

Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla

MIRA PALONEN

TtM, yliopisto-opettaja (ma.)
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

ANNA LIISA AHO

TtT, yliassistentti
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

ANNA-MAIJA KOIVISTO

FM, yliopisto-opettaja (biometria)
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

MARJA KAUNONEN

TtT, professori (ma.)
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata polikliinista potilasohjausta hoitoisuuden ja potilaiden näkökulman avulla sekä hoitoisuuden yhteyttä potilaan ohjaukseen poliklinikoilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen kehittämiseen erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä arkistomateriaalin analyysinä. Aineisto kerättiin Tampereen yliopistollisen sairaalan viideltä poliklinikalta. Tutkimusaineisto muodostui POLIHOIQ -hoitoisuusluokitusmittarin (N = 3301) sekä poliklinikan palvelumittarin (N = 420) vastauksista. Aineisto analysoitiin SPSS 15.0 for Windows -ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja, korrelaatiokertoimia sekä lineaarista regressioanalyysia.

Potilaat arvioivat saaneensa poliklinikkäkäynnillä ohjausta hyvin tai erinomaisesti. Eniten tietoa oli annettu tutkimuksista ja niiden tuloksista. Noin puolet potilaista oli saanut hyvin tai erinomaisesti etukäteen tietoa poliklinikkäkäynnin kestosta. Valtaosa potilaista oli omatoimisia tai vain vähän apua tarvitsevia. Hoidon suunnitteluun, koordinointiin ja emotionaalisen tuen antamiseen käytettiin lähes puolet poliklinikkäkäynnin resursseista, mikä saattaa kuvata ohjauksen keskeistä roolia hoitotyössä. Hoitoisuudella todettiin olevan vain heikko negatiivinen yhteys potilaiden arvioihin saadusta ohjauksesta ($r = -0.25$). Hoitoisuuden ja ohjauksen yhteyttä

ABSTRACT

The association between patient acuity and patients' assessments about counselling in adolescent ambulatory care

*Mira Palonen, MNSc, University lecturer
Anna Liisa Aho, PhD, Assistant professor
Anna-Maija Koivisto, MSc, University lecturer (biometrics)
Marja Kaunonen, PhD, Professor*

The aim of the study was to provide information about patient education through acuity and patient's perception, in addition to information about the relationship between patient acuity and counselling within ambulatory care. This was a retrospective analysis. Data were collected from five outpatient clinics in Tampere University Hospital. Information was obtained from the electronic POLIHOIQ -BCS instrument (N = 3301) and the outpatient service quality instrument (N = 420). The data were analysed by statistical methods using SPSS 15.0 for Windows.

The research findings show that patients were satisfied with the quantity of the counselling. Information about examinations and results were given most often. Only approximately half of the patients had received adequate information about the duration of the visit to hospital. The majority of the patients were independent or needed only minor assistance. Nursing staff spent almost half of their resources planning and coordinating patient care. That characterizes the central role of patient counselling within nursing. There was only minor statistical association between patient acuity and patients' perception of the information provided by the

ei ole tutkittu aiemmin Suomessa, joten tutkimuksella tuotettiin uutta tietoa aiheesta. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden ohjausta polikliinisessä hoitotyössä.

Avainsanat: hoitoisuus, potilasohjaus, polikliininen hoito

professionals. The affiliation between patient acuity and counselling has never been studied before in Finland, so this study provides new information. The results can be utilized whilst developing patient counselling within ambulatory care.

Keywords: patient acuity, patient counselling, ambulatory care

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Hoitoisuusluokittelun avulla saadaan kuva potilaiden hoitoisuudesta ja henkilökuntaresursseista yleisesti sovitulla järjestelmällä.
- Ohjaus poliklinikalla on haasteellista poliklinikkakäyntien rajallisen ajan vuoksi. Potilaiden tarpeet on huomioitava lyhyillä käynneillä, ja itsehoito-ohjeiden ymmärtäminen korostuu.
- Ohjauksella on todettu positiivisia vaikutuksia hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen sekä arkipäivästä selviytymiseen.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuo?

- Vain noin puolet potilaista sai etukäteen hyvin tai erinomaisesti tietoa poliklinikkakäynnin kestosta.
- Poliklinikan hoitajat käyttivät ohjaukseen paljon työaikaa ja potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjaukseen.
- Potilaiden hoitoisuus ei ole yhteydessä heidän kokemaansa ohjauksen laatuun poliklinikalla.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tutkimustulokset ovat merkityksellisiä avohoidon lisääntyessä, sillä korkeampiakin hoitoisuuspisteitä saavia potilaita voidaan ohjata poliklinikkakäyntien yhteydessä.
- Tutkimustulosten mukaan potilaat olivat kokeneet ohjauksen samanahtaiseksi huolimatta potilaan hoitoisuuden asettamista haasteista hoitohenkilökunnalle jatkohoidon suunnitteluun ja emotionaaliseen tukeen liittyen.

