

Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa

Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat ohjaajien tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmenetelmien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. Hoitoaikojen lyhentyessä erikoissairaanhoidossa suuri osa ohjauksesta jää perusterveydenhuollon vastuulle. Artikkeliksi on osa laajempaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä toteutettavaa tutkimushanketta. Artikkelissa selvitetään henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta yhden sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköissä. Aineisto (n = 377) kerättiin kyselylomakkeilla vuonna 2006. Henkilöstön käsitykset olivat myönteisiä asenteiden, henkilökunnan välisen yhteistyön, ohjauksen kehittämismahdollisuuksien ja ohjauksen toteutuksen suhteen. Kehitettävää on tutkittavien käsityksen mukaan ohjausmenetelmien hallinnassa, ohjauksen ajoittamisessa sekä jossakin määrin henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Tutkimustulosten mukaan tutkittavien käsitykset olivat kielteisiä ohjaukseen käytettävissä olevan ajan, tilojen ja välineistön suhteen sekä suhtautumisessa omaisiin. Ohjauksen toimintaedellytysten vahvistaminen on jatkossakin tärkeää.

KAIJA LIPPONEN, OUTI KANSTE, HELVI KYNGÄS, LIISA UKKOLA

JOHDANTO

Terveystieteiden tehtävänä on potilaan hyvinvoinnin turvaaminen ja siitä huolehtiminen (Lahminen 2006). Sosiaali- ja terveydenhuolto on palveluita tuottava, työvoimavaltainen ala, jolla inhimilliset resurssit ovat keskeinen tuotantotekijä ja jolla työvoimaa ei voida merkittävästi korvata vaihtoehtoisilla tuotantotavoilla (Vallimies-Patomäki ym. 2002). Perusterveydenhuollon henkilöstö työskentelee laitoshoidossa, vastaanotoilla ja kotisairaanhoidossa ja työ on laaja-alaista ja vaativaa. Hoitotyön ammattitehtävissä toimivilta odotetaan asiantuntijuutta, joka edellyttää hyvää tietoperustaa, vahvaa osaamista ja arvopeustaa sekä jatkuvaa osaamisen ylläpitoa ja työkokemusta (Haapa-Laakso ym. 2000, Pihlainen 2000). Terveystieteiden yksiköissä hoidettavat potilaat tai asiakkaat ovat aiempaa huonokuntoisempia tai moniongelmaisempia. Potilashoito on siten myös henkilöstön osaamisen kannalta entis-

tä vaativampaa (Pyykönen 2001, Partanen ym. 2004).

Toimivien palveluketjujen kehittäminen ja henkilöstön ohjaustaitojen vahvistaminen on ajankohtainen haaste (Laakkonen 2004). Terveystieteiden toimintana ohjaus on osa potilaan tai asiakkaan asianmukaista ja hyvää hoitoa eikä yksikään palveluprosessi ole tyydyttävä ellei siihen sisällytetä potilasohjausta (Pekkarinen 2007). Pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidon jatkuvuutta edistävät potilaslähtöinen toiminta, hoidon porrastus, esteetön tiedonkulku, hoito-ohjelmat ja hoitosuositukset sekä moniammatillinen yhteistyö ja henkilöstön koulutus (Martens 1998, Pyykönen 2001, Matero ym. 2007). Lyhentyneet hoitoajat erikoissairaanhoidossa vaikuttavat siten, että suuri osa potilasohjauksesta jää avohoidon vastuulle. Niin ikään perusterveydenhuollon laitoshoidon purkamisen asettaa vaateita kotisairaanhoidossa toteutetta-

valle potilasohjaukselle (Savikko ym. 2004). Perusterveydenhuollon asemaa ja roolia voidaan vahvistaa osaamisen ja laadun parantamisen kautta (Myllymäki 2006).

Tehostettua potilasohjausta ja potilaan itsehoidon tukemista on tärkeää kehittää osana kaikkien pitkäaikaissairaiden potilasryhmien hoitoa ja seurantaa (Maynard 1999, Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005). Tärkeänä voimavarana potilaan kuntoutumisessa nähdään myös perhe ja vertaisryhmät (Kyngäs ym. 2001). Omaiset odottavat tukea ja ohjausta sekä mahdollisuutta kahdenkeskiseen keskusteluun henkilöstön kanssa (Nuikka 2002, Koivunen ym. 2003, Hopia ym. 2002). Ohjauksen toimivuus ja tuloksellisuus edellyttävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä koko palveluprosessin ajan. Huono tai laiminlyöty ohjaus voi tuhota hyvänkin primaarisen hoitotuloksen. Ohjausvastuussa olevilla tulisi olla aikaa (Marcus ym. 2002) ja valmiuksia suoriutua tehtävistä sekä yhdessä tehty sopimus potilasohjauksen menetelmistä kussakin sairaudessa ja hoitoyksikössä (Pekkarinen 2007).

Käsiteanalyysin perusteella ohjaus on asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen ja Kyngäs 2005). Laadukas potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan, edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja ja turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti. Laadukas potilasohjaus on aina potilaan tarpeista lähtevää sekä sidoksissa hoitohenkilöstön ja potilaan taustatekijöihin, kuten ikään, motivaatioon ja arvoihin. Taustatekijät, jotka voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin, luovat perustan vaikuttavan potilasohjauksen onnistumiselle. Potilaan ja hoitohenkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa on keskeistä tukea potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jotta hän ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. Laadukas potilasohjaus vaatii sekä asianmukaisia toimintaedellytyksiä hoitohenkilöstön, tilojen ja materiaalin suhteen että potilaiden riittävä ja vaikuttava ohjaamista (Kääriäinen 2007).

Ohjaus osana ammatillista toimintaa edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti. Potilaille on lakisääteinen

oikeus saada hoitoonsa liittyvää tietoa (Laki potilaan asemasta... 785/1992). Potilaat tarvitsevat tietoa sairaudestaan kotiutuessaan tai siirtyessään jatkohoitoon. Juridisen lähtökohdan lisäksi hoitohenkilöstön tulee tiedostaa eettisfilosofiset lähtökohdansa. Henkilöstön tulee tunnistaa omat arvolähtökohdansa ja hoitotyön periaatteet. Henkilöstöllä on vastuu itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutumisesta ja potilaan hyvän edistämisestä. Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen aktiivisuutensa lisääntyisi ja hän pystyisi ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä saavuttamaan mahdollisimman hyvin ne tavoitteet, joiden vuoksi hoitoa annetaan. Ohjauksessa tärkeää on hoitohenkilöstön ammattitaito, se pätevyys, jolla ohjausta toteutetaan. Ohjausvalmiudet (tiedot, taidot ja asenteet) sisältyvät ammatilliseen vastuuseen. Henkilöstöllä tulee myös olla hyvät tiedot ohjattavista asioista ja ohjausmenetelmistä sekä hyvät vuorovaikutustaidot.

