajat kertovat kuitenkin motivoivien kysymysten asetellussa pohtivansa usein muutosvaihemallin vaiheita. Muutosvaihemallikin vaikuttaa toimivan ohjauksen taustalla, vaikkei sitä selkeästi tunnistetakaan ja osa jopa tämän taustavaikutuksen kieltää.

H3H3: Meillä oli se motivoivahaastattelua, muistatteko?

H3H1: Ja muutosvaihemalli? Ei se kyllä mulla aktiivisesti missään taustalla ole. Valitettavasti, vaikka varmaan voisi olla, mutta täytyy sanoa suoraan, ettei kyllä ole. Kyllähän siellä fraasistossa lukee, että annetaan ohjausta muutosvaihemallin mukaisesti seuraavista aiheista. Siellähän on...valtimotautipotilaiden kohdalla. H3H3: Muistatteko että siellä ohjauksessa on se, että missä vaiheessa se tosiaan se potilas on, onko se harkintavaiheessa vai toteutusvaiheessa, että en mä kyllä minun ohjauksissani niitä mieti.

Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ohjaus

Joillain terveysasemilla hoitajat kokivat, että osa asiakkaista tarvitsee erityisen paljon tukea. Hoitajat kokivat, että tällaisten potilaiden voimavarat eivät riitä aktiiviseen omahoitoon tai itsestä huolehtimiseen. He käyttivät käsitettä ”potilaan kannattelu”. Käsitteellä he tarkoittivat, että potilaat tarvitsevat erityisen paljon tukea ja motivointia omasta hoidosta selviytymiseen.

H1H2: Että kyllä meillä täällä on hirveän paljon, että meidän roolimme ovat sellaisia aika voimakkaitakin niistä ohjaustilanteissa. Että autetaan ja kannatellaan ja uskotaan, ja luodaan uskoa pystyvyyteen.

Haastatteluisissa käy ilmi, että hoitajat pyrkivät tunnistamaan ihmisen voimavaroja ja suhteuttavat ohjauksen intensiteetin ja tavoitteiden asettelun niihin. He myös konkreettisesti tunnistavat, että esimerkiksi kriisitilanteessa ohjausta ei ole järkevää antaa, koska potilaan voimavarat eivät tällöin riitä omahoitoon.

H4H1: Ja kyllähän siellä elämäntilanteet vaihtelevat. Ja vähän täytyy sitäkin sitten katsoa, että jos siinä jotenkin aistii tai tulee esille, et on ollut jotain surua tai vastaavaa, niin kyllä se melkein sitten parempi on, että varataan uusi aika. Ja et käydään ehkä se asia siinä läpi, mikä päällimmäisenä on. Että niitä tulee kyllä joskus, et just on joku omainen kuollut tai vaikka läheisen sairastuminen tai tällainen, niin kyllä siinä sitten kannattaa varata uusia aika.

Konstruktivistinen ohjaus

Konstruktivistisesta ohjauksesta ei suoraan löydy viitteitä tutkimusaineistosta. Sen hyödyntämiseen saattaa viitata se, että ohjaukset rakentuvat potilaan edellisten käyntitietojen ja siellä asetettujen tavoitteiden pohjalta. Ohjausta siis jatketaan siitä, mihin edellisellä kerralla oli jääty, eikä kaikkea aloiteta aina alusta. Tähän tieteen filosofiaan liittyy selkeästi potilaan näkeminen ohjauksessa aktiivisena oppijana ja ohjauksen näkeminen oppimistilanteena. Ohjaajan roolina on auttaa potilasta viemään oppimansa tieto osaksi omaa elämäänsä ja hyväksymään sairautensa osaksi omaa elinympäristöään ja elämäntapaansa.

3H1: Siinä on varmaan se, kuinka hyvin työntekijänä pystyy perustelemaan niitä asioita. Tuomaan sille potilaalle sellaisella kielellä ne asiat, että se ymmärtää, että minkä takia hän tekisi elämässään näin. Joskus huomaa, kun jaksaa selittää, että mitä se tarkoittaa, ja kun ne ei ne kuitenkaan aina tiedä. Mitä se tarkoittaa sinun terveydellesi, kun kolesterolit ovat koholla, mitä se tekee, kun sinun verensokerit pyörii koko ajan koholla, mitä se tekee sinun elimistölle. Sitä kautta, sen ymmärtämisen kautta. Niin monesti sitten huomaa, että se valkenee sille potilaallekin, että näin.

5.2.1 Oppimis- ja ohjaustyyli

Oppimistyyli

Hoitajat kertovat, että uuden potilaan kanssa ensimmäinen käynti menee tutustuessa, ja pohtiessa miten häntä tulisi ohjata. Hoitajat eivät kysy potilaalta suoraan, miten he oppisivat parhaiten tai mitä ohjausmenetelmiä he toivoisivat käytettävän, vaan luottavat omaan "intuitioon" siitä, mikä olisi potilaalle paras tapa ymmärtää. Osa hoitajista kuitenkin myönsi ohjaavansa samalla kaavalla jokaista potilasta ja että he eivät mieti millaisesta ohjauksesta potilas hyötyisi.

Tutkimusmateriaalista löytyy viitteitä siitä, että kinesteettistä oppimistyyliä tuetaan ohjauksissa. Useissa tilanteissa hoitajat näkevät potilaan itse tekemisen oppimista edistävänä ja sen uskotaan parantavan tiedon sisäistämistä. Esimerkiksi verensokerin mittaamisessa hyödynnetään sitä, että potilas itse mittaa demonstraation jälkeen oman verensokerinsa. Hoitajat kokevat, että tekemällä oppiminen vaatii potilaalta useita toistoja ja vie paljon aikaa.

Myös visuaalisesti oppivan tukemisesta löytyy viitteitä ohjausmateriaalista, sillä hoitajat kertovat käyttävänsä kuvia usein pitkäaikaissairaiden elintapaohjauksissa. Niillä havainnollistetaan pitkäaikaissairaiden vaikutuksia elimistössä ja elimistön toimintaa sekä elämäntapamuutosta. Kuvia käytetään esimerkiksi havainnollistamana ravitsemuksen sisältöä ja muutosta. Lisäksi osa hoitajista kertoo hyödyntävänsä internetlähteistä kuva ja videomateriaalia.

Auditiivinen oppija vaikuttaa saavan eniten tukea oppimiselleen ohjauksessa, koska ohjaus perustuu keskusteluun ja vuorovaikutukseen. Toisaalta hoitajat kertovat pyrkivänsä kuuntelemaan enemmän, mutta tilanteissa, joissa potilas ei kykene ylläpitämään vuorovaikutusta hoitajat myös kertovat ottavansa vahvemman roolin ja antavansa tietoa sekä puhuvansa enemmän.

Ohjaustyyli

Hoitajat kertoivat, että eivät ole juurikaan miettineet omaa ohjaustyyliään. Viitteitä eri ohjaustyylien käytöstä ohjaustilanteissa nousee kuitenkin selkeästi esiin tutkimus-

aineistosta. Katalysoiva ohjaustyyli vaikuttaa olevan eniten käytetty. Hoitajat kertovat pyrkivänsä tukemaan potilaan omaa päätöksentekoa ja saamaan hänet itse miettimään mitä hän olisi valmis terveytensä eteen tekemään. Hoitajat pyrkivät auttamaan ajatteluprosessissa ja saamaan aikaan muutospuhetta.

H1H2: ---Eihän kaikki meidän potilaamme ole semmoisia, että ne osavat esimerkiksi. Kyllähän me ollaan hirveän paljon kättilöitä, jotka autetaan ihmisiä synnyttämään itse niitä omia ajatuksia ja onhan meillä ammatin puolesta jo valmiuksia viedä keskustelua eteenpäin. Että me tavallaan sen vuorovaikutuksen avulla rakennetaan yhteistä ymmärrystä ja me saataisiin selkoa siitä, että mihinkä se meidän ohjaamisemme... että me rakennettaisiin se yhteinen ymmärrys asiasta.

Konfrontoivan ohjaustyylin käyttö nousee myös esiin tutkimusaineistosta. Tiedon antaminen ja asioiden selittäminen lisää omaan hoitoon sitoutumista. Hoitajat kertovat antavansa potilaille tietoa sairaudesta ja sen etenemisestä sekä ennusteesta myös silloin, kun potilas kieltäytyy elämäntapamuutoksesta tai jopa pitkäaikaissairautensa lääkähoidosta. Tutkimusaineistossa hoitajat puhuvat herättelystä ja pelottelusta, kun arvioidaan, että potilaalla on tietoa, miten pitäisi elää ja syödä, mutta motivaatio elämäntapamuutoksen puuttuu. Herättelyssä myös käytetään SCORE- ja FINRISKI-laskureita ja niiden antamien korkeiden prosenttien toivotaan saavan asiakkaan ymmärtämään, että muutos elämäntapoihin on välttämätön ja hänen parhaakseen.

5H3: Kyllä minä ainakin käytän (riskipistelaskureita) ja se on monesti niin kun se kova fakta sitten, kun näkee ne lukemat.

H5H3: Score. Sinne kun pistää, niin se on monesti sellainen, että se herättää. Se ei ole vaan sitten semmoinen, että tuo ihminen nyt vaan tuossa puhuu näitä höpöjä ja uhkailee.

Hoitajat kertovat, että he joutuvat usein hyväksymään myös kompromisseja potilaan hoidossa. Tämä korostuu silloin, kun potilas käyttää itsemääräämisoikeuttaan eikä esimerkiksi ole halukas elämäntapamuutokseen tai suostu ottamaan vastaan lääkettä. Vaikka he antavat tietoa potilaalle tämän päätöksen tueksi, hoitajat ovat kuitenkin valmiita hyväksymään potilaan päätöksen ja tukemaan häntä niissä osa-alueissa, joilla hän on valmiimpi muutokseen tai saanut jo muutoksen aikaan. Tämä viittaa hyväksyvän ohjaustyylin käyttöön potilasohjauksessa.

H1H2: Kyllähän me hyväksymme kompromisseja. Että se, itse asiassa se on oikeastaan hoitajalle ja lääkärille hirveän tärkeää tehdä kompromisseja. Meillä on tällaisia ja tällaisia asioita, sitten että.... H1H3: Ja me ei vaan voida tehdä tiettyjä asioita potilaan puolesta...

Määräävän ohjaustyylin käyttöä ei tutkimusaineistosta ole havaittavissa. Hoitaja saattaa ehdottaa potilaalle jotain elämäntapamuutosta tai toimenpidettä ohjauksen aikana, mutta lopullinen päätös vaikuttaa aina olevan potilaan. Hoitajat myös kokevat, että ei ole heidän tehtävänsä määrätä potilasta tekemään jotain, vaan tämä itse päättää mihin on valmis. Toisaalta tavoitteiden asettelussa käy ilmi tavoitteiden asettamista mittaustuloksille, joiden tavoitearvot voivat olla ennalta määrättyjä esimerkiksi erilaisten suositusten mukaan.