Tutkimuksen tausta

Hoitoisuus ja ohjaus ovat abstrakteja käsitteitä, joille on luotu ideaalimalleja, mutta joiden mittaaminen käytännön työssä on vaikeaa. Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan yksilöllistä hoidon tarvetta suhteessa henkilökuntaresursseihin (Giovannetti 1979, Rauhala 2008). Potilaita voidaan luokitella eri tavoin, esimerkiksi veriryhmän tai diagnoosin perusteella. Hoitoisuusluokitus on kuitenkin ymmärretty eri tavalla hoitotyön

käsitteenä. (Rauhala 2008.) Se voidaan määrittellä potilaiden lajitteluksi hoidon tarpeen mukaan tietyn ajanjakson aikana. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla arvioidaan lisäksi henkilökuntaresursseja suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen. (Giovannetti 1979, Rauhala 2008.) Hoitoisuusluokittelun avulla saadaan kuva optimaalisesta hoitoisuuden tasosta ja sen toteutumisesta yleisesti sovitulla järjestelmällä (Williams & Grouch 2006, Fagerström & Rauhala 2007, Lämsä 2007, Fagerström 2009) sekä voidaan

hyödyntää saatua tietoa johtamisen työvälineenä, kuten resurssien allokoinnissa (VanSlyck & Johnson 2001, Ruland & Ravn 2003, Harper & McCully 2007). Optimaalisella hoitoisuuden tason määrittämisellä pyritään kuvaamaan tilannetta jolloin potilaan hoidon tarve on tasapainossa hoitotyön resursseihin nähden (Fagerström ym. 2000a, Rainio & Ohinmaa 2005, Pusa 2007). Optimaalisella hoitoisuustasolla hoito on ammattilaisten arvioimana hyvää ja ammattitaitoista, hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan ja tilanne edistää työilmapiiriä sekä työtyytyväisyyttä. Korkeaa hoitoisuustasoa kuvastavat puutteet potilashoidossa, huonontuneet työolosuhteet sekä alentunut työtyytyväisyys. Matala hoitoisuustaso näkyy ylimääräisinä resursseina ja mahdollisuutena hoitaa muutakin kuin pakolliset hoitotoimet. Pitkään jatkuessaan matala hoitoisuuden taso voi kääntyä negatiiviseksi ja turhautumista aiheuttavaksi, yksikön käydessä ikään kuin tyhjäkäynnillä. (Fagerström ym. 2002.)

Ohjaus on aiemmin ymmärretty ohjauksen antajan aktiivisuutena ja siinä on korostettu hoitotyöntekijän asiantuntemusta, jolloin ohjausta saava henkilö on jäänyt passiiviseksi vastaanottajaksi. Asiakkuuden muutoksen myötä ohjauksen näkökulma on muuttunut. Asiakas nähdään aktiivisena osallistujana ja ohjaussuhteessa pyritään tasa-arvoisuuteen. Ohjauksella on todettu positiivisia vaikutuksia hoitoon ja sairautteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen sekä arkipäivästä selviytymiseen. (Lipponen ym. 2006, Kääriäinen 2007.) Ohjaus on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa. Terveydenhuollon rakenteen muutokset asettavat haasteita ohjauksen toteutukselle. Hoitajaksot sairaalassa ovat lyhentyneet ja polikliininen hoito lisääntynyt. Poliklinikalla tarkoitetaan tässä erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikkaa, jonne potilaat saavat kutsun lähetteen perusteella. Potilaalla tarkoitetaan aikuista, joka sairauden tai tapaturman vuoksi on ollut hoidettavana ajanvarauspoliklinikalla.

Vuonna 2008 Suomessa tehtiin 7,4 miljoonaa avohoitokäyntiä, joista somaattisilla

erikoisaloilla 5,9 miljoonaa. Käynnit ovat lisääntyneet 20 % vuodesta 2000 (THL 2010). Ohjaus poliklinikalla eroaa osastoilla annettavasta ohjauksesta poliklinikakäynnin rajallisen ajan vuoksi. Potilaiden tarpeet on huomioitava lyhyillä käynneillä, ja itsehoito-ohjeiden ymmärtäminen korostuu. Poliklinikapotilaiden omia voimavaroja ja vastuunottoa terveydestään tulee tukea. Potilaat saattavat kokea, etteivät he saa riittävästi tietoa, jotta voisivat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Ohjauksen avulla voidaan tukea potilaan tilanteen hallinnan ja selviytymisen tunnetta (Hiidenhoivi 2001, Lipponen ym. 2006, Way ym. 2008, Makkonen ym. 2010, Vashi & Rhodes 2011).

Ohjausta kritisoidaan siitä, että se ei perustu potilaan yksilöllisiin oppimistarpeisiin, se ei ole suunnitelmallista, sen sisältö on puutteellista, ohjausmenetelmien hallinta on kapea-alaista eikä omaisia oteta riittävästi huomioon. Vaikka hoitajat mielestään asennoituvat ohjaustilanteisiin hyvin, on asennoitumisessa edelleen korjaamisen varaa. Hoitajan oman toiminnan perustelemisen itselle ja eettisten lähtökohtien pohdinta on tärkeää. Tämä edellyttää omien uskomusten, kokemusten ja mahdollisten ennakkoluulojen tarkastelua. (Kääriäinen ym. 2005, Kanerva ym. 2008, Kääriäinen 2008.) Potilaiden ja omaisten asiantuntemuksen huomioiminen ohjauksessa korostui haastattelututkimuksissa (Nevalainen ym. 2007, Salminen-Tuomaala ym. 2008). Edellä mainituista syistä on tärkeää tarkastella ohjausta sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta. Tarkastelemalla potilaan hoitoisuutta ja arviota saamastaan ohjauksesta saadaan kokonaisvaltainen kuva ohjauksen toteutuksesta poliklinikalla. Lisääntyvän polikliinisen hoidon myötä aihe on ajankohtainen ja vaatii asianmukaista tutkimuksellista huomiota.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata polikliinista potilasohjausta hoitoisuuden ja

potilaiden näkökulman avulla sekä hoitoisuuden yhteyttä potilaan ohjaukseen poliklinikalla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen kehittämiseen erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Tutkimusongelmat olivat:

1. Millaista on poliklinikapotilaiden ohjaus Tampereen yliopistollisessa sairaalassa poliklinikan palvelumittarin avulla arvioituna?
2. Millaista on poliklinikapotilaiden hoitoisuus POLIHOIQ -hoitoisuusluokittelun avulla arvioituna?
3. Miten hoitoisuus on yhteydessä potilaan arvioihin saamastaan ohjauksesta?