Muita ohjauksen laatutekijöitä ovat asianmukaiset tilat, ohjaukseen käytetty aika ja välineet sekä ohjauksen riittävyys ja vaikuttavuus eli ohjauksen lopputulos. Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Yleisesti käytettyjä menetelmiä ovat suullinen, kirjallinen ja yksilöohjaus sekä ryhmäohjaus, demonstraatio ja audiovisuaalinen ohjaus (Martens 1998, Nilsson ym. 1999, Kyngäs 2003, Kyngäs ym. 2007, McKenna ja Scott 2007). Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen (Nilsson ym. 1999), itsehoitoon (Brus ym. 1998, Jaarsma ym. 2000, Hill ja Johnson 2001) ja arkipäivästä selviytymiseen (Kyngäs ym. 2001) sekä hoitoon sitoutumiseen (Kyngäs 2003, Stenman ja Toljamo 2002).

Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan tai potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin muut kohtaamiset ja siihen liittyy usein tiedon antamista. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen asioiden ratkaisija ja hoitohenkilöstö tukee häntä päätöksenteossa, mutta pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja (Kyngäs ym. 2007).

Hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan sairaalasta entistä nopeammin, joten ohjaukseen käytettävissä olevaa aikaa on vähän. Terveydenhuollon asiakkuus merkitsee myös enenevässä määrin hoitokontakteja sekä erikoissairaanhoi-

dossa että perusterveydenhuollossa. Siksi yhteisen asiakkaan hoidon ja ohjauksen jatkuvuus on turvattava. Henkilöstön osaamisen ja potilashoidon hyvän lopputuloksen varmistamisen kannalta on tärkeää ylläpitää korkeaa osaamisen tasoa kaikissa terveydenhuollon yksiköissä ja kiinnittää huomiota hoitoprosessin sujuvuuteen sekä ohjauksen toimintaedellytyksiin ja toteutukseen.

Tässä artikkelissa tarkastellaan seuraavia ohjauksen osa-alueita: henkilöstön tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset ohjausvalmiudet, ohjausmenetelmien hallinta ja ohjauksen toimintamahdollisuudet sekä ohjauksen toteutus. Ohjauksen toteutuksessa merkityksellistä on potilaslähtöisyys ja tunneulottuvuuden huomioiminen. Potilaslähtöinen ohjaus on suunnitelmallista ja siinä huomioidaan potilaiden yksilölliset tarpeet ja taustatekijät (Zernike ja Henderson 1998, Maynard 1999, McMurray ym. 2007, Kääriäinen 2007). Tunneulottuvuus muodostuu ohjaussuhdetta ylläpitävistä tekijöistä. Kun ohjattava saa myönteistä palautetta ja hänen ongelmistaan ja tunteistaan ollaan kiinnostuneita, hän kokee arvostusta ja turvallisuutta sekä pystyy hyödyntämään saamaansa ohjausta (Jalava 2007).

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen laadusta ja kehittämistarpeista perusterveydenhuollossa tietyllä alueella Pohjois-Suomessa. Tutkimus on osa laajempaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä toteutettavaa tutkimushanketta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta kunnallisessa perusterveydenhuollossa sekä tehdä vertailuja taustamuuttujien suhteen. Tutkimusongelmat ovat: (1) Millaiset ovat potilasohjauksen toimintaedellytykset perusterveydenhuollossa? (2) Miten potilasohjaus toteutuu perusterveydenhuollossa?

TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

AINEISTO

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella loppuvuodesta 2006 osana kaksivuotista tutkimus- ja kehittämishanketta, joka toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Kajaanissa. Kehittämishankkeen tavoitteena on ohjauksen mallintaminen kuuden potilasryhmän (sepelvaltimotautia ja diabeettista jalkahavaa sairastavien sekä syöpä-, tekonivel-, aivoinfarkti- ja keuhkohtaumapotilaiden) palvelupro-

sessiin. Hankkeessa kehitetään potilasohjausta alueellisesti yli organisaatorajojen terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisissa tiimeissä. Hankkeessa on mukana 14 kuntaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueelta sekä Kajaanin kaupunki. Yksiköt ovat sitoutuneet hankkeeseen kirjallisilla sopimuksilla.

Hankkeen idea syntyi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitotyön johtavien viranhaltijoiden aloitteesta hoitotyön asiantuntijaryhmässä ja sairaanhoitopiirin hoitotyön johtoryhmässä. Hoitotyön asiantuntijaryhmään kuuluu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien sekä erityisvastuualueen (Kainuu, Länsipohja, Keski-Pohjanmaa, Lappi) johtavia hoitajia, ylihoitajia tai vastaavia. Hoitotyön johtoryhmä muodostuu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ylihoitajista. Hanke on lisäksi jatkoa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toteutetulle potilasohjauksen kehittämistyölle (Lipponen ym. 2006a, Lipponen ym. 2006b). Tässä artikkelissa raportoidaan hankkeeseen osallistuvissa perusterveydenhuollon yksiköissä työskentelevän henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta.