5.2.2 Vuorovaikutus ja roolit

Hoitajat kertovat, että ohjaustilanteessa sairaanhoitaja ohjailee vuorovaikutusta ja pyrkii aktiivisesti rakentamaan potilaan kanssa yhteistä ymmärrystä käsiteltävästä asiasta. Sairaanhoitaja tunnistaa vuorovaikutuksen avulla ohjauksen tarpeita. Hoitajat kertovat pyrkivänsä välttämään autoritäärisyyttä, mutta tunnistavat että vuorovaikutuskin on yksilöllistä. Hoitajat kokevat, että hyvä vuorovaikutus on avainasemassa hoitoon sitoutumisessa ja luottamuksen syntymisessä. He kertovat, että usein heidän on pystyttävä hyväksymään kompromisseja, jotta saisivat pidettyä vuorovaikutusta yllä.

H5H1: Eikä se toimi, et sää vaan paasaat nämä asiat, että nyt sinun pitää tehdä näin. Ei se ole ohjausta, että ainuttakaan ohjausta en ole tehnyt sillä tavalla. Vaan lähetään siitä, että katsotaan mikä sinun tilanteesi on ja miltä se minun silmissäni näyttää ja mitä olet itse valmis tekemään. Minun mielestäni se ihmisen osallistaminen on kuitenkin se tärkein, kun ei meillä ole resursseja siihen, et me seurataan säännöllisesti häntä, vaan se pitää lähteä hänestä itsestään, että miten me löydetään niitä keinoja, että miten motivoidaan.

Hoitajat tunnistavat erilaisia rooleja hoitajan ja potilaan välillä. Hoitajien pyrkimys on tasavertaisuuteen potilaan kanssa ja he kokevat sen hyväksi lähtökohdaksi. Hoitajat kuitenkin kertovat, että roolit vaihtelevat. Tutkimusaineistossa käy ilmi, että hoitajat

pyrkivät aktiivisesti kuuntelemaan enemmän ja puhumaan vähemmän. Hoitajat kertovat, että ohjausuransa alkuvaiheessa he olivat itse enemmän äänessä ohjaustilanteissa kuin kokemuksen kartuttua.

Sairaanhoitajat tiedostavat vuorovaikutusroolien vaihtelun riippuvan myös potilaan voimavaroista ja taustatekijöistä. Vuorovaikutus asiakkaan ja hoitajan välillä riippuu hoitajien mukaan asiakkaan tarpeista ja taustatekijöistä kuten iästä, kielestä ja kulttuurista. Hoitajat kokevat, että vuorovaikutus on erilaista ja syvempää, jos potilas on käynyt aikaisemmin saman ihmisen vastaanotolla. Hoitajat kertovat, että jotkut potilaat tarvitsevat enemmän kannattelua. Hoitajat kuvaavat vuorovaikutuksellista kannattelua tarvittavan silloin, kun potilaan oppimisessa on haasteita. Hoitajat kokevat tällöin velvollisuudekseen kannatella potilasta ja auttaa häntä pikkuhiljaa oppimaan asioita useammalla kontaktilla.

H1H2: --- Tällä alueella meillä ainakin on hyvin paljon sitä, että kannatellaan. Meidän tavoitteemme ei ole niin korkealla, että ihmiset itse oppisivat kaikkea. Vaan meidän täytyy tehdä kompromisseja. Kaikki eivät pysty kaikkeen. Kyllä me ollaan hoitajat täällä sellaisia kannattelijoita. Se liittyy minun mielestäni hirveän tärkeänä asiana siihen ohjaamiseen, että on pystytty oivaltamaan asioita. Kaikki ei opi ja ole meistä riippumattomia vaan ovat meistä riippuvaisia. Ja me ei hylätä niitä ihmisiä, vaan kannatellaan ja se ohjaus on erilaisia niissä tilanteissa.

Hoitajat kertovat, että kiire vaikuttaa potilaan kohtaamiseen. He kokevat, että keskittyminen vuorovaikutukseen heikkenee, jos mielessä on muita asioita. Vuorovaikutukseen koetaan vaikuttavan myös sen, että hoitajan on pyrittävä pysymään ohjaukseen varatussa aikaikkunassa. Lisäksi potilaan oma motivaatio vaikuttaa myös vuorovaikutukseen joko heikentävästi tai syventävästi. Sairaanhoitajat myös kertovat havainnoivansa ja tukevansa potilaiden tunteita ohjauksessa. Esimerkkeinä he kertovat tilanteista, joissa potilas on surun tai muun tunnekuohun vallassa ja pitkäaikaissairauden sijaan ohjauksessa keskitytään potilaan tilanteeseen. Ohjausta varten pyritään tällöin varaamaan uusi aika.

5.2.3 Asiakslähtöisyys sekä taustatekijät

Asiakslähtöisyys

Hoitajat kertovat, että asiakas ja hänen yksilöllinen tilanteensa ja ohjaustarpeensa on aina ohjauksen lähtökohta. Potilaat ohjautuvat ohjaustilanteisiin hoidon tarpeen arvioinnin kautta usein puhelimitse. Elämäntapaohjauksissa pyritään suosimaan ryhmäohjauksia, mutta yksilöllisesti ja asiakslähtöisesti pyritään tunnistamana ne potilaat, jotka tarvitsevat ja hyötyvät enemmän yksilöohjauksesta.

Ohjaukseen lähtökohtina vastaanotolla toimivat myös potilaan yksilölliset taustatekijät ja sen hetkinen elämäntilanne. Hoitajat pyrkivät mitoittamaan antamansa ohjauksen ja yhdessä asetettavat tavoitteet potilaan sen hetkisiin voimavaroihin ja hänen aikaisempaan tietoonsa pitkäaikaissairautensa hoidosta.

H5H3: En kyllä ajattele, sillä lailla... et lähinnä ajattelen, kun ihminen tulee sisälle, et millä mielellä se on ja sitten sen mukaa edetään sitä hänen asiaansa. Se on kumminkin aina potilaan vaiva ja sairaus ja hänen elämäänsä. Ja miten hän itse niinkin sitä asiaa haluaa viedä eteenpäin ja minkä verran hänellä on sitä tietoa ja taitoa siinä asiassa. Et vähän niin kun... en ole ajatellut sitä omista lähtökohdistani, vaan se on aina se ihminen, joka tulee sieltä ovesta.

Tutkimusaineistosta löytyy siis viitteitä asiakslähtöisestä yksilöohjauksesta. Hoitajat kertovat, että potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa ohjauksen suunnitteluun ja etene- miseen, jos hän on itse aktiivinen ja osaa sitä ehdottaa. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että potilasta ei aktiivisesti osallisteta ohjauksen sisällön suunnitteluun, aikataulun suunnitteluun tai ohjausmenetelmien valintaan, vaan hoitaja pyrkii tunnistamaan potilaan tarpeita näissä asioissa.

Potilasta pyydetään valmistautumaan ohjaukseen ja toimittamaan mukanaan esitietokaavakkeita tai kotimittauksia, joiden avulla ohjauksessa hoitajien mukaan usein asiakslähtöisesti edetään. Hoitajat kertovat, että potilastietojärjestelmän sairauskohtaiset fraasit toimivat hyvinä muistilistoina ohjauksen aikana, mutta potilaan yksilöllinen tilanne ja ohjauksen tarve ohjaa ohjaustilanteen etenemistä. Kaikkia fraasien kohtia ole hoitajien mielestä järkevää käydä joka potilaan kohdalla läpi, vaan ohjauksessa edetään yksilöllisesti.

Potilaan taustatekijät

Sairaanhoitajat pyrkivät ohjaustilanteissa tunnistamaan potilaan kognitiivisia taitoja ja oppimiseen vaikuttavia taustatekijöitä sekä valitsemaan ohjausmenetelmät niiden mukaisesti. Hoitajat kertoivat kartoittavansa potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ohjaustilanteessa. He huomioivat taustasta nousevat erityistarpeet, jotka vaikuttavat ohjausmenetelmien valintaan, ohjauksen kulkuun, sisältöön ja vuorovaikutukseen ja sitä kautta myös ohjauksen onnistumiseen. Erityistarpeina hoitajat mainitsevat esimerkiksi näön ja kuulon muutokset ja taustatekijöistä nousi esille ikä ja perussairaudet, kuten muistisairaudet ja erilaiset psyykkiset sairaudet.

Hoitajat kertovat pohtivansa ohjauksen aikana mitä tietoa potilas tarvitsee ja osamiettii myös sitä, miten se olisi parasta esittää. He myös pyrkivät selvittämään mitkä ovat potilaan valmiudet käyttää saamaansa tietoa hyväksi omassa hoidossaan. Hoitajat kertovat tämän edesauttavan yhteisen ymmärryksen rakentamisesta ohjaustilanteessa.

Ikä nousi esiin erityisesti ohjausmenetelmän ja materiaalien valinnassa. Hoitajat olivat huomanneet, että iäkkäille kannattaa jakaa kirjallista materiaalia mukaan. Kirjalliseen materiaaliin voi palata kotona. Erityisesti muistisairaille koettiin hyväksi jakaa kirjallisia ohjeita mukaan muistin tueksi. Nuorten kanssa hoitajat taas suosivat enemmän internetsivustoja. Myös heitä, jotka olivat jo itse ottaneet yhteyttä sähköisen palvelun kautta terveysasemalle, ohjattiin herkemmin sähköisten palveluiden käyttöön uudelleenkin. Hoitajat kertovat, että potilas pystyy myös itse vaikuttamaan ohjausmenetelmän valintaan, jos osaa sitä toivoa. Kaikkien potilaiden valmiudet eivät tähän kuitenkaan riitä ja silloin vastuu ohjauksen etenemisestä jää hoitajalle.

H5H3 ---Monesti joudutaan kirjoittamaan potilaalle ihan käsin paperille yksinkertaiset ohjeet ja sitten joskus tulostelen tosiaan HOIYHT-lehteä, että mitä on sovittu ja mitä on suunniteltu. Annan sen muistin tueksi, että jos on muistin kanssa ongelmaa.

H1H3: Niin justinsa, jos vaikka ollut jo Hyviksen kautta meille jo yhteydessä ja on sitä tietoa jo, että se ihminen pystyy sähköisiä palveluita käyttämään. Niin silloin ehkä herkemmin ohjaa vielä sitten niiden käyttöön jatkossakin.

Ohjaajan taustatekijöiden vaikutus ohjaukseen

Sairaanhoitajat kokevat työkierron ja kiireen heikentävän heidän ohjausmotivaatioitaan. Heidän mukaansa työkierto heikentää ohjaustaitoja ja sitä kautta myös ohjauksen laatua. Lisäksi hoitajat kertoivat omaan ohjausmotivaatioonsa vaikuttavan siihen kuinka motivoitunut potilas vaikuttaa olevan. Hoitajat kokevat, että motivoituneelle potilaalle on helpompi antaa ohjausta.