Aineiston keruu ja analysointi

Aineisto

Tutkimusaineisto kerättiin retrospektiivisesti viideltä Tampereen yliopistollisen sairaalan aikuisten ajanvarauspoliklinikalta kolmen viikon hoitopäiviltä (N = 75), lokamarraskuussa 2010. Tampereen yliopistollisen sairaalan henkilökunta kerää aineistoa säännöllisesti toiminnan arvioimiseksi. Tutkimukseen aineisto luovutettiin arkistoaineistona, josta potilaiden tunnistetiedot oli poistettu. Aineisto koostui RAFAELA™ -järjestelmään kuuluvalla POLIHOIQ -mittarilla arvioidusta hoitoisuusluokittelusta (N = 3301) sekä poliklinikan laatumittarin vastauksista (N = 420). Poliklinikatoimintaa oli viitenä päivänä viikossa virka-aikana. Poliklinikalla työskenteli päivittäin keskimäärin 6 hoitajaa (ka = 5.5, Sd = 2.0), vaihteluvälin ollessa 2–12. Keskimäärin poliklinikalla kävi päivittäin 41 potilasta (mediaani (Md) = 41, alakvartiili (Q₁) = 30, yläkvartiili (Q₃) = 53).

Mittarit

Potilaiden hoitoisuutta tarkasteltiin RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluvan POLIHOIQ -mittarin avulla, joka on yksi tapa mitata ja arvioida hoitoisuutta. RAFAELA™ -järjestelmä on kehitetty Oulu Patient Classification (OPC) -mittarin poh-

jalta kanadalaisesta Hospital Systems Study Goup (HSCG) -hoitoisuusluokituksesta. Se on tarkoitettu erikoissairaanhoidon vuodeosastoille ja on Suomessa laajalti käytössä. Koska hoito poliklinikoilla eroaa vuodeosaston hoitotyöstä merkittävästi, on polikliinista hoitoisuutta mittaamaan kehitetty POLIHOIQ -sovellus Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2001–2003. (Fagerström ym. 2000a, Rainio & Ohinmaa 2005, FCG 2010.)

POLIHOIQ -mittari koostuu 6 osaluueesta: 1) hoitotyön suunnittelu ja koordinointi, 2) terveydentila, 3) lääkehoito ja ravitseminen, 4) hygienia ja eristystoiminta, 5) liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo sekä 6) jatkohoito ja emotionaalinen tuki. Hoitoisuus jaetaan viiteen luokkaan tuen ja ohjauksen tarpeen mukaan. Arviointi tehdään neliportaisella asteikolla A–D, jonka mukaan potilaan hoitoisuus arvioidaan pisteyttämällä. A (= 1 piste) kuvaa omatoimista potilasta, B (= 2 pistettä) ajoittaista tai lyhytaikaista hoidon tarvetta, C (= 3 pistettä) toistuvaa tai vaativaa hoidontarvetta ja D (= 4 pistettä) jatkuvaa tai erittäin vaativaa hoidon tarvetta. Osa-alueiden luokituksista lasketaan yhteispisteet, joiden mukaan potilaat jakautuvat viiteen hoitoisuusluokkaan. Pistemäärä 6–8 kuvaa potilaan selviytyvän omatoimisesti (Luokka I), 9–12 pistettä hoidon tarpeen muodostuvan tarvittaessa avustamisesta tai ajoittaisesta ohjauksesta/tuesta (Luokka II), 13–15 pistettä tarvittavasta avustamisesta ja melko vaativasta ohjauksesta/tuesta (Luokka III), 16–20 pistettä hoidon tarpeen muodostuvan toistuvasta ja vaativasta hoidosta sekä seurannasta/ohjauksesta (Luokka IV) ja 21–24 pistettä saanut potilas vaatii jatkuvaa tai erittäin vaativaa hoitoa ja seurantaa/ohjausta (Luokka V). (Kaustinen 1995, FCG 2010.) RAFAELA™ -järjestelmä on todettu useissa tutkimuksissa validiksi ja reliaabeliksi mittaamaan potilaiden hoitoisuutta erikoissairaanhoidossa (Kaustinen 1995, Fagerström 2000, Fagerström ym. 2000b), mutta POLIHOIQ -mittarin validiteettia ei ole tieteellisesti arvioitu.

POLIHOIQ -mittarista käytettiin osa-alueita 1 (hoidon suunnittelu ja koordinointi)

sekä 6. (jatkohoito ja emotionaalinen tuki), joiden katsottiin kuvaavan hoitoisuutta ohjauksen näkökulmasta, sillä ohjauksen merkitys korostuu hoidon alun suunnitteluvaiheessa, kuten myös jatkohoidon suunnittelussa. Näille osa-alueille laskettiin niiden prosentuaalinen osuus yhteispisteistä.