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kunnan tai kuntayhtymän järjestämää terveys- tai sairaanhoitopalvelua terveyskeskuksen vuodeosastolla, avohoitoyksiköissä tai kotisairaanhoidossa. Lomakekysely suunnattiin hankkeessa mukana olevien kuntien terveydenhuollon henkilöstölle (n = 703), joka työskenteli terveyskeskuksen vuodeosastolla, avoterveydenhuollon vastaanotolla ja kotisairaanhoidossa. Vastaajat työskentelivät sairaanhoitajina, terveydenhoitajina, perushoitajina, lähihoitajina, fysioterapeutteina, toimintaterapeutteina, kuntahoitajina ja terveyskeskusavustajina sekä osaston- tai apulaisosastonhoitajina ja lääkäreinä. Tässä tutkimuksessa fysio- ja toimintaterapeuteista sekä kuntahoitajista käytetään yhteistä nimitystä terapeutit ja perus- ja lähihoitajista sekä terveyskeskusavustajista nimitystä perushoitajat. Otokoko suhteutettiin kuntien terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärään (suhteellinen kiintiöinti). Pääosa kyselylomakkeista lähetettiin postitse hoitotyön esimiehille, jotka jakoivat lomakkeet henkilöstölleen. Neljässä terveyskeskuksessa pystyttiin järjestämään esimiehille tiedotustilaisuus, jonka yhteydessä kyselylomakkeet jätettiin jaettavaksi. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, merkitys ja toteutus pääpiirteissään. Kyselyyn vastattiin vapaaehtoisesti

ja nimettömänä. Osa tutkimukseen osallistuneista kuitenkin koodattiin numerotunnuksin uusintakyselyä varten. Aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti.

MITTARI

Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja toteutusta arvioitiin potilasohjauksen laatua selvittävällä hoitohenkilöstömittarilla (© Rajala ja Kyngäs 2003, Kääriäinen ym. 2006). Mittari perustuu henkilöstön itsearviointiin. Laadun osa-alueet on mittarissa jaettu ohjauksen toimintaedellytyksiin ja toteutukseen sekä sellaisiin taustamuuttujiin, joilla aikaisempien tutkimusten mukaan oli ollut yhteyttä ohjaukseen ja sen laatuun (Kääriäinen 2007). Mittari sisältää taustatietojen (8 kysymystä) selvityksen lisäksi arviot ohjauksen toimintaedellytyksistä (52 osiota) ja ohjauksen toteutuksesta (9 osiota) (Taulukko 1). Ohjauksen toimintaedellytykset sisälsivät arviot henkilöstön potilasohjausvalmiuksista (tiedot, taidot ja asenteet), ohjausmenetelmien hallinnasta ja potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista. Tietoja ja taitoja arvioitiin 5-portaisella Likert-asteikolla kiitettävä (5) – huono (1). Asenteita arvioitiin 4-portaisella Likert-asteikolla täysin samaa mieltä (4) – täysin eri mieltä (1) ja ohjausmenetelmien hallintaa arvioitiin 5-portaisella Likert-asteikolla kiitettävä (5) – huono (1) – en käytä menetelmää (0). Ohjauksen toimintamahdollisuuksia ja ohjauksen toteutusta arvioitiin 4-portaisella Likert-asteikolla täysin samaa mieltä (4) – täysin eri mieltä (1). Taustatietoina selvitettiin vastaajan sukupuoli, ikä, tehtävänimike, työkokemus ja työyksikkö sekä ohjaukseen käytetty aika ja ohjauksessa käytetyn tiedon perusta. Lisäksi taustatietona kysyttiin ohjauksen ajankohtaa, johon vastaajat saattoivat valita yhdestä viiteen vaihtoehtoa. Ohjauksen ajankohtaa kuvaavia luokkia muodostui siten kaikkiaan seitsemän.

AINEISTON ANALYYSI

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisilla analyysimenetelmillä SPSS® for Windows 14.0 ohjelmalla. Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja toteutusta kuvaavien muuttujien informaatio tiivistettiin faktoreihin pääkomponenttianalyysillä. Pääkomponenttianalyysia voidaan soveltaa monen erilaiseen aineistoon ja tutkimustyyppiin, kun tarkoituksena on ryhmitellä suuri joukko muuttujia muutamaaan ryhmään ja näin vähentää tutkittavan ilmiön hajanaisuutta. Pyrkimyksenä on tiivistää informaatiota ja löytää suuresta in-

formaatiomäärästä jotain sellaista yhteistä muuttujien välillä, joka yhdistää muuttujat toisiinsa jollain teoriassa tai käytännössä toimivalla tavalla (Metsämuuronen 2008). Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä vapaata että pakotettua (Varimax) pääkomponenttianalyysiä. Pääkomponenttianalyysi tuotti mittarin muuttujista yhdestä kolmeen pääkomponenttia, jotka selittivät 9–44 prosenttia mallien vaihtelusta. Pääkomponentit nimettiin tilastollisin ja sisällöllisin perustein. Kokonais selitysosuudet vaihtelivat 37–66 prosentin välillä.

Pääkomponenttianalyysin perusteella muodostettiin summamuuttujia. Ennen summamuuttujien muodostamista arvioitiin niiden sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfa-arvojen (vaihtelu aineistossa 0.71–0.88) avulla. Hyväksyttävänä rajana voidaan pitää alphan arvoa 0.70 (Metsämuuronen 2005). Henkilöstön käsityksistä tiedoistaan, taidoistaan ja asenteistaan sekä ohjausmenetelmien hallinnasta muodostettiin summamuuttujat. Tiedollisista valmiuksista muodostettiin kolme (tieto sairauksista, tieto hoidon jälkeisestä voinnista ja tieto kuntoutumisesta), taidollisista valmiuksista kaksi (potilaan hyvinvoinnin tukemisen ja hoitoon valmistamisen taito) summamuuttujaa ja asenteellisista valmiuksista yksi (myönteinen asennoituminen) summamuuttuja. Ohjausmenetelmien hallinnasta muodostettiin kaksi summamuuttujaa (suullinen ja audiovisuaalinen ohjaus). Ennen summamuuttujien muodostamista suljettiin analyysin ulkopuolelle vastausvaihtoehto ”en käytä menetelmää”, jotta saatiin selville todellinen ohjausmenetelmän käytön hallinta. Siten vastaajien määrä vaihtelee. Kirjallinen ohjaus analysoitiin osiotasolla. Ohjauksen toimintamahdollisuudet (8 osiota) ja epäileväinen asennoituminen ohjaukseen (6 osiota) analysoitiin osiotasolla. Analyysin ulkopuolelle jätettiin yksi asenneosio alhaisen kommunaliteetin (0.23) perusteella. Ohjauksen toteutusta tarkasteltiin muodostamalla kaksi summamuuttujaa (potilaslähtöinen ohjaustoiminta ja tunne-lottuvuus ohjaustoiminnassa) (Taulukko 1).