H6H1: Minä ainakin koen sen, että kun on monessa pisteessä ja sitten kun pitäisi tietää monestakin asiasta. Teen sekä tuota päivystysvastuutaanottoa, että näitä pitkäaikaissairaita. Jotta laatu ja ammattitaito säilyy, pitäisi saada keskittyä yhteen asiaan. Mutta kun pitää tietää kaikesta kaikki, ei niin kuin pysty. Ja oma motivaatio ei aina ole kohdillaan, kun joutuu tekemään kaikkea muutakin.

Myös hoitajien omat mieltymykset vaikuttavat ohjauksen kulkuun. Haastatteluista käy ilmi, että jos hoitaja ei itse pidä tietokoneen käytöstä, hän välttää sen käyttämistä myös ohjauksessa ja suosii sen sijaan kirjallista ohjausmateriaalia. Jos hoitaja taas on tottunut käyttämään tiettyjä kuvia havainnollistamaan ohjausta, ja kuvat selkeyttivät hänelle itselleen ohjattavaa asiaa, hän käyttää niitä yleensä kaikkien potilaiden kanssa. Hoitajat myös kertovat, että näiden materiaalien kohdalla, niiden käyttöä tai tarvetta he eivät mieti potilaan tarpeiden kautta.

5.3 Hoitajien kehittämisehdotukset ja hyvät käytännöt

Ohjausprosessi

Potilasohjausprosessin nähdään alkavan hoidontarpeen arvioinnista, joka tapahtuu yleensä puhelimessa. Hoitajat toivovat, että hoidon tarpeen arviointi näistä ajanvarauksista kirjattaisi huolellisesti ja aikaa varatessa katsottaisiin, onko hoitosuunnitelmaa ja onko sen mukaan myös nyt ohjauksen aika. Kirjauksessa olisi hyvä näkyä minkä vuoksi potilas on tulossa, varaako hän aikaa omaehtoisesti vai onko joku kehottanut häntä varaamaan aikaa ja annetut valmistautumisohjeet. Hoitajat nostivatkin esiin vaihtoehdon, että pitkät ohjausajat annettaisiin aina omalta terveysasemalta.

Hoitajat toivovat enemmän aikaa ohjaukseen valmistautumiseen ja sen suunnittelun. He myös kokevat työpisteiden vaihtelun hankaloittavan valmistautumista. Hoitajat toivovat, että heille suunniteltaisi useampi peräkkäinen päivä ohjaustyötä, jotta jo edellisenä päivänä olisi mahdollista valmistautua ja suunnitella seuraavan päivän ohjauksia.

Hoitajat toivovat, että saisivat potilaan täyttämän esitietokaavakkeen ja kotimittaus-tulokset jo etukäteen ennen ohjausta nähtäväkseen ja ehtisivät niiden pohjalta valmistautumaan ohjaukseen. Kehittämistä hoitajien mielestä on myös kotiseurantojen luotettavuudessa, koska usein seurantalomakkeita ei ole täytetty huolellisesti ja oikein. Tämä vaikeuttaa hoitajien mukaan tulosten tulkintaa ja aiheuttaa ylimääräistä työtä myös potilaalle, jos hän joutuu tekemään seurannat uudelleen.

H4H5: Tuohon hoidon suunnitteluun vielä, niin me ei saada niitä (esitietokaavakkeita) etukäteen, mutta nyt kun me tehdään hoitosuunnitel-mia, niin sekin kun potilas tuo sen hoitosuunnitelma-lomakkeen, niin se niin kuin muotoutuu sitten senkin tiimoilta se ohjaustilanne. Joskus tun-tuu, että se hoitosuunnitelma-lomake olisi hyvä nähdä itse ennen kuin se potilas tulee, että sitä ei tällä hetkellä näe, että sen on sitten kun potilas tulee.

Hoitosuunnitelmiin hoitajat toivoisivat lisää panostusta myös lääkäreiltä. Hoitajat toivovat, että lääkäri oikeasti perehtyisi tehtyyn hoitosuunnitelmaan ja asettaisi yksilöl-lisiä tavoitetasoja potilaan laboratoriotuloksille tai kotiseurannoille. Hoitajat kokevat, että yksilölliset lääkärin asettamat tavoitetasot tukevat ohjauksen onnistumista.

Tupakasta vieroituksen hoitajat näkevät tärkeänä elämäntapamuutoksena. Hoitajat kuitenkin kokevat hoitoprosessin sen osalta kankeaksi ja aikaa vieväksi. Hoitajat toivovat, että tupakasta vieroituksen hoito- ja tukiprosessi avattaisi ja sitä selkeytettäisiin. Tätä hoitajat toivovat erityisesti, jotta potilaalla ei menisi niin kauan esimerkiksi vierotusvalmisteen reseptin saamiseen lääkäriltä ja koko henkilökunnalla olisi selkeät toimintaohjeet, jos potilas päivystyskäynnin yhteydessä osoittaa kiinnostusta tupakoinnin lopettamiseen.

Pitkäaikaissairaiden potilasohjauksen arvioinnin osalta hoitajat nostavat esiin vertaisarvioinnin ja opiskelija-arvioinnin kehittämisen potilasohjauksen osalta. Hoitajat toivovat palautetta työstään.

Ympäristötekijät

Sairaanhoitajat kokivat ohjauksia olisi helpompi suunnitella ja he pystyisivät niihin paremmin valmistautumaan, jos kiireetöntä hoitoa tekevät hoitajat eroteltaisiin kokonaan päivystystyöstä, eikä päivystyksen poissaoloja paikattaisi enää kiireettömän hoidon puolelta. Jossain yksiköissä hoitajien mukaan pitkäaikaissairaiden yksilöohjaukset toteutuvat suunnitellusti, mutta kuitenkin ohjausta toteuttamassa oli eri hoitaja lähes joka päivä. Toisissa yksiköissä hoitajat kertoivat, että ohjausaikoja joudutaan usein perumaan ja töitä järjestelemään uudelleen. Hoitajat nostivat kehittämisehdotukseksi avosairaanhoidon varahenkilöstöjärjestelmän perustamisen, jolla akuuttihoitoon ja tarvittaessa kiireettömänkin hoidon poistumia voitaisi sijaistaa ohjausaikoja perumatta.

Myös ulkopuolelta tulevan kiireen koettiin vaikuttavan potilaan saaman ohjauksen laatuun ja heikentävän myös hoitosuunnitelmien laatua. Varsinkin äkillinen työnku-
van muutos, ohjauksen aikana soiva puhelin tai kollegan konsultointi häiritsivät ohjaustilannetta. Hoitajat toivoivat työrauhaa ja ovatkin joissain toimipisteissä jo kehittäneet oveen kiinnitettäviä "Ei saa häiritä!"-kylttejä.

Sairaanhoitajat toivovat, että eri sairausryhmät keskitettäisiin tietyille hoitajille erikoisosaamisen mukaan, jotta kaikkien ei tarvitsisi osata syvällisesti kaikkea. Hoitajat toivoivat lisää johdon panostusta ohjaukseen ja hoitosuunnitelmiin, jotta niitä olisi aidosti aikaa tehdä. Ajallista panostusta toivotaan myös itseopiskeluun ja uusiin ohjausmenetelmiin perehtymiseen. Erityisesti aikaa toivotaan internetsivustoihin perehtymiseen, jotta niitä voitaisi hyödyntää ohjauksessa. Hoitajat kertovat olevansa ovat halukkaista kehittämään pitkäaikaissairaiden potilasohjausta, mutta he kokevat siihen tarvittavan enemmän työaika. Käytännön kehittämis ehdotukseksi näiden asioiden parantamiseksi nostettiin kuukausittaiset kiireettömän hoidon yhteistyöpala-
verit.

Sairaanhoitajat ehdottivat, että lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden (LMEP) omaavia sairaanhoitajia tulisi hyödyntää paremmin myös pitkäaikaissairauksien hoidossa, jolloin esimerkiksi lääkäreiden vuosikontrolleja voisi siirtää heille. Koettiin, että lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneillä on ammattitaitoa tehdä kontrolleja ja antaa lääkehoidon ohjausta lisäosaamisensa vuoksi. Koska lääkehoito kehittyy nopeasti, laadukkaan lääkehoidon ohjauksen turvaamiseksi toivottiin lääkehoidosta lisäkoulutusta. Näiden perusteella nousikin kehittämisehdotukseksi lääkehoidon osaamisen koulutuksen lisääminen ohjaustyötä tekeville sairaanhoitajille ja LMEP sairaanhoitajien osaamisen täysi hyödyntäminen.

Sairaanhoitajat toivovat, että ohjaamiseen ja sen teoreettisiin taustoihin perustuvaa hyvin rakennettua koulutusta tulisi olla kaikkien pitkäaikaissairauksia ohjaavien hoitajien saatavilla. Koulutuksissa käyneet sairaanhoitajat kokevat ohjauskoulutuksen antaneen valmiuksia ja työkaluja ohjaustilanteisiin. Toiset taas kokivat, ettei joistain koulutuksista ollut saanut mitään konkreettisia työvälineitä omaan työhön. Tarpeelliseksi myös nähtiin, että koulutuksien jälkeen koulutuspalautetta jaettaisiin enemmän työyhteisössä.

H1H2: --- Tässäkin haastattelussa nousee hirveen hyvin sitä, että ohjaamisen koulutus antaa jotenkin sellaisia eväitä ja semmoista varmuutta ja sitten sen pitäisi olla kaikkien saatavilla. H1H4: Kyllä. H1H2: Pitäisi olla kaikkien saatavilla, että siihen OHJAAMISEEN kiinnitettäsi huomiota, että ohjauskoulutus. Ja tietenkin työnjaolliset asiat ehdottomasti.

H1H2: Kyllä. Yleensä ohjauksen niin kuin millaisia pedagogisia valmiuksia siihen ja yleensä se ohjaaja... ja avattu sitä ohjausta. Ja nyt on hyvä ohjauskoulutus tuolla keskussairaalassa JAMKin ja yliopiston yhteistyönä ohjaamisen koulutus. Minä olen periaatteessa siinä koulutuksessa. Toivotaan, että kaikki kävisi siinä koulutuksessa ja esimerkiksi kävisi sitä koulutusta opiskelijaohjaukseen. Että ohjaus asia on täällä, täällä kyllä, nostettu tosi tärkeäksi.

Menetelmät

Palveluohjaus nähdään suureksi ja tärkeäksi osaksi ohjausta, jonka avulla myös pitkäaikaissairauksien moniammatillista ohjausta toteutetaan ja jaetaan vastuuta ohjauksen osa-alueista. Hoitajien tietämys oman organisaation palveluista vaikuttaa olevan hyvällä tasolla, mutta tietoa yhteistyökumppaneiden ja kolmannen sektorin palveluista he kokevat olevan vaikea löytää. Palveluohjaus menetelmänä on siis paljon käytetty. Kehittämisehdotukseksi hoitajat nostavatkin sen, että järjestöjen yhteystiedot palveluohjauksen tueksi, ja potilaidenkin käyttöön, olisi hyvä kerätä yhdelle internetsivustolle kyseisen organisaation alueelta. Hoitajat ehdottavat, että tietojen päivittäminen sivustolle voisi olla järjestöjen ja palveluntuottajien vastuulla.