Potilaiden arvioita ohjauksesta tarkasteltiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käytössä olevalla poliklinikan palvelumittarilla (Hiidenhovi 2001). Mittari koostuu 12 kysymyksestä, joihin vastataan kouluarvosanoilla 4–10, siten että 4 = ala-arvoinen, 5 = heikko, 6 = välttävä, 7 = tyydyttävä, 8 = hyvä, 9 = kiitettävä ja 10 = erinomainen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategisena tavoitteena on saada > 90 % potilailta arvosana 8–10. Tämän jaottelun mukaan vastaukset on jaettu kahteen luokkaan, 4–7 ja 8–10 myös tutkimuksen tulosten tarkastelussa. Potilaat vastaavat hoitoaan koskeviin kysymyksiin kolmesti vuodessa kaikilla Pirkanmaan Sairaanhoitopiirin poliklinikoilla. Joka viidennelle potilaalle jaetaan kyselylomake poliklinikkakäynnin ilmoittautumisen yhteydessä, ja lomakkeet palautetaan nimettömänä poliklinikoilla sijaitseviin palaute-laatikoihin. Tutkimuksessa mukana olleiden viiden poliklinikan potilaista (N = 3301) lomakkeen palautti 420 (vastausprosentti 63 %). Logistisen regressiomallin ja Cronbachin alfan (vaihteluväli 0.71–0.94) perusteella mittari on todettu validiksi ja reliabeliksi. Mittarin validiteettia on vahvistettu esitutkimuksen sekä asiantuntija-arvioiden avulla. (Hiidenhovi 2001.)

Tutkimuksessa poliklinikan palvelumittarin tiedot kerättiin samoilta poliklinikoilta saman ajanjakson ajalta kuin POLIHOIQ-mittarin tiedot. Tutkimukseen valittiin mittarin 12 kysymyksestä viisi, joissa tarkasteltiin ohjausta ennen poliklinikkakäyntiä tai sen aikana: ”saitteko etukäteen tietoa siitä kuinka paljon aikaa kuluu poliklinikkakäynnillä?”, ”saitteko tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?”, ”saitteko tietoja lääkkeistänne ja niiden vaikutuksista?”, ”saitteko tietoja hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?” sekä ”saitteko tietoja sairautenne ennusteesta?”.

Analyyysi

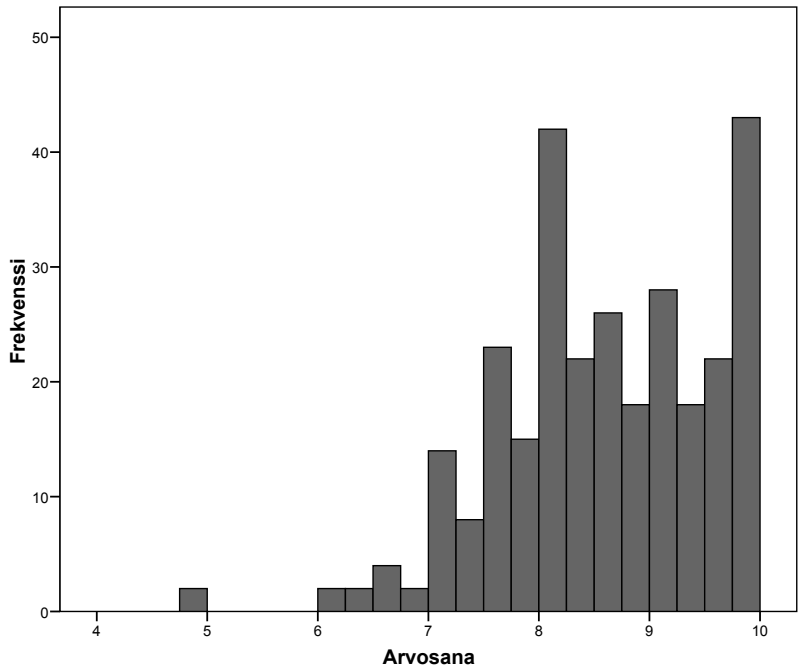
Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 15.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Kuvailuvina menetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja. Hoitoisuuden ja asiakaskohtaisten arvioiden välistä yhteyttä tarkasteltiin ensin Pearsonin korrelaatioker-toimella. Muuttujien yhteyden tarkastelua varten muodostettiin poliklinikan palvelumittarin päivittäisistä asiakaskohtaisista arvioista yksi muuttuja, jossa laskettiin poliklinikkakohtainen päivittäinen keskiarvo. Poliklinikoiden toiminnan erilaisuuden vuoksi kaikki vastaajat eivät tarvitseet kaikkea tietoa, jota kyselylomakkeessa pyydettiin arvioimaan. Vastausvaihtoehtona oli ”en tarvinnut tietoa tällä käynnillä”. Tästä syystä keskiarvon muodostamisessa huomioitiin vain ne lomakkeet, joissa oli vastattu vähintään kolmeen kysymykseen viidestä (n = 291). Hoitoisuusmuuttujista käytettiin osa-alueiden 1 (hoidon suunnittelu ja koordinointi) sekä 6 (jatkohoito ja emotionaalinen tuki) prosentuaalisia osuuksia hoitoisuuden yhteispisteistä.

Lineaarisen regressioanalyysin avulla tutkittiin useampien selittävien muuttujien yhteyttä päivittäiseen asiakaskohtaiseen arvioon. Selittävinä muuttujina oli ensimmäisessä mallissa hoitotyön suunnittelu ja koordinointi (hoitoisuuden osa-alue 1) sekä hoitajakohtainen hoitoisuus, ja toisessa mallissa jatkohoito ja emotionaalinen tuki (hoitoisuuden osa-alue 6) sekä hoitajakohtainen hoitoisuus. Lineaarisen regressioanalyysin oletus jäännösten normaalijakautuneisuudesta tarkastettiin ja se oli voimassa (Munro 2005).