Henkilöstön taustatietoja ja summamuuttujia luokiteltiin. Luokittelurajojen perusteena käytettiin histogrammi-kuviota ja frekvenssitaulukkoa, joista tarkasteltiin muuttujien jakaumia ja havaintojen jakautumista eri luokkiin. Tiedollisia valmiuksia ja ohjaustaitoja mittaavien summamuuttujien asteikot luokiteltiin huonoihin (pistemäärä 1.00–3.49) ja hyviin (pistemäärä 3.50–5.00) tietoihin tai taitoihin. Ohjausmenetelmien hallinnan ja ohjaukseen asennoitumisen asteikot

Taulukko 1.

Summamuuttujien tunnuslukuja pääkomponenttianalyysin mukaan.

Summamuuttuja	Osiot (n)	Keskiarvo (keskihajonta)	Osiotsumma-korrelaatiot	Osioiden väliset korrelaatiot	Cronbachin alpha	Vastaajat (n)
Ohjauksen toimintaedellytykset						
Tiedot						
Tieto sairauksista	5	3.82 (0.62)	0.58–0.70	0.39–0.68	0.84	367
Tieto hoidon jälkeisestä voinnista	3	3.30 (0.82)	0.69–0.79	0.64–0.77	0.88	365
Tieto kuntoutumisesta	4	3.59 (0.65)	0.43–0.57	0.27–0.56	0.71	363
Taidot						
Potilaan hyvinvoinnin tukemisen taito	8	3.57 (0.52)	0.49–0.70	0.27–0.56	0.84	363
Hoitoon valmistamisen taito	3	3.85 (0.62)	0.51–0.75	0.48–0.80	0.81	372
Asenteet						
Myönteinen	6	3.68 (0.38)	0.49–0.75	0.27–0.64	0.84	369
Ohjausmenetelmien hallinta						
Audiovisuaalinen ohjaus	3	2.07 (0.79)	0.53 – 0.82	0.51–0.89	0.85	125
Suullinen ohjaus	4	2.88 (0.53)	0.46 – 0.65	0.32–0.59	0.75	253
Ohjauksen toteutus						
Potilaslähtöinen ohjaustoiminta	6	3.22 (0.48)	0.50 – 0.58	0.30–0.49	0.77	365
Tunneulottuvuus ohjaustoiminnassa	3	3.70 (0.41)	0.52 – 0.69	0.41–0.64	0.76	369
Yhteensä	45*					

* 16 osiota jätettiin summamuuttujien ulkopuolelle (kirjallinen ohjaus, asenteet n = 7, toimintamahdollisuudet n = 8)

luokiteltiin uudelleen siten, että 1.00–2.49 pistemäärä kuvasi välttävää menetelmän hallintaa tai epäilevää asennoitumista ja pistemäärä 2.50–4.00 hyvää menetelmän hallintaa tai positiivista asennoitumista. Ohjauksen toimintamahdollisuudet luokiteltiin siten, että täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä muodostivat luokan ”heikentää ohjaustoimintaa” (pistemäärät 1.00–2.49) ja jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä luokan ”tukee ohjaustoimintaa” (pistemäärät 2.5–4.00). Ohjauksen toteutus luokiteltiin siten, että 1.00–2.49 pistemäärä kuvasi välttävää ja pistemäärä 2.50–4.00 hyvää potilaslähtöisyyden tai tunneulottuvuuden huomioimista.

Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimen (r) avulla. Ryhmien välisiä eroja vertailtaessa käytettiin t-testiä, yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA, parivertailussa Scheffen testi) tai Kruskalin-Wallis testiä (Metsämuuronen 2005). Tuloksissa on raportoitu tilastollisesti merkitsevät tulokset p-arvolla < 0.05. Siitä poiketen tutkimukseen osallistuneen

henkilöstön taustatietojen yhteydestä mitattaviin muuttujiin kuitenkin raportoidaan vaikka tulokset eivät olisikaan tilastollisesti merkitseviä.

TUTKIMUSEETTISET KYSYMYKSET

Tutkimushankkeella on sairaanhoitopiirin johdon myöntämä lupa ja yksiköt ovat sitoutuneet hankkeeseen kirjallisilla sopimuksilla. Yksiköiden osallistuminen hankkeeseen perustuu vapaaehtoisuuteen ja omaan mielenkiintoon olla mukana kehittämässä potilasohjausta alueellisesti. Tutkimukseen osallistuvien yksiköiden esimiehet vastasivat tutkimuksesta tiedottamisesta ja kyselylomakkeiden jakamisesta henkilöstölle. Esimiehiä informoitiin tutkimuksesta joko saatekirjeellä tai erillisessä tiedotustilaisuudessa, joita ei aikataulusyistä pystytty kuitenkaan järjestämään kaikissa yksiköissä. Kyselylomakkeen saateosiossa korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Anonymiteetti turvattiin pääosalla vastaajista, mutta osa tutkimukseen osallistuneista koodattiin numerotunnuksin uusintakyselyä varten. Identifioidut vastaajat olivat tietoisia asiasta eikä se vaikuttanut heidän vastausaktiivisuuteensa. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeen

suljetussa kuoressa tutkijalle. Tutkijan yhteystiedot esitettiin kyselylomakkeen saateosassa. Siten vastaajilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa tilassa ja hävitetään asianmukaisesti. Tutkimustulokset raportoidaan rehellisesti. Kuntakoh-taisia eroja ei raportoida tässä artikkelissa vaan palaute annetaan muussa yhteydessä.

TULOKSET

Kysely suunnattiin hankkeessa mukana olevien kuntien perusterveydenhuollossa työskentelevälle henkilöstölle (n = 703). Kyselyyn vastasi 379 henkilöä, ja vastausaktiivisuus oli 54 prosenttia. Kaksi lomaketta poistettiin lopullisesta tutkimus-aineistosta puuttuvien tietojen vuoksi (osuus yli 20 % vastauksista). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli naisia. Ikä vaihteli 19 vuodesta 61 vuoteen, ja keski-ikä oli 42.5 vuotta (mediaani 43.0 vuotta, keskihajonta 9.8 vuotta). Tässä tutkimuksessa fysio- ja toimintaterapeuteista sekä kuntohoitajista käytetään yhteistä nimitystä terapeutit ja perus- ja lähihoitajista sekä terveyskeskusavustajista nimitystä perushoitajat. Terapeutit

olivat keskimäärin nuorempia kuin muut (p = 0.002). Yli puolet tutkimukseen osallistuneista työskenteli sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan työtehtävissä. Terveydenhuoltoalan työkokemusta heillä oli keskimäärin 17 vuotta. Työkokemus vaihteli viidestä kuukaudesta 41 vuoteen. Ikä ja työkokemus korreloivat odotetusti keskenään (r = 0.84, p < 0.001)