Pitkäaikaissairaiden potilasohjausta tekevien hoitajien toiveena on myös Omahoito-lomakkeen aktiivinen käyttöönotto ja mahdollisesti sen saaminen perehdyttäväksi jo ennen ohjaustilannetta. Erilaisten ohjausmateriaalien kuten internetsivustojen, videoiden ja kirjallisten materiaalien tutustumiseen toivotaan enemmän aikaa, jotta niitä voitaisi hyödyntää paremmin ohjaustilanteissa.



Kuvio 4. Keskeisimmät tutkimustulokset jaoteltuna ohjausta edistäviin ja heikentäviin tekijöihin

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli yksilöohjauksen kehittäminen avosairaanhoidossa ja tavoitteena kuvata pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen toteutus sairaanhoitajan näkökulmasta. Pitkäaikaissairauksien potilasohjausta on tutkittu paljon potilaan näkökulmasta, mutta nyt oli tarkoituksena selvittää sairaanhoitajan näkökulmaa. Tutkimus rajattiin koskemaan avosairaanhoitoa, sillä pitkäaikaissairauksien kannalta olennaiset yksilölliset elämäntapaohjaukset ja omahoidon tukeminen tapahtuvat pääosin

siellä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten sairaanhoitajat kertovat toteuttavansa pitkäaikaissairaiden potilaiden yksilöohjausta, mitä ohjauksen malleja ja lähestymistapoja he kertovat soveltavansa ohjauksessa ja mitä hyviä käytäntöjä tai kehittämisehdotuksia nämä asiantuntijat haluavat nostaa esiin. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen kehittämisessä ja ohjausprosessin yhtenäistämässä kohdeorganisaatiossa.

Ohjausprosessi

Tutkimuksessa tuli esille, että ohjaustilanteet toteutetaan sairaanhoitajien mukaan yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Ohjaus lähtee potilaan ohjaustarpeista, mutta ohjauksen sisällölliseen suunnitteluun otettiin harvemmin potilasta osalliseksi ja myös ohjaukseen hakeutuminen jää pääosin potilaan vastuulle. Lisäksi tulokset osoittavat, että hoidon tarpeen arviointi on kohdeorganisaatiossa osa ohjausprosessia. Jo hoidon tarpeen arvioinnissa pyritään suunnittelemaan potilasohjaus potilaan tarpeisiin sopivaksi. Myös aikaisemmassa kotimaisessa tutkimuksessa on todettu, että laadukas potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista ja siinä tulee huomioida myös hänen erityistarpeensa. (Leskinen & Vuori 2016, 5–6.) Lisäksi ohjauksen tarve tulisi määrittellä pitkäaikaissairauden keston ja potilaan aiempien tietojen perusteella ja ohjauksen suunnittelu tulisi myös tehdä potilaan kanssa yhteistyössä huomioiden potilaan tiedon ja taitojen tarve (Eloranta & Virkki 2011, 25–26.)

Tuloksista kävi ilmi, että selkeät rakenteiset hoitosuunnitelmat helpottavat ohjaustyötä ja parantavat hoidon suunnittelua. Selkeä hoitosuunnitelma antoi myös hyvän työkalun hoidon tarpeen arviointiin, koska hoidon tarpeen arviointi tapahtuu usein puhelimesta ja ohjausaika sekä mahdolliset valmistautumisohjeet tulee antaa nopeasti. Yhtenäiset hoitosuunnitelmat koetaan toimiviksi, vaikka niiden jalkauttaminen vaikuttaakin kohdanneen muutosvastarintaa. Jokinen ja Virkkunen (2018, 14–15) korostavat myös, että rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua. Tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa ja yhteisesti sovittujen tietorakenteiden käyttö helpottaa tiedon löytymistä ja jatkohyödyntämistä. Potilas näkee myös hoitosuunnitelmansa Kanta-palvelusta. Näin potilaan osallistuminen sähköisen asioinnin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta että sitouttaa häntä paremmin omahoitoon.

Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa ohjausten suunnittelun koettiin vaikeutuneen ja hoidon jatkuvuuden heikentyneen aluehoitajuuden poistuttua. Niillä terveysasemilla, joilla hoitosuunnitelmia oli pystytty tekemään, selkeät hoitosuunnitelmat nähtiin hoidon suunnittelua ja tavoitteellisuutta parantavana tekijänä. Joskin hoitosuunnitelmien implementointi osaksi hoitotyötä vaikuttaa onnistuneen vain osittain. Huurre (2014, 49) on pro gradu -tutkimuksessaan arvioinut hoitohenkilökunnan potilasohjaustaitoja ja ohjausmenetelmien hallintaa ennen potilasohjauskoulutusta. Hän sai samansuuntaisia tutkimustuloksia tämän tutkimuksen kanssa siitä, että heikoiten toteutuneet osa-alueet olivat potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus ja yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta. Myös hän toteaa tutkimuksessaan, että potilasohjausmenetelmiä hyödynnetään varsin yksipuolisesti.

Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat tutustuvat potilaan potilastietoihin ennen potilasohjausta. Jos taustatietoihin ei keretty tutustua, koettiin sen heikentävän ohjauksen laatua. Hoitajat suunnittelevat ohjaukset potilaan hoitosuunnitelman ja taustatietojen perusteella. Myös esitietolomakkeen täyttö ja ajantasainen hoitosuunnitelma auttavat suuntaamaan ohjausta potilaalle tärkeisiin asioihin. On todettu, että hyvin toteutettu ohjausprosessi tukee potilaan omahoitoon sitoutumista (Eloranta & Virkki 2011, 25-26). Näin ollen voidaan todeta, että on haastavampaa rakentaa hyvä ohjausprosessi, jos taustatietoihin ei ehditä asiakaslähtöisesti tutustumaan. Asiakaslähtöisyyden tulisi olla kuitenkin arvoperusta, joka näkyy kaikessa organisaation toiminnassa (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29).

Tulosten mukaan hoitajat ohjaavat potilaat itse asettamaan terveystilalleen realistiset tavoitteet. Ongelmana kuitenkin oli, että tavoitteeksi asetettiin tietty mitaustulos, mutta keinot joilla tulos olisi saavutettavissa jäivät kirjaamatta. Tässä esiintyi tosin terveysasemakohtaisia eroja. Hoidon jatkuvuuden kannalta koettiin tärkeäksi seurata potilaan edistymistä seurantamittauksilla. Näin voitiin nähdä, oliko potilas saavuttanut tavoitteen. Ohjauksen kerrottiin kuitenkin vain harvoin sisältävän useampia kontakteja, tämä vaikeuttaa tulosten saavuttamisen seuraamista. Joillain terveysasemilla oli käytäntönä, että ohjattaville varattiin seuranta varten puhelinohjausaika, jossa käytiin läpi tavoitteiden saavuttamista ja mahdollisten kontrolliverikkojen tuloksia. Näin puhelinohjauksella täydennettiin potilasohjausta. Aiemmatkin

tutkimustulokset osoittavat, että tuloksia saavutetaan todennäköisemmin, jos ohjaus sisältää useampia suunniteltuja kontakteja (Fjeldsoe ym. 2011, 102–107). Myös potilaiden itse asettamat ja omaan elämään suhteutetut tavoitteet tukevat tutkitusti omahoidon toteutumista paremmin kuin asiantuntijan asettamat tavoitteet (Absez 2010, 18). Kannustaminen oman terveystyöskäytymisen seurantaan ja tavoitteelliseen toimintaan on todettu tehokkaimmaksi ohjaukseksi (Absez & Hakonen 2011, 1–6).

Tuloksista kävi ilmi, että hoitajat saavat palautetta tai arviointeja ohjaustaidoistaan satunnaisesti ja lähinnä suoraan potilailta tai sähköisenä asiakaspalautteena. Tästä on pääteltävissä, että kohdeorganisaatiossa potilasohjauksen arviointia ja seurantaa olisi hyvä kehittää, jotta hoitajat saisivat palautetta ja voisivat kehittyä ohjaajina. Ohjauksen arviointi tulisi mahdollisesti myös tasaamaan potilasohjauksen laatua, koska laatu vaikuttaa olevan riippuvainen hoitajan ohjausosaamisesta. Positiivinen palaute nähtiin motivoivana tekijänä, joten palautteen saaminen ohjaustyöstä voisi lisätä motivaatiota ohjaamiseen.

Hoidon jatkuvuuden nähtiin huonontuneen monessa yksikössä aluehoitajuuden poistuttua käytöstä ja osa hoitajista olikin päätyneet kehottamaan potilasta varaamaan seuraavan ajan juuri itselleen. Lisäksi keskitetyn ajanvarausjärjestelmän koettiin aset-tavan haasteita hoitosuhteen jatkuvuudelle ja potilaan valmistautumisohjeiden antamiselle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen perusterveydenhuollon raportti (Sinervo ym. 2016, 84) paljastaa samanlaisia epävirallisia omahoitajakäytäntöjä yksiköissä, joissa omahoitajuus ei ole käytössä. Raportti tunnistaa myös samanlaisia ongelmia hoitosuhteen jatkuvuudessa näissä yksiköissä. Toisaalta keskitetyn ajanvarauksen koettiin raportin mukaan säästävän hoitajien työaikaa muihin hoidon kannalta oleellisiin tehtäviin.

Ympäristötekijöiden vaikutus

Tutkimustuloksista nousi esiin kokemus hoitajaresurssien niukkuudesta. Tästä johtuvien nopeiden työnkuvamuutosten ja lyhyiden ohjausaikojen hoitajat kokivat heikentävän ohjauksen laatua. Väitöskirjassaan myös Lipponen (2014, 49–50) nostaa samansuuntaisia tuloksia esille. Hän kertoo, että sairaanhoitajat kokevat puutteellisten

resurssien heikentävän ohjaustoimintaa. Näistä ohjausajan puuttumisen lisäksi myös ohjausmateriaalien ja ohjaukseen soveltuvien tilojen puute arvioitiin hoitohenkilökunnan toimesta merkittävimiksi puutteiksi. Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa tilat ja välineet arvioitiin sairaanhoitajien toimista riittäviksi. Puutteita koettiin olevan vain kirjallisen potilasmateriaalin saatavuudessa. Materiaalien käytöstä ollut yhtenäisiä suosituksia, eikä niiden hankinnasta vastaavia henkilöitä ollut nimetty.