Tulokset

Potilasohjaus

Potilaat kokivat saaneensa poliklinikkakäynneillä ohjausta hyvin tai erinomaisesti (ka 8.6, Sd 1.0). Potilaista 91 % antoi ohjauksesta arvosanan 8–10 (Kuvio 1). Poliklinikoiden välillä oli vaihtelua vastausten jakautumisessa. Suurin osa potilaista oli



Kuvio 1. Arvosanojen ja-kautuminen ohjausta koskevista kysymyksissä (n = 291).

Taulukko 1. Vastausten jakautuminen ohjausta koskevista kysymyksissä (N = 420).

	Hyvin tai erin- omaisesti (8–10)		Muut arvosanat (4–7)		En tarvinnut tietoa tällä käynnillä	
	%	n	%	n	%	n
Saitteko etukäteen tietoa siitä, kuinka paljon aikaa kuluu poliklinikkakäynnillä?	47	193	31	129	22	89
Saitteko tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?	82	328	4	16	13	55
Saitteko tietoja lääkkeistänne ja niiden vaikutuksesta?	38	145	6	21	56	212
Saitteko tietoja sairautenne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?	59	248	8	32	29	114
Saitteko tietoja sairautenne ennusteesta?	55	210	11	41	35	134

saanut tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista (82 %) (Taulukko 1). Noin puolet (47 %) oli saanut etukäteen hyvin, kiittävästi tai erinomaisesti tietoa siitä, kuinka paljon aikaa kuluu poliklinikkakäynnillä. Vähiten tietoa oli tarvittu lääkkeistä ja niiden vaikutuksesta.

Hoitoisuus

Potilaiden hoitoisuuspisteiden päivittäinen poliklinikkakohtainen kokonaissumma vaihteli välillä 140–1020 (ka 408). Osa-alueen 1. ”hoitotyön suunnittelu ja koordinointi” keskimääräinen osuus hoitoisuuden kokonaispisteistä oli 22 % ja osa-alueen 6.

Taulukko 2. Eri hoitoisuusluokkiin kuuluvien potilaiden keskimääräinen osuus (n = 75¹.)

Luokka	Md ² (min-max)
Luokka 1. Selviytyy omatoimisesti tai avun/ohjauksen/tuen tarve on vähäistä	38 (8–84)
Luokka 2. Hoidon tarve muodostuu tarvittaessa avustamisesta ja/tai ajoittaisesta tai lyhytaikaisesta ohjauksesta/tuesta	46 (14–79)
Luokka 3. Hoidon tarve muodostuu tarvittaessa avustamisesta/huolehtimisesta ja/melko vaativasta ohjauksesta/tuesta	6 (0–36)
Luokka 4. Hoidon tarve muodostuu toistuvasta ja/tai vaativasta hoidosta/seurannasta/ohjauksesta/tuesta	0 (0–19)
Luokka 5. Hoidon tarve muodostuu jatkuvasta ja/tai erittäin vaativasta hoidosta/valvonnasta/ohjauksesta/tuesta	0 (0–3)

¹) Hoitopäivien lukumäärä kerrottuna tutkimukseen osallistuneiden poliklinikoiden lukumäärällä

²) Aineistosta on laskettu jokaiselle poliklinikalle kuhunkin hoitoisuusluokkaan kuuluvien potilaiden prosentuaalinen osuus. Mediaani = kuinka monta prosenttia potilaista keskimäärin kuului eri hoitoisuusluokkiin koko aineistossa.

Taulukko 3. Lineaarisen regressioanalyysin tulokset potilaiden ohjauksesta antamien arvioiden yhteydestä selittäviin muuttujiin.

	B ¹	se(B) ²	p	Selitysaste
Malli 1				6.6 %
Hoitotyön suunnittelu ja koordinointi	-0.088	0.034	0.012	
Hoitajakohtainen hoitoisuus	0.004	0.003	0.126	
Malli 2				-2.7 %
Jatkohoito ja emotionaalinen tuki	0.004	0.033	0.910	
Hoitajakohtainen hoitoisuus	0.001	0.003	0.747	

¹) Regressiokerroin

²) Keskivirhe

”jatkohoito ja emotionaalinen tuki” 21 %. Poliklinikan asiakkaista valtaosa oli omatoimisia, tai hoidon tarve muodostui ajoittaisesta tai lyhytaikaisesta tuesta (Taulukko 2).

Hoitoisuuden ja ohjauksen yhteys

Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla arvioituna hoitotyön suunnittelun ja koordinoinnin (oa1) sekä potilaiden ohjauksesta antaman arvion välillä oli heikko negatiivinen yhteys ($r = -0.25$, $p < 0.05$) siten, että mitä enemmän hoitaja koki käyttäneensä resursseja hoidon suunnitteluun ja koordi-

nointiin, sitä heikommin potilaat arvioivat saaneensa ohjausta. Yksiköiden välillä oli vaihtelua ($r = -0.03$ – -0.59). Otoskoot yksikkötasolla olivat kuitenkin niin pieniä, ettei niiden perusteella voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Jatkohoidon ja emotionaalisen tuen sekä potilaiden ohjauksesta antaman arvion välillä ei todettu yhteyttä.