Työyksiköittäin tarkasteltuna vastaajista 68 prosenttia työskenteli terveyskeskusten vuodeosastoilla, viidesosa erilaisissa avohoitoyksiköissä ja noin joka kymmenes kotisairaanhoidossa (Taulukko 2). Vastaajien iän ja työkokemuksen suhteen tilastollisesti merkitseviä eroja ei esiintynyt työyksiköiden välillä. Henkilöstön ikärakenteen suhteen terveyskeskusten välillä oli eroja. Yhdessä terveyskeskuksessa korkeintaan 30-vuotiaiden vastaajien osuus oli suurin, kun taas yhdessä heitä ei ollut lainkaan (p = 0.007). Ohjaukseen käytettiin aikaa työvuoressa keskimäärin kolme tuntia ja aika vaihteli perusterveydenhuollon yksiköiden välillä tilastollisesti merkitsevästi (r = 0.19, p = 0.001). Avohoitoyksiköissä ohjaukseen käytettiin enemmän aikaa kuin vuodeosastolla ja

Taulukko 2.

Tutkimukseen osallistuneen perusterveydenhuollon (n = 377) henkilöstön taustatiedot.

Taustamuuttuja	Muuttujan arvo	n	%
Sukupuoli	nainen	357	95
	mies	19	5
Ikä	< 30 vuotta	52	14
	31–40 vuotta	103	27
	41–50 vuotta	129	35
	> 50 vuotta	89	24
Työtehtävä	sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	224	59
	perushoitaja/lähihoitaja/tk-avustaja	112	30
	terapeutti ¹	23	6
	lääkäri	11	3
	lähiesimies ²	6	2
Työkokemus terveydenhuollossa	≤ 5 vuotta	51	13
	5.1 vuotta–15 vuotta	130	35
	15.1 vuotta–25 vuotta	100	27
	> 25 vuotta	93	25
Työyksikkö	vuodeosasto	256	68
	avohoitoyksikkö ³	82	22
	kotisairaanhoito	37	10
Ohjaukseen käytetty aika työpäivän aikana	≤ 1 h	54	18
	1.1 h–2 h	68	22
	2.1 h–4 h	98	32
	> 4.1 h–	83	28

¹) fysioterapeutti/toimintaterapeutti/kuntohoitaja

²) osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja

³) poliklinikka, neuvola, vastaanotto, työterveyshuolto

vähiten kotisairaanhoidossa (ks. taulukko 4). Ohjausta toteutettiin pääosin sairaalassa (49 %) ja vastaanotolla (13 %) sekä vastaanotolla ja kotiuttamisen jälkeen (11 %). Muita ohjauksen ajankohtia olivat ”kotiuttamisen jälkeen” (6 %), ”vastaanotolla, sairaalassa ja kotiuttamisen jälkeen” (9 %), ”vastaanotolla ja sairaalassa” (2 %), ”sairaalassa ja kotiuttamisen jälkeen” (10 %).

Ohjauksessa käytetty tieto perustui pääasiassa työkokemukseen ja pohjakoulutukseen. Yksikään vastaaja ei asettanut ammattilehtiä tai tieteellisiä tutkimustuloksia tärkeimmäksi tiedonlähteeksi. Ainoastaan ohjaukseen käytetyn ajan pituudella näyttäisi olevan yhteyttä ammattilehtien käyttöön tiedonlähteenä. Ne vastaajat, jotka käyttivät ohjaukseen alle tunnin työvuoronsa aikana, hyödynsivät ammattilehtiä enemmän ($p=0.032$) kuin ne, jotka käyttivät aikaa ohjaukseen tunnin tai enemmän. Alle viisi vuotta työssä olleet pitivät tärkeimpinä pohjakoulutusta ($p<0.001$) ja työyksikön potilasohjauskäytäntöjä ($p=0.010$). Vakiintuneen työuran vaiheessa (15–25 vuotta työssä olleet) pitivät tärkeimpänä täydennyskoulutusta ($p<0.001$), työkokemusta ($p=0.007$) ja ammattilehtiä ($p=0.012$). Avohoitoyksiköissä työskentelevät pitivät muita ryhmiä tärkeämpänä täydennyskoulutusta ($p<0.001$). Kotisairaanhoidon työntekijöillä korostui pohjakoulutuksen merkitys ($p=0.017$) ja vuodeosastoilla työyksikön ohjauskäytännöt ($p=0.008$) ja työkokemus ($p=0.049$).

TIEDOT

Terveyskeskuksissa työskentelevien tiedolliset valmiudet olivat neljällä prosentilla kiitettävät, 60 prosentilla hyvät, 34 prosentilla tyydyttävät ja kahdella prosentilla välttävät. Parhaiten tiedettiin sairauksista (keskiarvo 3.82, mediaani 4.00) (Taulukko 3). Noin neljännes (27 %) vastaajista arvioi tietonsa huonoiksi ja loput hyväksi (73 %). Osiotasolla parhaiten tiedettiin sairauksista ja niiden oireista sekä sairauksien aiheuttamista rajoituksista. Sairaanhoidajat arvioivat tietonsa sairauksista paremmiksi ($p<0.001$) kuin perushoitajat tai terapeutit. Naiset ($p=0.042$) pitivät tietojaan sairauksista parempina kuin miehet. Iällä, työkokemuksella, työpaikalla tai ohjaukseen käytetyllä ajalla ei ollut yhteyttä sairauksia koskevaan tietoon.

Kuntoutumista koskevia tietoja pidettiin toiseksi parhaina (keskiarvo 3.59, mediaani 4.00) (Taulukko 3). Vajaa puolet vastaajista (43 %) ar-

vioi tietonsa huonoiksi ja 57 prosenttia hyväksi. Kuntoutuspalveluista katsottiin tiedettävän paremmin kuin sosiaalietuuksista. Parhaimmiksi tietonsa arvioivat ne, jotka käyttivät ohjaukseen yli neljä tuntia työvuoronsa aikana ($p=0.034$). Huonoimmaksi tietonsa kuntoutumisesta arvioivat alle 30-vuotiaat ($p=0.015$). Sukupuolen, työtehtävän, työkokemuksen, työyksikön tai terveyskeskuksen suhteen eroja ei esiintynyt.