Kohdeorganisaation avosairaanhoidon sairaanhoitajat kokivat osaamisensa eri sairauksista ja niiden oireista sekä hoidosta olevan ajan tasalla. Lisäkoulutusta kaivattiin lääkehoidosta sekä potilasohjauksen malleista ja lähestymistavoista. Lipponen (2014, 49) taas tuo esille väitöskirjassaan, että hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisää koulutusta potilasohjauksen lisäksi myös ohjattavista sairauksista sekä niiden oireista ja hoidosta. Tästä voisi varovaisesti päätellä, että sairaanhoitajien osaaminen eri sairauksien osalta on lisääntynyt, mutta lääkehoidon kehittyessä tiedot ovat vanhentuneet ja ohjauksen kehittäminen ei ole edennyt.

Potilaan ja ohjaajan taustatekijät

Sairaanhoitajat pyrkivät ohjaustilanteissa tunnistamaan potilaan kognitiivisia taitoja ja oppimiseen vaikuttavia taustatekijöitä ja valitsemaan ohjausmenetelmiä sen mukaan. Hoitajat rakentavat näin kuvan potilaan valmiuksista käyttää saamaansa tietoa hyväksi omassa hoidossaan, tämä auttaa yhteisymmärryksen luomisessa ohjaustilanteessa. On aiemmin todettu, että varsinkin fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas ottaa tietoa vastaan, ja taustatekijöiden selvittäminen mahdollistaa ohjausmenetelmien valinnan yksilöllisesti. Jos ohjauksen taustatekijöitä ei huomioida, ohjataan kaikkia potilaita samoilla menetelmillä (Kyngäs ym. 2007 28-30.) Myös Huurre (2014, 17) korostaa oppimistyylin tunnistamisen auttavan ohjaajaa valitsemaan oikeanlaisia ohjausmenetelmiä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajien ohjausmotivaatioon vaikuttaa potilaan motivaatio. Tämä johtaa siihen, että motivoitunut potilas vaikuttaa saavan laadukkaampaa ohjausta. Sairaanhoitajan motivaatio on ohjauksen kannalta tärkeässä asemassa, koska se vaikuttaa hänen valmiuksiinsa tukea potilasta (Kääriäinen & Kyngäs 2014)

On hyvä huomioida, että huonon sitoutumisen taustalla voivat myös olla vuorovaikutusongelmat hoitajan ja potilaan välillä (Gerlander ym. 2013, 15).

Oppimis- ja ohjaustyyli

Oppimis- ja ohjaustyyliä tunnistettiin, mutta hoitajat eivät niitä tietoisesti pohtineet ohjatessaan. Oppimistyylin valinnassa tyyli valittiin oman määrittelyn pohjalta mikä hoitajan mielestä sopi potilaalle. Osa hoitajista vastaavasti ei pohtinut ollenkaan min-kälaisesta oppimistyylistä potilas hyötyisi.

Ohjaustyyliä hoitajat taas eivät tulosten mukaan miettineet, mutta kuitenkin tutkimusmateriaalista löytyy viitteitä katalysoivan, konfrontoivan ja hyväksyvän ohjaustyylin käytöstä. Myös Huurteen (2014, 50) tutkimuksessa hoitajat arvioivat ohjaus- ja oppimistyylien tuntemuksensa keskimääräistä heikommaksi, mutta silti niitä huomioitiin ohjauksen toteuttamisessa.

Ohjausmenetelmät

Kirjallinen ohjaus koettiin edelleen hyväksi menetelmäksi ja kirjallista materiaalia hyödynnettiin ohjauksessa. Kirjallisesti täytettävää esitietoja sisältävää omahoitolomaketta myös käytettiin kohdistamaan ohjausta potilaan tarpeisiin, mutta sähköisen omahoitolomakkeen jalkauttamisessa vaikuttaa olevan haasteita. Abseztin ja Hankosen (2011, 2) mukaan kirjallinen materiaali on potilasohjauksen tukena vaikuttavaa ja kirjallinen materiaalin etuna on, että sen tarkastelemista voi jatkaa kotona. Kirjallisen materiaalin hankintaan terveysasemille ei kuitenkaan ollut hoitajien mukaan nimettyjä vastuuhenkilöitä. Heidän nimeämisesä voisi varmistaa materiaalien tasaisempaa saatavuutta. Myöskin yhtenäisten käytäntöjen luominen käytettävästä materiaalista voisi yhtenäistää toimintamalleja ja jopa mahdollistaa materiaalien keskitetyn hankinnan ja edullisemman hinnan.

Organisaatiossa on myös käytössä sähköinen omahoitolomake, mutta sitä hyödynnetään harvoin. Myöskään sähköisen palvelun kautta toteutettavaa turvallista viestinvälitystä ei mainita käytettävän ohjauksessa tai sen tukena. Sähköisten ohjausmenetelmien ja omahoitolomakkeiden jalkauttamiseen olisi kannattavaa panostaa, koska digitaaliset menetelmät yhdistettynä kasvotusten tapahtuvaan ohjaukseen lisäävät

potilaan sitoutumista hoitoon. (Halon ym. 2017). Valtakunnallisesti omien mittaustulosten lähetyismahdollisuus ammattilaisille oli vuonna 2017 käytössä 22–23 prosentissa ja esitetietojen sähköinen lähetys 34 prosentissa terveyden huollonorganisaatioista (Hyppönen, Pentala-Nikulainen & Aalto 2018, 14-15). Asiakkaan sähköisten palveluiden käytön osaamisen sairaanhoitajat huomioivat hyvin. Hoitajat kokivat, että asiakas oli helpompi ohjata sähköisten palveluiden käyttöön, jos hän oli itse ollut niiden kautta yhteydessä terveyspalveluihin jo aiemmin.

Videoiden ja internetsivujen käyttö ei ollut niin systemaattista ohjauksessa, mitä voisi kuvitella nykypäivänä digitalisoituvassa yhteiskunnassa. Vähäistä käyttöä voi selittää myös ohjattavien ikä, mutta suurimmaksi esteeksi vaikutti nousevan hoitajien kokenut kiire, jonka vuoksi he eivät kerenneet perehtyä sivustoihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä tutkimuksesta käy ilmi, että sähköisten palveluiden käytössä iällä ei ole merkitystä, vaan palveluiden käytön osaamisella (Hyppönen, Pentala-Nikulainen & Aalto 2018, 43). Demonstraatiota käytettiin paljon varsinkin pistotekniikoiden ja lääkkeenottotekniikoiden ohjaamisessa. Osa hoitajista korvasi demonstraation välillä internetpohjaisella videolla aiheesta.

Puhelinohjausta käytettiin varsinkin silloin kun potilaalle ei ollut antaa ohjauksia. Ne korvasivat välillä kokonaisia pitkäaikaissairaiden ohjauksikäyntejä. Usein puhelinohjaus toimi jatkumona ohjaukselle ja hoitajat sopivat puhelinohjauksia seuraavaksi kontaktiksi. Lisäksi hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä puhelimesta annetaan ohjausta kuinka asiakas voi valmistautua itse ohjaukseen. Hanlonin ym. (2017) mukaan puhelinohjaus ei ole yksin riittävää potilasohjausta, mutta yhdistettynä kasvokkain tapahtuvaan ohjaukseen se parantaa omahoitoon sitoutumista.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat käyttivät ohjauksessa tutkittuun tietoon perustuvia mittareita. Mittareiden tulkinna hoitajat eivät kertoneet sen enempää, mutta kertoivat näyttävänsä niiden tulokset suoraan potilaalle, jotta hän havahtuisi elämäntapamuutoksen tarpeeseen. Mittareiden tulkinna tulisi kuitenkin olla varovainen ja hoitajien olisi hyvä perehtyä niiden merkitykseen tarkemmin, jotta virhepäätelmiltä laskuritietoihin perustuen varmasti välttyttäisiin (Kettunen 2014).

Palveluohjaus on suuressa roolissa ohjauksessa. Palveluohjausta tehtiin organisaation sisällä paljon ja osittain myös yli organisaation rajojen. Kolmannen sektorin palveluiden, kuten vertaistuen piiriin ohjaaminen oli vähäistä. Tämä johtunee siitä, että sitä tuottavat pääsääntöisesti potilasjärjestöt ja tuntemus potilasjärjestöjen palveluista oli heikkoa. Valtakunnallisestikin vertaistuen käytön suurimpina haasteina ovat potilaiden saavutettavuus ja terveydenhuollon ammattilaisten vastuunotto potilaiden ohjaamisesta vertaistuen piiriin (Mikkonen 2009, 49). Tiedon löytäminen oman organisaation ulkopuolisista palveluista koettiin kokonaisuudessaan vaikeaksi, mikä varmasti vähentää niiden potilaiden ohjaamista niiden pariin. Tuloksista nousikin esille ehdotus koota kolmannen sektorin palveluvalikoima yhdelle sivustolle tiedonhankinnan helpottamiseksi.

Mallit ja lähestymistavat

Sairaanhoitajat kokevat, että asiakkailta on tietoa mitä tehdä, mutta usein puuttuu motivaatio tehdä elämäntapamuutos. Hoitajat eivät kuitenkaan osaa eritellä keinoja, joilla voisivat tukea enemmän omahoitoon sitoutumista. Hoitajien kokema motiivintekijöiden eli potilasta motivoivien työtapojen puuttuminen nousee tutkimustuloksissa esiin. On todettu aiemmin, että potilaiden motivaatio toimii muutoksen mahdollistajana ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden mielestä suurin este potilaan elämäntapamuutokselle on potilaan haluttomuus muutokseen (Jallinojan ym. 2007, 246). Tämän vuoksi sairaanhoitajien motivointivalmiuksilla on suuri merkitys omahoidon toteutumiselle.

Tutkimuksesta siis nousi esiin, että hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta ohjauksen malleista ja teoreettisesta lähtökohdista. Niiden tunnistaminen ja hyödyntäminen on tulosten perusteella vaihtelevaa. Lisäkoulutus varmistaisi ohjauksen perustuvan näyttöön ja hoitajat pystyisivät hyödyntämään ohjauksessa näyttöön perustuvia malleja ja tekniikoita potilaan motivoimiseksi. Fjedsoe ym. (2011, 102–07) ja Greaves ym. (2011, 4–8) ovat tähdentävät, että ohjauskoulutuksen avulla voitaisiin motivoida myös hoitajia kohti parempaa ohjausta, koska useamman ohjausmenetelmän soveltamisella saadaan tutkitusti parempia tuloksia. Tämä osoittaa, että sairaanhoitajien lisäkoulutuksesta on hyötyä potilasohjaukselle.

Hoitajien kehittämis ehdotukset

Osaamisen hyödyntämistä ja jakamista voitaisiin vielä kehittää kohdeorganisaatiossa. Varsinkin lääkkeen määräämisen erityispätevyyden (LMEP) omaavien hoitajien osaamisen hyödyntämistä haluttiin lisätä pitkäaikaissairaiden ohjauksessa. Lääkkeen määräämisen erityispätevyyden (LMEP) saaneen hoitajan lisäkoulutuksen lääkehoidosta koettiin mahdollistavan täsmällisemmän lääkehoidon ohjauksen. Toisaalta hoitajat eivät osanneet huomioida, että LMEP-hoitajien osaamista voitaisi hyödyntää myös muiden sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen kehittämisessä.