Lineaarisen regressioanalyysin avulla haluttiin tarkistaa, säilyykö havaittu yhteys, kun mallissa huomioidaan myös hoitajakohtainen hoitoisuus (Taulukko 3). Malleissa selitettävänä muuttujana oli potilaiden ohjauksesta antamat arvio. Selittävinä muuttujina ensimmäisessä mallissa oli hoitotyön

suunnittelu ja koordinointi sekä hoitajakoh- tainen hoitoisuus ja toisessa mallissa jatko- hoito ja emotionaalinen tuki sekä hoitaja- kohtainen hoitoisuus. Hoitajakohteisella hoitoisuudella tarkoitetaan poliklinikan hoitoisuuden kokonaiskuormittavuutta yhtä hoitajaa kohti. Hoitotyön suunnittelu ja koordinointi oli edelleen tilastollisesti mer- kitsevästi yhteydessä potilaiden ohjauksesta antamaan arvioon ($p = 0.012$), mutta mallin selitysaste on vain 6.6 %. Yhteys säilyi ne- gatiivisena. Jatkohoito ja emotionaalinen tuki ei edelleenkään ollut yhteydessä poti- laiden ohjauksesta antamaan arvioon.

Pohdinta ja johtopäätökset

Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisyys huomioitiin koko prosessin ajan (Eriksson ym. 2008, TENK 2011). Tutkimuslupa saatiin Pirkan- maan sairaanhoitopiiristä ja RAFAELA™ -jär- jestelmän käyttöön FCG Finnish Consulting Group Oy:sta. Potilaskyselyn aineistoa ei ole kerätty tieteellistä tutkimusta varten, vaan sairaalan toiminnan kehittämiseksi. Potilaille ei ole näin ollen annettu tietoa tutkimukseen osallistumisesta. Kuitenkin on katsottu, että eettisen toimikunnan lausun- toa ei tarvittu käytettäessä arkistoaineistoa, sillä siitä ei ollut tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä, eikä tutkimus ollut erityisen ar- kaluontoinen.

Tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että poliklinikan palvelumittari sisälsi run- saasti ”en tarvinnut tietoa tällä käynnillä” -vastauksia. Lisäksi tulokset koskevat osaa yhden sairaalan poliklinikoista, joten tulok- sia ei voida sellaisenaan yleistää laajemmin. Potilaiden taustatietoja ei ollut käytettävissä, mikä saattaa vaikuttaa tutkimustulosten yleistettävyyteen. Potilaan fyysisillä ja so- siaalisilla ominaisuuksilla, kuten sukupuol- lella ja siviilisäädyltä, on todettu olevan vaikutusta ohjaukseen (Renholm & Suomi- nen 2000, Salminen-Tuomaala ym. 2008, Paavilainen ym. 2009). Luotettavuutta hei- kentävänä tekijänä voidaan pitää myös sitä,

että tutkimuksessa käytetyt aineistot eivät ole kerätty tutkimuskäyttöön, eikä tutkijalla ole mahdollisuutta vaikuttaa aineiston han- kintaan tai seurata tiedonkeruuprosessia.

Luotettavuuden lisäämiseksi tutkimukses- sa tarkasteltiin viiden poliklinikan tietoja, jotka ovat olleet mukana POLIHOIQ -mitta- rin pilotoinnissa alusta asti. Mukaan otettiin vain aikuispotilaita koskevat aineistot ver- tailukelpoisuuden vuoksi. Molemmilla mit- tareilla aineisto on kerätty todellisesta po- tilasjoukosta ilman valikointia, joten otok- sen voidaan ajatella kuvaavan yleisesti eri- koissairaanhoidon poliklinikoiden potilaita, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Polit & Beck 2008).

Mittareiden validius lisää tutkimuksen luotettavuutta (Polit & Beck 2006, Kankku- nen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa poliklinikan laatumittarista muodostettujen ohjausta koskevien kysy- mysten sisäinen johdonmukaisuus Cron- bachin alfa-kertoimella oli 0.66, jota voi- daan pitää hyväksyttävänä (Metsämuuronen 2003). Kysymys ennen poliklinikkakäyntiä annetusta tiedosta heikensi alfa-kerrointa, mutta se säilytettiin analyysissä sisällöllisen rikkauten vuoksi. POLIHOIQ -mittaria on käytetty muissa sairaaloissa, mutta sitä pi- lotoidaan Tampereen yliopistollisessa sai- raalassa. Mittarille ei ole vielä suoritettu luotettavuusmittauksia poliklinikoilla, joten optimaalista hoitoisuuden tasoa (Fagerström ym. 2000a) ei ole määritetty.

Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata polikliinista potilasohjausta hoitoisuuden ja potilaiden näkökulman avulla sekä hoitoi- suuden yhteyttä potilaan ohjaukseen poli- klinikalla. Potilaan hoitoisuuden ja ohjauk- sen yhteyttä ei ole selvitetty aiemmin Suo- messa, joten tutkimuksella tuotettiin uutta tietoa aiheesta.

Hoitajat käyttivät poliklinikkakäynnin re- sursseista lähes puolet potilaiden hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun, koordinointiin sekä emotionaalisen tuen antamiseen. Tämä saattaa kuvata ohjauksen keskeistä roolia yhtenä hoidon laadun osa-alueena (Oer-

mann ym. 2001). Tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempaa tutkimustietoa hoitajien ajankäytöstä, sillä on todettu, että poliklinikkakäyntien lyhyen keston vuoksi ohjaus tulisi olla ennalta suunniteltua, osin strukturoitua mutta silti yksilöllistä (Oliver ym. 2001, Everett ym. 2003).