Hoidon jälkeisestä voinnista katsottiin tiedettävän huonoiten (keskiarvo 3.30, mediaani 3.00) (Taulukko 3). Vastaajista yli puolet arvioi tietonsa huonoiksi (58 %) ja 42 prosenttia hyväksi. Terveyskeskusten välillä oli eroja ($p=0.013$). Ohjaukseen käytetyllä ajalla, työtehtävällä, iällä, sukupuolella tai työkokemuksella ei ollut yhteyttä tietoihin hoidon jälkeisestä voinnista.

TAIDOT

Terveyskeskuksissa työskentelevistä kaksi prosenttia arvioi ohjaustaitonsa olevan kiitettävät, 22 prosenttia arvioi ne hyväksi, 67 prosenttia tyydyttäväksi ja 9 prosenttia välttäväksi. Ohjausprosessia ylläpitävistä taidoista parhaiksi arvioitiin hoitoon valmistamisen taidot (keskiarvo 3.85, mediaani 4.00) (Taulukko 3). Neljäsosa vastaajista (25 %) arvioi taitonsa huonoiksi ja kolme neljäsosaa (75 %) hyväksi. Parhaimmiksi taitonsa arvioivat sairaanhoitajat ($p=0.027$) ja vuodeosastolla työskentelevät ($p=0.018$) ja huonoimmiksi ne, jotka ohjasivat alle tunnin työvuoronsa aikana ($p=0.048$). Sukupuolella, iällä, työkokemuksella tai terveyskeskuksella ei ollut yhteyttä hoitoon valmistamisen taitoon. Parhaiten katsottiin osattavan ohjata potilasta tulevaan hoitotoimenpiteeseen. Sairaanhoidajilla oli arvionsa mukaan parhaimmat taidot tutkimuksiin ($p=0.004$) ja hoitotoimenpiteisiin ($p=0.027$) ohjaamisessa sekä vuodeosastoilla työskentelevillä parhaimmat hoitotoimenpiteisiin valmistamisen taidot ($p=0.009$). Ohjaukseen käytetty aika oli yhteydessä pelkojen huomioimiseen ($p=0.041$) sekä tutkimuksiin ($p=0.004$) ja hoitotoimenpiteisiin ($p=0.008$) ohjaamiseen siten, että alle tunnin ohjaukseen käyttävät katsoivat taitojensa olevan huonoimmat.

Potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot olivat arvioiden mukaan jonkin verran huonommat (keskiarvo 3.57, mediaani 3.50) (Taulukko 3). Yli puolet vastaajista arvioi taitonsa hyväksi (59 %) ja reilu kolmannes huonoiksi (41 %). Parhaimmiksi taitonsa arvioivat terapeutit ($p=0.048$). Potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot korre-

loivat ohjaukseen käytettyyn aikaan. Korkeintaan tunnin ohjaukseen käyttävillä taidot olivat heidän oman arvionsa mukaan huonoimmat ($p < 0.001$). Terveyskeskusten, työpaikan, työkokemuksen tai iän suhteen eroja ei esiintynyt. Parhaiten katsottiin osattavan ohjata potilasta itsehoitoon ja huonoiten vertaistuen käyttöön. Iältään 41–50-vuotiaiden ($p = 0.027$) ja terapeuttien ($p = 0.042$) vertaistukeen ohjaamisen taidot olivat heidän arvionsa mukaan parhaimmat ja terapeuteilla oli myös parhaimmat jatkohoitoon ohjaamisen taidot ($p < 0.001$).

ASENTEET

Lähes kaikilla (99 %) vastaajilla asennoituminen ohjaukseen oli myönteistä (keskiarvo 3.68, mediaani 3.83) (Taulukko 3). Vastaajien arvioin mukaan ohjausta arvostetaan, siihen asennoidutaan myönteisesti, potilaat hyötyvät ohjauksesta ja ohjaus syventää hoitosuhdetta sekä henkilöstö on motivoitunut ja sitoutunut ohjaukseen. Keskiarvovertailussa myönteisessä asennoitumisessa eroja taustamuuttujien suhteen oli niukasti (Taulukko 3). Summamuuttujan ulkopuolelle jääneitä asennevääntämiä tarkasteltiin osiotasolla. Miehet ($p = 0.004$) ja yli 25 vuotta työssä olleet ($p = 0.015$) pitivät ohjausta työajan hukkaamisena. Perushoitajien ja terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevien mielestä ohjaus vie aikaa muiden potilaiden hoidosta ($p < 0.001$). Perushoitajat asennoituivat kielteisemmin omaisten ohjaamiseen kuin muut työntekijäryhmät ($p = 0.003$) ja he ohjasivat vain potilaan kysyessä ($p = 0.002$) sekä

pitivät ohjausta potilaan yksityisyyteen tunkeutumisena ($p = 0.007$). Iällä ja ohjaukseen käytetyllä ajalla ei ollut yhteyttä summamuuttujan ulkopuolelle jääneisiin asennevääntämiin.

OHJAUSMENETELMIEN HALLINTA

Yksittäisistä menetelmistä suullista ja yksilöohjausta käytettiin eniten ja yli 80 prosenttia vastaajista katsoi hallitsevansa ne hyvin. Yksilö-, ryhmä- ja suullisesta ohjauksesta sekä demonstraatiosta muodostettiin summamuuttuja suullinen ohjaus (keskiarvo 2.89, mediaani 3.00) (Taulukko 3). Reilut 80 prosenttia vastaajista piti suullisen ohjauksen taitoaan hyvänä ja 17 prosenttia välttävänä. Lääkärit kokivat hallitsevansa suullisen ohjauksen ($p = 0.001$) huonoiten ja terapeutit parhaiten ($p = 0.032$). Ohjaukseen käytetty aika ja ohjauksen ajankohta vaikuttivat suullisen ohjauksen hallintaan. Alle tunnin käyttävät kokivat hallitsevansa sen huonommin ($p = 0.022$) kuin yli neljä tuntia käyttävät ja sairaalassa tai kotiutuksen jälkeen ohjaavilla menetelmän hallinta oli paras ($p = 0.012$). Iällä, sukupuolella, työkokemuksella tai terveyskeskuksella ei ollut yhteyttä suullisen ohjauksen hallintaan. Suullisen ohjauksen hyvä hallinta oli yhteydessä ohjauksen toteutukseen. Tunneulottuvuuden ($p = 0.010$) huomioivat ja potilaslähtöisesti ohjaavat ($p = 0.019$) hallitsivat suullisen ohjauksen parhaiten.