Osa sairaanhoitajista koki ohjaustaitonsa täysin riittämättömiksi ja piti ohjauskoulutuksen saatavuuden varmistamista tärkeänä. Tässä oli myös havaittavissa terveysasemakohtaisia eroja, koska osa hoitajista kertoi, että ohjauskoulutus oli jo nostettu heidän yksikössään tärkeäksi asiaksi.

Sairanhoitajat nostivat kehittämisedotukseksi myös kiireettömän hoidon erottamisen kiirevastaanottojen toiminnasta kokonaan. Hoitajat toivoivat, että sillä tavoin varmistettaisi kiireettömän hoidon toteutuminen, eikä ohjausaikoja jouduttaisi peruuttamaan. Terveysyhtymän jalkauttaminen vastaanotto toiminnan toimintamalliksi auttaisi näiden hoitolinjastojen erottamista toisistaan. Tällöin palveluvalikoimaan tulisi selkeä kiireettömän ja kiireellisen hoidon jako (Noël ym. 2014, 5–7). Mahdollisia vaihtoehtoja sijaisjärjestelyihin hoitajat eivät maininneet.

7.2 Eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012). Kun tutkimussuunnitelma oli saanut hyväksynnän Jyväskylän ammattikorkeakoululta, haettiin tutkimuslupaa kohdeorganisaatiolta. Tutkimuksen toteutusvaihe alkoi vasta tutkimuslupien ollessa kunnossa. Kohderyhmään kuuluvien yhteystiedot saatiin heidän lähiesimiehiltään eli terveysasemien osastonhoitajilta. Jokaista haastateltavaa lähestyttiin sähköpostitse ja heiltä kysyttiin henkilökohtainen suostumus tutkimushaastatteluun kirjallisesti suostumuslomakkeella (liite 3).

Eettisten periaatteiden mukaisesti nauhoitettu aineisto hävitettiin heti tutkimuksen valmistuttua. Kirjallinen materiaali, nauhoitukset ja videomateriaali säilytettiin vain tutkijoiden saatavilla. Haastateltavien tunnistetiedot muunnettiin pseudonyymeiksi. Esimerkiksi haastattelu 1 ja haastateltava 1 olisi H1H1. Numerojärjestyksestä ei ole pääteltävissä haastattelujen ajallinen järjestys. Kerätty videomateriaali säilytettiin vain tutkijoiden henkilökohtaisilla tietokoneilla. Litteroitu, anonyymi tutkimusaineisto ilman tunnistetietoja säilytettiin tutkijoiden henkilökohtaisilla tietokoneilla ja muistitikuilla. Tutkimusaineistoa käsiteltiin huolellisesti, eikä sitä luovutettu tai tulla luovuttamaan ulkopuolisille. Tutkijat ovat salassapitovelvollisia, eivätkä saa toiminnallaan aiheuttaa haittaa tutkittaville tai kohdeorganisaatiolle.

Eettisten periaatteiden mukaista on myös haastateltavien vapaaehtoinen osallistuminen. Tällä tarkoitetaan sitä, ettei heitä ole organisaation tai tutkijoiden puolesta painostettu haastatteluun, vaan he saavat itse päättää osallistuvatko. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta tutkimushaastatteluun ennen haastattelun alkua.

Tutkimustulokset on esitetty mahdollisimman tarkasti ja tutkimustulokset sisältävät suoria lainauksia aineistosta. Haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi suorat lainaukset ovat muutettu yleiskielisiksi, siten että täytesanoja on poistettu ja murre sanoja korjattu yleiskielelle. Tämä on tehty kuitenkin siten, että lainauksen asiasisältö on pysynyt muuttumattomana.

6.2 Luotettavuus

Haastatteluihin osallistui varsin laaja joukko asiantuntijoita. Haastateltavia hoitajia pienryhmissä oli yhteensä 24 henkilöä, joka on 26,7 % kaikista kohdeorganisaation avosairaanhoidon vastaanotoilla työskentelevistä sairaanhoitajista (n = 90). Esimiesten annettiin valikoida tutkittavat asiantuntijat haastatteluihin tämän hetkisen ohjaustyönkuvan ja mahdollisimman pitkän ohjauskokemuksen perusteella.

Haastateltavilta kysyttiin kirjallinen suostumus ja he osallistuivat vapaaehtoisesti haastattelututkimukseen. Haastattelun teemoja ei lähetetty haastateltaville etukäteen, jotta heidän antamansa tieto olisi mahdollisimman autenttista, eivätkä he ehtisi tutustua etukäteen teemojen sisältöihin esimerkiksi kirjallisuuden avulla. Haastattelutavat tiesivät kuitenkin haastattelun aiheen etukäteen.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää selkeä ja johdonmukainen tutkimussuunnitelma. Menetelmänä pienryhmämuotoinen teemahaastattelu sopi hyvin tutkimuskysymysten selvittämiseen, koska tutkijan on perehdyttävä ennalta haastateltavaan aiheeseen ja pyrittävä muodostamaan yhteinen ymmärrys haastateltavien kanssa tutkittavasta aiheesta. Teemahaastattelu antoi tiettyjä vapauksia syventää kysymyksiä eri aihealueista tutkijan tiedontarpeen mukaan. Teemahaastattelu menetelmänä tuki myös abduktiivista analyysiä, jota varten teoreettinen viitekehys oli loogista muodostaa jo teemahaastatteluakin varten tarvittujen tietojen pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 44–48.) Analyysiprosessi pyrittiin kuvaamaan selkeästi. Tutkimustuloksia perusteltiin esimerkein, joista on selkeästi nähtävissä, miten tuloksiin päästiin.

Vaikka teoreettinen viitekehys ja tutkimussuunnitelma ohjaavat tutkimuksen etenemistä, voivat tutkijoiden näkökulmat vaihdella erilaisista taustatekijöistä johtuen. Laadullinen tutkimus ole koskaan riippumaton ihmisestä, koska todellisuutta tarkastellaan aina jostakin näkökulmasta. Tutkijatriangulaation käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta toisaalta se lisää tutkimukseen käytettävää työmäärää ja siihen kuluvaa aikaa. (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkijatriangulaatio auttoi tutkijoita tutkimusnäkökulmien kirkastamisessa ja pysymisessä teoreettisen viitekehysten viitoittamalla tutkimuspolulla. Koska aineistoa käytiin läpi ristiin ja luettiin neljään kertaan, saatiin tutkijoiden taustatekijöiden aiheuttamista näkökulmaeroista hiottua konsensus. Lisäksi tiivis yhteistyö kahden tutkijan välillä ja jatkuva systemaattinen reflektointi oli tärkeää, jotta tutkijat tunnistivat ja pystyivät erottelemaan haastattelijan ja hänen henkilökohtaisten aiheeseen liittyvien mielipiteidensä mahdollisen vaikutuksen keskusteluun tutkimuksen objektiivisuuden vahvistamiseksi (Schorn 2000).

Tutkimusta voidaan siis pitää osana tutkittavaa todellisuutta eli tätä tutkimusta osana kohdeorganisaatiossa avosairaanhoidossa tapahtuvaa pitkäaikaissairaiden potilasohjauksen todellisuutta. Tutkimusta on syytä varoa pitämästä väittämänä laajemmasta todellisuudesta. Kokonaisuutta ja laajempaa todellisuutta tutkimus voi edustaa hyvin tai huonosti, mutta se edustaa luotettavasti tilannetta kohdeorganisaation toimintaympäristössä ja kulttuurissa. (Alasuutari 2011, 88.) Tutkijat pyrkivät myös tutkimuksen edetessä välttämään ylitulkintaa.

Tutkimuksessa on pyritty faktaanäkökulmaan, jonka vuoksi tutkijat ovat pohtineet myös informaation totuudenmukaisuutta ja haastateltavien rehellisyyttä. Saturaation ilmaantuminen teemamuotoisten pienryhmähaastattelujen edetessä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja on selkeästi havaittavissa haastatteluvastauksista. Aineistosta on myös nähtävissä, että haastateltavat varsin avoimesti kertoivat ryhmän kertomuksesta eroavistakin toimintatavoista. Faktanäkökulmalle on myös ominaista, että se nojaa empiiriseen todistusaineistoon, eikä nojaudu tutkijan henkilökohtaisiin näkemyksiin. Tähän tutkimukseen on pyritty kiinnittämään erityisesti huomiota. (Alasuutari 2011, 69.)

6.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että pitkäaikaissairaiden yksilöohjaus avosairaanhoidossa näyttäytyy tutkimuksessa asiakaskeskeisenä, sisällön osalta näyttöön perustuvana ja omahoitoon kannustavana. Lähempi tarkastelu kuitenkin osoittaa, että ohjausosaamisen ylläpitäminen perustuu moninaisesti terveysasemakohtaisesti vaihteleviin käytäntöihin ja on vaillinaista. Ohjausprosessi kuvautuu aluksi eheänä alkaen hoidon tarpeen arvioinnista, mutta ohjausosaamisen arvioinnissa on puutteita. Ohjauksen teoreettisten lähtökohtien osalta sairaanhoitajien ohjauksokoonaisuuden hallinta on vaillinaista ja ohjauksen mallien osalta näyttöön perustuvassa tiedossa vaikuttaa olevan puutteita. Sähköisten palveluiden hyödyntämisessä osana ohjausta on terveysasemakohtaisia eroja, mutta kokonaisuutena niiden käyttö näyttäytyy suppeana. Aiemmassa potilasohjauksen johtamista tutkineessa väitöskirjassa on päädytty hyvin samankaltaisiin tuloksista johdettuihin johtopäätöksiin. (Lehtoranta 2013, 55–56.)

Hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta ohjauksen malleista ja lähtökohdista, jotta he pystyisivät hyödyntämään niitä ohjaustilanteissa ja ohjaus myös rungoltaan pohjautuisi näyttöön. Näistä malleista ja lähtökohdista hoitajat myös saivat työkaluja potilaan motivointiin. Hoitajat kokivat, että potilaan heikko motivaatio on suurin este onnistuneelle ohjaukselle ja terveystyöskäytymisen muutokselle, mutta kertoivat, ettei heillä ei ole keinoja potilaan motivoimiseen.

Sairaanhoitajien ohjausosaamisen kehittämiseksi ja ohjauksen laadun yhtenäistämiseksi olisi kohdeorganisaatioon tärkeää kehittää avosairaanhoidon organisaation kattava moniammatillinen potilasohjauksen kehittämis- ja koulutusverkosto. Osana verkoston luomista olisi tärkeää kliinisen hoitotyön asiantuntijan terveysasemakohtaisen toimenkuvan luominen, jolla voitaisi varmistaa näyttöön perustuvan tiedon implementointia.