Vain noin puolet vastaajista oli saanut etukäteen hyvin tai erinomaisesti tietoa poliklinikkakäynnin kestosta. Kuitenkin pitkän odotusajan on todettu olevan merkittävä yksittäinen tyytymättömyyttä aiheuttava tekijä poliklinikkakäynneillä, etenkin jos odotusajan kestosta ei ole ollut tietoa. (Messner ym. 2005, Calderon ym. 2006, Salminen-Tuomaala ym. 2008.) Poliklinikkakäynnin kestosta ja mahdollisesta odotusajasta tiedottaminen olisi yksinkertainen tapa lisätä potilastytytävyyttä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategisen tavoitteena on, että poliklinikan palvelumittarin vastauksista 90 % on välillä hyvä ja erinomainen (8–10) (PSHP 2010). Tulosten mukaan ohjausta koskevissa kysymyksissä tavoitteeseen päästiin, sillä potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Välttäväksi tai sitä huonommaksi ohjauksen oli arvioinut vain pieni määrä vastaajista. Mittarin avulla saatu tieto kuvaa ohjausta määrällisesti. Se ei kuitenkaan erittele ohjauksen sisällöllisiä tai menetelmällisiä rakenteita, joita tutkimalla saisi vielä kokonaisvaltaisemman kuvan ohjauksesta poliklinikalla.

Hoitotyön suunnittelun ja koordinoinnin sekä potilaiden ohjauksen välillä todettiin heikko negatiivinen yhteys. Huolimatta siitä, että hoitajat kokivat käyttäneensä runsaasti aikaa potilaiden asioiden hoitamiseen, potilaat eivät kokeneet saavansa parempaa ohjausta. Hoitajakohtaista hoitoisuutta tarkastellessa negatiivinen yhteys säilyi, mikä tukee ajatusta siitä, että hoidon suunnittelu ja koordinointi sisältää muitakin hoitotyön toimintoja ohjauksen lisäksi. Hoitajat ovat käyttäneet aikaa välilliseen hoitotyöhön (Partanen 2002), joka ei näy potilaalle vastaanottokäynnillä.

Jatkohoidon suunnitteluun ja emotionaaliseen tukeen käytetyillä resursseilla ei ollut yhteyttä potilaan kokemuksiin ohjauksesta.

Tulos kuvaa sitä, että potilaat ovat kokeneet ohjauksen samanlaatuiseksi huolimatta potilaan hoitoisuuden asettamista haasteista hoitohenkilökunnalle jatkohoidon suunnitteluun ja emotionaaliseen tukeen liittyen.

Jobtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen perusteella voidaan esittää johtopäätös, että potilaan hoitoisuus ei ole yhteydessä potilaiden kokemaan ohjauksen laatuun poliklinikalla. Tieto on merkityksellinen avohoidon jatkuvasti lisääntyessä. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että korkeampiakin hoitoisuusasteita saavia potilaita voidaan ohjata poliklinikkakäyntien yhteydessä. Hoitajat käyttävät ohjaukseen lähes puolet poliklinikkakäyntiin liittyvästä työmäärästä ja potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa ohjauksen määrään. Hoitoisuus ja ohjaus ovat ilmiöitä, jotka ansaitsevat edelleen tutkimuksellista huomiota. Tässä tutkimuksessa tuotettu tieto koostui yhden sairaalan poliklinikoista ja aineisto oli kohtuullisen pieni. Tästä syystä tulokset eivät ole yleistettävissä laajemmin, mutta tuloksia voidaan käyttää suuntaa antavina, sekä perustana jatkotutkimukselle. Koska aineistosta ei ollut mahdollista erotella eri ammattiryhmien antamaa ohjausta, hoitajien antaman ohjauksen laatua voisi jatkossa tarkastella erillisenä muuttujana.

Jatkotutkimushaasteena olisi lisäksi tunnistaa ne potilasryhmät jotka eivät ole tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja kohdentaa ohjausresursseja sekä kehittämistyötä näiden potilaiden ohjaukseen. Hoitoisuuden ja ohjauksen välisten yhteyksien tarkempaa tarkastelua varten tulisi kehittää hoitoisuusluokitusmittarin kanssa samoilla parametreilla toimiva mittari ohjauksen laadun tarkasteluun. Lisäksi jatkossa tulisi todentaa POLIHOIQ -mittarin validius.

VSTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: MP, ALA, A-MK, MK, aineistonkeruu: MP, aineiston analysointi: MP, A-MK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: MP, ALA, A-MK, MK, käsikirjoituksen kommentointi: MP, ALA, A-MK, MK