Kirjallisten ohjeiden käyttö oli toiseksi parhaiten hallituksi arvioitu ohjausmenetelmä (keskiarvo 2.80, mediaani 3.00) (Taulukko 3). Vastaajista kolme prosenttia ei käyttänyt lainkaan

Taulukko 3.

Työtehtävän ja työyksikön yhteys ohjauksen toimintaedellytyksiin.

	Tieto sairauksista	Tieto hoidon jälkeisestä voinnista	Tieto kuntoutumisesta	Potilaan hyvinvoinnin tukemisen taito	Hoitoon valmistamisen taito	Myönteinen asenne	AV-ohjaus	Suullinen ohjaus	Kirjallinen ohjaus
Keskiarvo	3.82	3.30	3.30	3.57	3.85	3.68	2.07	2.89	2.80
Tehtävä									
sairaanhoitaja	3.93	3.30	3.56	3.56	3.91	3.71	2.02	2.87	2.88
perushoitaja	3.65	3.24	3.57	3.49*	3.83	3.61	2.09	2.83	2.60
terapeutti	3.39*	3.50	3.74	3.91	3.43*	3.78	2.32	3.33	2.96
lääkäri	4.18	3.18	3.82	3.58	3.55	3.52*	1.94	2.50*	2.45*
lähiesimies	4.17	3.50	3.18	3.83	4.17	3.83	1.78	3.38	3.00
Työ-yksikkö									
vuodeosasto	3.84	3.33	3.59	3.55	3.91	3.66	1.97*	2.91	2.74*
avohoitoyksikkö	3.74	3.15	3.51	3.72	3.72*	3.74	2.36	2.90	2.99
kotisairaanhoido	3.89	3.43	3.76	3.73	3.73	3.66	2.00	2.89	2.75

(* $p < 0.05$)

kirjallista ohjausta. Menetelmää käyttävistä yli kaksi kolmasosaa (69 %) arvioi hallitsevansa käytön hyvin ja loput välttävästi. Avohoitoyksiköissä menetelmän hallintaa pidettiin muita parempana ($p=0.003$). Työtehtävä vaikutti siten, että lääkärit arvioivat hallitsevansa kirjallisen ohjauksen ($p=0.005$) huonosti ja terapeutit parhaiten ($p=0.003$). Iällä, sukupuolella, työkokemuksella tai terveyskeskuksella ei ollut yhteyttä kirjallisen ohjauksen hallintaan. Kirjallisen ohjauksen hyvän hallinnan kokemukseen vaikuttivat myönteinen ohjausasetus ($p=0.037$) ja ohjaustapahtuman potilaslähtöisyys ($p=0.019$).

Video- ja äänikasettien käytöstä sekä tietokoneavusteisesta ohjauksesta muodostettiin summamuuttuja audiovisuaalinen ohjaus (keskiarvo 2.07, mediaani 2.00) (Taulukko 3.) Sen arvioi kolmasosa (32 %) vastaajista hallitsevansa hyvin ja 68 prosenttia välttävästi. Ikä vaikutti siten, että alle 30-vuotiaat katsoivat hallitsevansa audiovisuaalisen ohjauksen huomattavasti huonommin kuin iäkkäämmät eli yli 41-vuotiaat ($p<0.001$). Audiovisuaalisen ohjauksen hyvä hallinta oli yhteydessä tunneulottuvuuden huomioimiseen ohjaustilanteissa ($p=0.005$).

TOIMINTAMAHDOLLISUUDET

Käytettävissä oleva aika, ohjausmateriaali, välineistö ja tutkimustieto sekä asianmukaiset tilat, henkilöstön välinen yhteistyö ja ohjauksen kehittämismahdollisuudet vaikuttavat vastaajien arvon mukaan ohjaustoimintaan. Keskiarvotarkastelujen perusteella toimintamahdollisuudet olivat hyvät. Parasta oli mahdollisuus kehittää potilasohjausta (keskiarvo 3.00), henkilökunnan yhteistyön toimivuus (keskiarvo 2.99) ja käytettävissä oleva ajantasainen ohjausmateriaali (keskiarvo 2.85). Ohjaustoimintaa heikensivät ohjauksessa tarvittavan välineistön (keskiarvo 2.30) ja siihen liittyvän koulutuksen (keskiarvo 2.40) puute sekä ohjaukseen käytettävän ajan vähäisyys (keskiarvo 2.41). Työkokemuksella tai sukupuolella ei ollut yhteyttä arviointeihin toimintamahdollisuuksista.

Puolet vastaajista piti ohjauksen toteuttamiseen käytettävissä olevaa aikaa riittämättömänä. Terveyskeskusten välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0.004$). Terapeutit ja avohoitoyksiköissä työskentelevät katsoivat heillä olevan merkittävästi enemmän aikaa ($p<0.001$) ohjaukseen. Vastaanotolla ja kotiuttamisen jälkeen ohjausta toteuttavilla sekä yli neljä tuntia ohjaavilla oli eniten aikaa ohjaukseen. Puolet vastaajista

arvioi ohjaustilojen olevan asianmukaiset. Terveyskeskusten väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p<0.001$). Terapeutit katsoivat heillä olevan käytettävissään merkittävästi paremmat tilat ($p=0.008$) kuin muut työntekijäryhmät. Samoin ne, jotka käyttivät ohjaukseen yli neljä tuntia ($p=0.006$) tai toteuttivat ohjausta vastaanottotilanteissa tai työskentelivät avohoitoyksiköissä ($p<0.001$), pitivät tiloja asianmukaisina. Ajantasaisista ohjausmateriaalia oli käytettävissä kahdella kolmasosalla (70 %) vastaajista. Ohjausmateriaalin saatavuudessa oli eroja terveyskeskusten välillä ($p<0.001$). Ohjausmateriaalia oli käytettävissä hyvin niillä, jotka työskentelivät avohoitoyksiköissä ja ohjasivat vastaanottotilanteissa ($p<0.001$).