Kliinisten asiantuntijoiden ja kehittämisverkoston tehtäviksi nousee tutkimuksesta näyttöön perustuvan tiedon implementoinnin lisäksi kolmannen sektorin yhteistyön käytäntöjen luominen ja tiedonkeruu kolmannen sektorin palveluista helposti hyödynnettävään muotoon. Lisäksi tehtäviksi voitaisiin asettaa tutkimuksesta nousevan yksilöohjauksen arviointimittariston ja vertaisarvioinnin kehittäminen ja käyttöönotto, jotta sairaanhoitajat saisivat palautetta sekä asiakkailta että vertaisilta ohjauksesta ja voisivat kehittyä ohjaajina. Myös sähköisten palveluiden täysimittainen käyttöönotto sekä lääkäreiden ja hoitajien yhteistyökäytäntöjen hiominen voisi kuulua kehittämisverkoston tehtäviin.

Kliinisten asiantuntijoiden tehtävänkuvaan voisi hahmotella kuuluvan näyttöön perustuvan tiedon tuomisen kehittämisverkostoon, näyttöön perustuvan toiminnan varmistamisen, koulutusten suunnittelun ja käytäntöjen yhtenäistämisen terveysasemien välillä. Koska sairaanhoitajat nostivat esiin puutteita myös lääkehoidon osaamisessa, olisi näidenkin koulutusten suunnittelu ja järjestäminen kliinisen asiantuntijan ominta alaa. Näissä koulutuksissa olisi mahdollista hyödyntää myös lääkettä määrävien sairaanhoitajien osaamista. Lisäksi ohjausmateriaalien yhtenäistämisen ja niiden keskitetty tilaaminen voisi kuulua kliinisten asiantuntijoiden toimenkuvaan.

Selkeästi johtamisen puolelle kehittämissuunnitelmiin nousi ohjauksen keskittäminen tietyille sairaanhoitajaryhmälle, ohjauksen toteutumiseen varmistaminen ja siihen sitoutuminen. Tätä edesauttaisi kiirettömän hoidon erottaminen kiirevastaanotoista ja varsin todennäköisesti se edellyttäisi sairaanhoitajien varahenkilöjärjestelmän luomista kohdeorganisaation avosairaanhoidon vastaanotoille. Tätä kehittämissuunnitelmasta tukee myös hoitajien esiin tuoma huoli hoitajaresurssien vaikutuksesta yksilöohjauksen laatuun. Tämä järjestely myös keskittäisi pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjausosaamista sitä eniten toteuttaville ammattilaisille ja turvaisi hoidon jatkuvuutta ohjaajien vaihtuvuuden vähentyessä. Koska yksilöohjaus on menetelmänä kallias, olisi tärkeää varmistaa, että silloin kun sitä harkitusti käytetään, olisi se mahdollisimman laadukasta. Keskeisimmät kehittämissuunnitelmat ovat koottu lopuksi vielä kuviksi (Kuvio 5).



Kuvio 5. Keskeisimmät kehittämissuunnitelmat kuviona sairaanhoitajan, organisaation ja sähköisten palveluiden näkökulmasta.

Alkukartoituksen jälkeen jatkotutkimushaasteiksi nousevat seurantatutkimusten toteuttaminen mahdollisten henkilökunnan koulutusinterventioiden ja työjärjestelyiden muutosten jälkeen. Seurantatutkimusten tulisi kohdistua sekä pitkäaikaissairaiden potilaiden kokemukseen ohjauksen laadusta ja sen muutoksista, että ohjaajien

kertomukseen ohjauksen toteutuksesta ja sen muutoksista. Lisäksi jatkotutkimusaiheissa voitaisi hyödyntää myös määrällistä tutkimusta ohjausmenetelmien sekä ohjauksen mallien ja lähestymistapojen käytön osalta.

Sairaanhoitajien ohjaustaidot ovat koulutuksen ja osaamisen jakamisen avulla nostettavissa huipputasolle, jos tämä tärkeä osa-alue halutaan nostaa kehittämisen kohteeksi. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksen sisällön kehittämisessä erityisesti avosairaanhoidon vastaanottoiminnan viitekehyksessä. Tutkimus antaa myös tukea kohdeorganisaation palvelumuotoiluun, henkilöstökoulutusten sekä henkilöstöressurssien suunnitteluun ja kohdentamiseen. Kuten moni muukaan asia terveydenhuollossa, ei pitkäaikaissairaiden potilasohjauksen kehittäminenäkään tapahdu hetkessä. Se kaipaa suunnitelmallista, tavoitteellista ja pitkäjänteistä työtä potilaan parhaaksi asiantuntijoita unohtamatta.

Lähteet

Aalto, M. & Mäki, P. 2018. Lastenneuvolakäsikirja. Alkoholi (Audit). Terveyden ja hyvinvoinnintyö. Viitattu 2.8.2019.

<https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/hyvinvointi-ja-terveystottumukset/audit>.

Aaltola, J. & Valli, R. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus

Absetz, P. 2010. Mistä motivaatiota käyttäytymisen muutokseen?

Kansanterveyspäivät 22.1.2010. Terveyden ja hyvinvoinnin työ. Viitattu 21.11.2017.

<https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/motivaatio.pdf/413fae3b-9560-46cb-bdda-ac5ea2232411>.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127(21):2265-72. Viitattu 2.8.2017.

<http://www.duodecimlehti.fi/duo99873>.

Ahola, A. 2013. Diabeetikon omahoidon esteitä. Diabetes ja Lääkäri-lehti, 4, 15-17.

Viitattu 2.10.2017. https://www.diabetes.fi/files/2917/Diabetes_ja_laa-kari_4.2013.pdf.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Allen, C., Vassilev, I., Kennedy, A. & Rogers, A. 2016. Long-Term Condition Self-Management Support in Online Communities: A Meta-Synthesis of Qualitative Papers. Journal Medicine internet Res. 2016, 10. Viitattu 28.9.2017.

doi:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26965990> , Pubmed.

Aloso-Villaverde, C., Peña, E., Marsal, J.R., Rodriguez-Cortés, F., Rodriguez-Cristobal J.J. & Travé-Mercade, P. 2017. Viitattu 10.10.2017 Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. <https://janet.finna.fi>, EBSCOhost.

Andersson, S., Svanström, R. Ek, K., Rosén, H. & Berglund, M. 2015. 'The challenge to take charge of life with long-term illness': nurses' experiences of supporting patients' learning with the didactic model. Journal of Clinical Nursing, 24, 3409-3416. Doi: 10.1111/jocn.12960. Viitattu 15.3.2017. <https://janet.finna.fi>, Cinahl (Ebsco).

Barnes, R.D. & Ivezaj, V. 2015. A systematic review on motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. Viitattu 13.10.2017. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

- Chadwick, B., Gill, P., Stewart, E. & Treasure, E. 2008. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal* 204, 29-95. Viitattu 26.9.2017.
<http://www.nature.com/bdj/journal/v204/n6/full/bdj.2008.192.html?foxtrotcallback=true>.
- Clark, A., Hartling, L., Vandermeer, A. & McAlister, F. 2005. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med.*, 1, 143,659-72. Viitattu 2.10.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16263889> , Pubmed.
- Deci, E.R. & Ryan, R.M. 2010. A Motivational Approach to Self: Integration in Personality Nebraska Symposium on Motivation 38, 237-288. Viitattu 14.12.2007.
https://www.researchgate.net/publication/21026291_A_Motivational_Approach_to_Self_Integration_in_Personality.
- Cockman, P. Evans, B. & Raynolds, P. 1992. *Client-centred Consulting: A Practical Guide for Internal Advisers and Trainers*. Lontoo: McGraw-Hill Book Company.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- Etiikan tila sosiaali- ja terveystalalla. 2012. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden toimikunnan julkaisu. Viitattu 3.10.2017.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENEjulkaisu+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/>.
- Fagerström, K. 2011. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research* Vol. 14, No 1/2012, 75-78. Viitattu: 2.8.2019.
<https://www.researchgate.net/publication/51743634>.
- Fall, E., Chakroun, N., Dalle, N. & Izaute, M. 2013. Is patient education helpful in providing care for patients with rheumatoid arthritis? A qualitative study involving French nurses. *Nursing & Health Sciences* 15 (3), 346-352. Viitattu 15.3.2017.
<https://janet.finna.fi>, Cinahl (Ebsco).
- Fisher, E., Coufal, M., Parada, H., Robinette, J., Tang, P., Urlaub, D., Castillo, C., Guzman-Corrales, L., Hino, S., Hunter, J., Katz, A., Symes, Y., Worley, H. & Xu C. 2014. Peer support in health care and prevention: cultural, organizational, and dissemination issues. *Annu Rev Public Health*. 2014, 35. Viitattu 2.10.2017
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387085> ,Pubmed
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M, Winkler, E. & Eakin, E. 2011. Systematic Review of Maintenance of Behavior Change Following Physical Activity and Dietary Interventions. *Health Psychology*, Vol. 30, No. 1, 99 –109. DOI: 10.1037/a0021974. Viitattu 25.2.2019.
https://www.researchgate.net/publication/49815526_Systematic_Review_of_Maint

enance_of_Behavior_Change_Following_Physical_Activity_and_Dietary_Intervention
S.

Friedman, A.J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J. & Turnbull G. 2011. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. Viitattu 14.12.2017. Journal of Cancer Education, 26(1), 12-21.
https://www.researchgate.net/publication/49686490_Effective_Teaching_Strategies_and_Methods_of_Delivery_for_Patient_Education_A_Systematic_Review_and_Practice_Guideline_Recommendations.

Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013. World Health Organisation. Pdf-dokumentti. Viitattu 25.4.2019.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.

Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organisation. Viitattu 29.11.2017.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.

Greaves, C.J., Sheppard, K.E., Abraham C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P.H. & Schwarz, P. the IMAGE Study Group. 2011. Systematic review on reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. Viitattu 25.2.2019.
<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-119>.

Gerlander M., Kivinen T., Isotalus P. & Kettunen T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Vol. 11(2), 14-22.

Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D. & Pinnock, H. 2017. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. Viitattu:13.11.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5451641/>.

Holloway, I. & Wheeler, S. 2009. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. Viitattu 29.7.2019. John Wiley & Sons, Incorporated. ProQuest Ebook Central.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/jypoly-ebooks/detail.action?docID=707888>.

Hurre, T. 2014. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta– kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Hoitotieteen laitos. Viitattu 2.5.2017.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141228/urn_nbn_fi_uef-20141228.pdf.

Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen O. & Aalto A-M. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 3/18. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136258/URN_ISBN_978-952-343-103-4.pdf

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 25.9.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249. Viitattu: 14.12.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379767/pdf/pri-25-244.pdf>.

Jokinen, T. & Virkkunen H. 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa 1. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.8.2019. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018____.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77.

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.10.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kokemusasiantuntijat. Viitattu: 24.4.2019. http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Perusterveydenhuollon_yksikko/Kokemusasiantuntijatoiminta.