LÄHTEET

- Calderon Y, Haughey M, Bijur PE, Leider J, Moreno-Walton L, Torres S, Gennis P & Bauman LJ. 2006. An Educational HIV Pretest Counseling Video Program for Off-Hours Testing in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 48 (1), 21–28.
- Eriksson K, Leino-Kilpi H & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Hoitotiede ja tiede-etiikka. *Hoitotiede* 20 (8), 295–303.
- Everett J, Jenkins E, Kerr D & Cavan DA. 2003. Implementation of an effective outpatient intensive education programme for patients with type 1 diabetes. *Practical Diabetes International* 20 (2), 51–55.
- Fagerström L. 2000. Expertvalidering av Oulu patient classification – en fas i utvecklingen av ett nytt system för värdeytngsklassificering, RAFAELA. *Vård I Norden* 20 (3), 15–21.
- Fagerström L. 2009. Benchmarking by the RAFAELA patient classification system – a descriptive study of optimal nursing intensity levels. Teoksessa: Saranto K, Brennan PF, Hyeoun-Ae P, Tallberg M & Ensio A. (toim.) *Connecting Health and Humans: Proceedings of NI2009/the 10th International Congress on Nursing Informatics* 146, 25–29.
- Fagerström L, Nojonen K & Åkers A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncil -menetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. *Hoitotiede* 14 (4), 180–191.
- Fagerström L, Rainio A-K, Rauhala A & Nojonen K. 2000a. Professional assessment of optimal nursing care intensity level. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14 (2), 97–104.
- Fagerström L, Rainio A-K, Rauhala A & Nojonen K. 2000b. Validation of a new method for patient classification, the Oulu patient classification. *Journal of Advanced Nursing* 31 (2), 481–490.
- Fagerström L & Rauhala A. 2007. Benchmarking in nursing care by the RAFAELA patient classification system – a possibility for nurse managers. *Journal of Nursing Management* 15 (7), 683–692.
- FCG, Finnish Consulting Group. 2010. *RAFAELA -hoitoisuusjärjestelmä*. <http://www.rafaela.fi/rafaela/2.10.2010>
- Giovanetti P. 1979. Understanding patient classification systems. *Journal of Nursing Administration* 9 (2), 4–9.
- Harper K & McCully C. 2007. Acuity systems dialogue and patient classification system essentials. *Nursing Administration Quarterly* 31 (4), 284–299.
- Häidenhovi H. 2001. *Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla*. Acta Universitatis Tampereensis 833. Tampereen yliopistopaino Juvenes Print Oy, Tampere.
- Kanerva A, Kujala P & Vertainen-Hiironen A. 2008. Tietotorni auttaa potilasohjauksessa. *Sairaanhoitaja* 81 (3), 41–43.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Kaustinen T. 1995. *Hoitoisuusluokituksen kehittäminen ja arviointi Oulun yliopistollisessa keskussairaalaissa v. 1991–1993*. Lisensiaatin tutkimus. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Kääriäinen M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Kääriäinen M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (4), 10–15.
- Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (1), 10–15.
- Lipponen K, Kyngäs K & Kääriäinen M (toim.) 2006. *Potilasohjauksen baasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Lämsä R. 2007. Näkymättömyydestä näyttämölle: hoitotyön toimijat hoitoisuusluokituksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44 (1), 8–19.
- Makkonen A, Hupli M & Suhonen R. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22 (2), 129–140.
- Messner ER, Reck DL & Curci KM. 2005. *Effectiveness of a Patient Education Brochure in the Emergency department*. Topics in Emergency medicine 27 (4), 251–255.
- Metsämuuronen J. 2003. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. International Methelp Ky, Jyväskylä.
- Munro BH. 2005. *Statistical Methods for Health Care Research*. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Nevalainen A, Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede* 19 (4), 192–201.
- Oermann MH, Harris CH & Dammeyer JA. 2001. Teaching by the nurse: How important it is to patients? *Applied Nursing Research* 14 (1), 11–17.
- Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH & Meyers FJ. 2001. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *Journal of Clinical Oncology* 19 (7), 2206–2212.
- Paavilainen E, Salminen-Tuomaala M, Kurikka S & Paussu P. 2009. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of Clinical Nursing* 18 (16), 2217–2224.
- Partanen P. 2002. *Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E 99. Kopijyvä Oy, Kuopio.
- Polit DF & Beck CT. 2006. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*. 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit DF & Beck CT. 2008. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- PSHP, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. *Toiminta- ja*

- taloussuunnitelma 2011–2013*. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=10499&GUID={AE440ECC-6B03-48CE-8C8F-10AAC81E8407}> 15.2.2011
- Pusa A-K. 2007. *The right nurse in the right place. Nursing productivity and utilization of the RAFAELA patient classification system in nursing management*. Kuopion yliopiston julkaisuja E 147. Kopijyvä Oy, Kuopio.
- Rainio A-K & Ohinmaa A. 2005. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system. *Journal of Clinical Nursing* 14 (6), 674–684.
- Rauhala A. 2008. *The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing*. Kuopion yliopiston julkaisuja E 159. Kopijyvä Oy, Kuopio.
- Renholm M & Suominen T. 2000. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede* 12 (3), 111–120.
- Ruland CM & Ravn IH. 2003. Usefulness and effects on costs and staff management of a nursing resource management information system. *Journal of Nursing Management* 11 (3), 208–215.
- Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Korkiamäki K & Paavilainen E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20 (5), 258–266.
- TENK, tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. *Hyvä tieteellinen käytäntö*. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanta.html 8.8.2011
- THL. 2010. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot 2009*. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24_09.pdf 3.3.2011
- VanSlyck A & Johnson KR. 2001. Using patient acuity data to manage patient care outcomes and patient care costs. *Outcomes Management for Nursing Practice* 5 (1), 36–40.
- Vashi A & Rhodes KV. 2011. “Sign right here and you’re good to go”: A content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. *Annals of Emergency Medicine* 57 (4), 315–322.
- Way R, Lynch T & Bridges J. 2008. Learning from older people who use urgent care services. *Emergency Nurse* 16 (2), 20–22
- Williams S & Crouch R. 2006. Emergency department patient classification systems: A systematic review. *Accident and Emergency Nursing* 14 (3), 160–170.
- Mira Palonen, TtM, yliopisto-opettaja (ma.), Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, 33014 Tampereen yliopisto, sähköposti: mira.palonen@uta.fi*
- Anna Liisa Abo, TtT, yliassistentti, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, 33014 Tampereen yliopisto, sähköposti: anna.l.abo@uta.fi*
- Anna-Maija Koivisto, FM, yliopisto-opettaja (biometria), Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, 33014 Tampereen yliopisto, sähköposti: anna.m.koivisto@uta.fi*
- Marja Kaunonen, TtT, professori (ma.), Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede/Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tiedekeskus, 33014 Tampereen yliopisto, sähköposti: marja.kaunonen@uta.fi*