Kestävä terveydenhuolto-hanke. 2016. Selvitys: Se tunne, kun saa diagnoosin - Pitkäaikaissairaiden näkemyksiä terveydenhuollon kehittämiseksi. Pdf-tiedosto. Viitattu 20.2.2017. <http://www.soste.fi/media/pdf/tiedotteet/kestava-terveydenhuolto-julkaisu-11.3.2016.pdf>.

Kettunen, R. 2014. Sepelvaltimotaudin vaaran arviointi. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.8.2019. https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00103.

Kettunen, T., Pihlainen, V., Arkela, M., Hopia, H., Nurmeksela, A. & Lumiaho, L. 2017. Moniammatillinen potilasohjaus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä -nykytila, kehittämistyö ja kehittämistarpeet. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 135/2017.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys - uhka vai mahdollisuus? Tutkiva hoitotyö. *Hoitotieteellinen aikakauslehti*. Vol. 11(2), 44-46.

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus –tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitajalehden verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2017
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu: 28.6.1994. Viimeisin muutos 16.6.2017. Viitattu 17.11.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19920785>.

Lehtoranta, M. 2013. Potilasohjauksen osaamisen johtaminen terveydenhuollossa - hoitotyön johtajien näkemyksiä. Viitattu 17.11.2017.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42607/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201312072758.pdf?sequence=1>.

Leskinen, V. & Vuori, H. 2016. Asiakslähtöisyys hoitotyössä – asiakkaiden ja ammattilaisten näkemyksiä. Opinnäytetyö AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 17.12.2017.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/107034/Vuori_Hilja_Leskinen_Virve.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technical Research Centre of Finland. Viitattu 2.5.2019.
<https://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopiston tutkijakoulu, Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Viitattu 25.2.2019.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.10.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=833F6AD5AD7CF191569167EAC3B2A1D5?id=nix01668>.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 17.11.2017.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence>.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 173. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos Kuopion yliopisto. Viitattu 2.10.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf.

Noël P., Romero R., Robertson M. & Parchman M. 2014. Key Activities Used by Community based Primary Care Practices to Improve the Quality of Diabetes Care in Response to Practice Facilitation. Viitattu 13.11.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4326068/>.

Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E. & Krohn, M. 2015. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015. -Kyselytutkimuksen tuloksia 1. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimustuloksia tiiviisti 7. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130545/URN_ISBN_978-952-302-658-2.pdf?sequence=1.

Pekkilä, J. 2017. Uuden Sairaalaan perusterveydenhuollon osaamiskeskuksen strategia ja visio. -Uuden Sairaalan työryhmän ohjausryhmän esitys.

Potilaslaki 785/2010. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Annettu 17.8.1992. Viimeisin muutos 21.12.2016. Viitattu 15.9.2017. <http://www.finlex.fi/fi/ajantasainen/lainsaadanto>.

Prochaska, J. O. & Velicer, W.F. 1997. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), pp. 38-48. doi:10.4278/0890-117112.1.38. <https://pdfs.semanticscholar.org/d8d1/915aa556ec4ff962efe2a99295dd2e8bda89.pdf>.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto . Viitattu 10.11.2017 <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu: 11.10.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Schorf, A. 2000. The "Theme-centered Interview". A Method to Decode Manifest and Latent Aspects of Subjective Realities. *Qualitative Social Research*, 1(2), june 2000. Viitattu: 30.7.2019. doi:<http://dx.doi.org/10.17169/fqs-1.2.1092>. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1092/2395>.

Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. 2016. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 16/2016. Viitattu 24.4.2019. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1.

Small, N., Blickem, C., Blakeman, T., Panagioti, M., Chew-Graham, C. & Bower, P. 2013. Telephone based self-management support by 'lay health workers' and 'peer support workers' to prevent and manage vascular diseases: a systematic review and

meta-analysis. BMV health servicer search, 27, 13:533. Viitattu 2.10.2017
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24370214>, Pubmed

Sähköinen asiointi 2019. Keski-Suomi. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus. Luettu 23.2 .2019. <https://www.hyvis.fi/web/keski-suomi/sahkoinen-asiointi1>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu 30.12.2010. Viimeisin muutos: 11.8.2017. Viitattu 3.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Timmermans, S. & Tavory, I. 2012. Theory Construction in Qualitative Research : From Grounded Theory to Abductive Analysis. *Sociological Theory* 30: 167. Viitattu: 2.6.2019.
<https://static1.squarespace.com/static/54282b13e4b0e88c57a39d51/t/542838d5e4b05b9e44ad2a86/1411922133131/Timmermans-Tavory-abduction.pdf>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vartiainen, E. Laatikainen, T., Peltonen, M. & Puska, P. 2016. *Global Heart*, Vol. 11, No. 2. Viitattu: 2.8.2019.
<https://thl.fi/documents/10531/862648/GlobalHealth+2016+vol+11+pp+213.pdf/8cc61cb-194a-4093-a2df-3db9eed61f04>.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2014. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen*. Porvoo: Bookwell.

Yleistietoa kansantaudeista. 2015. THL. Viitattu 26.1.2017.
www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista.

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelun runko ja apukysymykset

YKSILÖOHJAUKSEN SUUNNITTELU

- Kuinka monta pitkäaikaissairaiden yksilöohjausta vastaanotollasi käy keskimäärin viikossa?
- Kuinka potilaat ohjautuvat yksilöohjaukseen?
- Onko olemassa joitain tyypillisiä asiakasryhmiä?
- Kuinka valmistaudut yksilöohjaustilanteeseen?
- Suunnitellaanko ohjausta tai sen aikataulua yhdessä potilaan kanssa?
- Sisältääkö ohjaus useampia kontakteja? Kuinka aikataulua suunnitellaan?
- Ohjaako suunnittelua jokin potilasohjaukseen liittyvä teoria tai malli?

YKSILÖOHJAUKSEN TOTETUTUS

- Miten kuvailisit terveysasemallanne annettavaa yksilöohjausta?
- Kuinka valitset ohjauksessa käytettävät menetelmät?
 - Miten ohjattavan mielipide tai taustatekijät vaikuttavat menetelmän valintaan?
 - Onko kirjallista materiaalia tai muita ohjausvälineitä saatavilla? Käyttävätkö kaikki samoja materiaaleja? Millä perusteella valitset käytettävän materiaalin?
 - Käytätkö ohjauksessa demonstraatiota eli havainnollistamista? Millaisissa tilanteissa? Käytetäänkö kuvia apuna?
 - Käytätkö ohjauksessa apuna audiovisuaalisia menetelmiä? mm. videot, Internetsivustot.
- Mikä onnistuneessa ohjauksessa on mielestäsi tärkeää ja mitä asioita painostat ohjauksessa?
- Sisältääkö yksilöohjauskäyntisi palveluohjausta ja miten sen näkyy ohjauksessa? Ohjaatteko vertaistuen piiriin? Jos ohjaat niin mihin?
- Miten kuvailisit potilasohjauksessa sinun ja asiakkaasi välistä vuorovaikutusta?
- Asetetaanko ohjauksessa tavoitteita? Millaisia?
- Kuinka huomioit potilaan yksilöllisyyden ohjauksessa?
- Miten potilaan oppimista tai oppimistyylejä voisi hyödyntää yksilöohjauksen toteutuksessa?
- Millainen itse olet ohjaajana? Tunnistatko erilaisia ohjaustyylejä?

- Ohjaako potilasohjauksen toteutusta tai vaikuttaako sen taustalla jokin teoreettinen malli? Millainen?

YKSILÖOHJAUKSEN ARVIOINTI

- Arvioidaanko potilasohjausta?
- Mitä potilasohjauksessa arvioidaan?
- Potilaan saavuttama tuloksia ja ohjaustarpeita?
- Arvioidaanko ohjauksen laatua? Miten?

YKSILÖOHJAUKSEN KEHITTÄMISEHDOTUKSET

- Mitä hyvää nykyisissä toimintatavoissa tai ohjausmenetelmissäsi mielestäsi on, mitä muidenkin olisi hyvä huomioida ohjauksessa?
- Millainen on ihanteellinen ohjauspaikka ja tilanne? Mitä välineitä ihanteellisessa yksilöohjaustilanteessa olisi käytössäsi?
- Mitä haluaisit kehittää pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksessa omassa työpajassasi?
- Kaipaisitko lisäkoulutusta pitkäaikaissairaiden yksilöohjauksesta tai pitkäaikaissairauksista? Millaista?
- Mitä kehitettävää näet omissa toimintatavoissasi?

Liite 2. Saatekirje

Arvoisa potilasohjauksen ammattilainen,

Opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa (JAMK) Kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Osana opinnäytetyötämme toteutamme toimeksiantona tutkimusta XX-terveysaseman avosairaanhoidon vastaanotoilla. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten sairaanhoitajat kuvaavat yksilöohjauksen toteutumista pitkäaikaissairaiden potilaiden yksilöohjauksikäynneillä avosairaanhoidossa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää yksilöohjauksen kehittämisessä. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua joulukuuhun 2018 mennessä. Tästä tutkimuksesta toimitetaan jokaiselle terveysasemalle oma sähköinen kappale tutkimuksen valmistuttua.

Pyydämme Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun. Ryhmien koko on 3-6 henkilöä ja haastattelun kesto noin tunnin. Haastattelut toteutetaan työajalla. Tarkoista haastatteluajankohdista sovitaan erikseen.

Haastattelu videoidaan ja aineiston käsittelyssä huomioidaan tietosuoja ja anonymiteetti. Tutkimuksessa kaikki yksittäisen vastaajan tunnistamisen mahdollistavat tiedot poistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimusaineistoa käsitellään huolellisesti, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkijat ovat salassapitovelvollisia, eivätkä saa toiminnallaan aiheuttaa haittaa tutkittaville tai Jyväskylä yhteistoiminta-alueen terveyskeskukselle. Ryhmähaastatteluissa kaikkia osallistuneita velvoittaa salassapitovelvollisuus, eikä näin ollen tule keskustella haastattelusta nousseista asioista haastattelutilanteen ulkopuolella

Kiitämme etukäteen osallistumisestanne ryhmähaastatteluun. Mikäli teillä on kysymyksiä tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä meihin puhelimitse tai sähköpostitse.

Jonna Hänninen

Elina Söderholm

Liite 3. Suostumus tutkimushaastatteluun

Suostumus tutkimushaastatteluun

Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti ja ymmärrän oikeuteni keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa syytä ilmoittamatta.

Minua on informoitu, että haastatteluissa kerätty aineisto säilytetään ja käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Henkilökohtaiset tunnistetiedot poistetaan tutkimuksesta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, eikä niitä tulla missään tutkimuksen vaiheessa julkaisemaan. Haastatteluista voidaan kuitenkin julkaista kirjakielille muunnettuja suoria lainauksia.

Tutkimukset tekijät ovat ilmoittaneet noudattavansa hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka on laatinut tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK).

Edellä mainitun vahvistan allekirjoituksellani,

Paikkakunta ____/____ 2018

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus ja nimen selvennys