Tarvittavaa välineistöä ohjauksen tueksi ja koulutusta välineistön käyttöön oli yli puolella vastaajista. Terveyskeskusten välillä oli eroja ($p=0.003$). Koulutusta välineistön käyttöön katsottiin saadun hyvin tai huonosti ($p=0.018$). Terapeutit arvioivat heillä olevan muita työntekijäryhmiä paremmin välineistöä ($p=0.006$) ja koulutusta välineistön käyttöön ($p<0.001$). Myös vastaanottotilanteissa ohjausta toteuttavilla ($p=0.012$) ja avohoitoyksiköissä työskentelevillä ($p=0.001$) oli paremmin välineistöä kuin muulloin ohjaavilla tai muissa yksiköissä työskentelevillä. Huonoimmaksi tilanteen arvioivat kotihoidon työntekijät ja kotiuttamisen jälkeen ohjaavat. Tutkimustietoa ohjauksen perustaksi oli puolella vastaajista. Vähiten tutkimustietoa ohjauksen perustaksi oli alle 30-vuotiailla ja eniten 41–50-vuotiailla ($p=0.048$). Myös avohoitoyksiköissä työskentelevillä ($p<0.001$) sekä vastaanotolla ja sairaalassa ohjausta toteuttavilla ($p<0.001$) oli arvionsa mukaan käytettävissä hyvin tutkimustietoa.

Potilasohjaukseen osallistuvan henkilöstön yhteistyö koettiin valtaosin toimivaksi (79 %). Henkilöstön yhteistyö sujuu avohoitoyksiköissä kotisairaanhoidon paremmin ($p<0.001$). Yli neljä tuntia ohjaukseen käyttävät ($p<0.001$) ja vastaanotolla ohjausta toteuttavat ($p<0.001$) pitivät yhteistyötä toimivampana kuin muut. Yhteistyön sujuvuudessa oli eroja terveyskeskusten välillä ($p=0.036$). Vastaajista lähes kolme neljässtä koki, että potilasohjauksen kehittäminen on mahdollista. Terveyskeskusten välillä kehittämismahdollisuuksissa oli eroja ($p=0.001$). Vastaanottotilanteissa ohjaavat ($p=0.002$) ja avohoitoyksiköissä työskentelevät ($p=0.040$) arvioivat kehittämismahdollisuutensa paremmiksi kuin

Taulukko 4.

Työtehtävän ja työyksikön yhteys ohjauksen toteutukseen.

	Potilasohjauksen tunneulottuvuus	Potilaslähtöinen ohjaustoiminta	Ohjaukseen käytetty aika
Keskiarvo	3.70	3.22	3.2
Työtehtävä			
sairaahoitaja	3.70	3.22	3.12
perushoitaja	3.71	3.23	3.59
terapeutti	3.72	3.36	4.20
lääkäri	3.39*	2.82*	2.43
lähiesimies	4.00	3.19	2.08*
Työyksikkö			
vuodeosasto	2.71	3.23	3.15
avohoito-yksikkö	3.66	3.20	3.85
kotisairaanhoido	3.75	3.24	2.79*
Ikä			
≤30	3.60*	2.98*	2.82*
31–40	3.65	3.12	3.76
41–50	3.75	3.29	3.38
≥51	3.77	3.38	2.82

(* $p < 0.05$)

muut.

OHJAUKSEN TOTEUTUS

Valtaosa (94 %) perusterveydenhuollon henkilöstöstä katsoi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti (keskiarvo 3.22, mediaani 3.27) (Taulukko 4) Suurin osa (95 %) arvioi huomioivansa tunneulottuvuuden ohjaustoiminnassaan (keskiarvo 3.70, mediaani 4.00). Tunneulottuvuuden huomioimisessa esiintyi niukasti tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujien suhteen. Ohjauksen ajankohdalla oli yhteyttä potilasohjauksen tunneulottuvuuteen siten, että sairaalassa ja kotiuttamisen jälkeen ohjaavat arvioivat huomioivansa sen muita paremmin ($p=0.015$). Potilaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttivat ikä, työkokemus ja ohjaukseen käytetty aika sekä työtehtävä. Yli 51-vuotiaat arvioivat useammin ohjaavansa potilaslähtöisesti kuin enintään 30-vuotiaat ($p<0.001$), yli 25 vuotta työssä olleet useammin kuin korkeintaan viisi vuotta työssä olleet ($p<0.001$) ja kahdesta neljään tuntiin ohjaukseen käyttävät useammin kuin muut ($p=0.003$). Lääkäreiden arvoin mukaan heillä oli puutteita potilaslähtöisen ohjauksen toteuttamisessa ($p=0.030$). Muiden työntekijäryhmien välillä eroja ei ollut eikä ohjauksen ajankohdalla, työpaikalla, sukupuolella tai terveyskeskuksella ollut yhteyttä potilaslähtöisyyden toteutumiseen.

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELU

Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia toimintaedellytyksiä ja hyvää ohjauksen toteutusta. Henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat tuotettujen palveluiden laatuun (Pihlainen 2000, Vallimies-Patomäki ym. 2002, Laakkonen 2004, Savikko ym. 2004, Anttila 2006). Tämän tutkimuksen tulokset eivät tuoneet esille juuri uutta, vaan lähinnä toistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Henkilöstö asennoituu potilasohjaukseen myönteisesti, pitää henkilöstön välistä yhteistyötä toimivana ja uskoo omiin kehittämismahdollisuuksiinsa sekä toteuttaa ohjausta laadukkaasti. Tulosten mukaan kehitettävää on ohjausmenetelmien monipuolisessa käytössä, ohjauksen ajoittamisessa hoitoprosessin kaikkiin vaiheisiin sekä jossakin määrin henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Henkilöstö koki, että ohjaustoimintaa heikentävät ohjaukseen käytettävissä oleva vähäinen aika, epäasialliset tilat ja puutteellinen välineistö. Omaisten ohjaamiseen suhtauduttiin osittain kielteisesti (myös Kääriäinen 2007).

Terveyskeskustyössä käytännöllinen osaaminen sisältää tiedon hallinnan ja soveltamisen (Anttila 2006). Tässä tutkimuksessa henkilöstö piti tietojaan ohjattavista asioista kohtalaisen hyvinä. Huonoiten koettiin tiedettävän hoidon jäl-

keisestä voinnista, mikä ilmeni myös erikoissairaanhoidossa toteutetussa tutkimuksessa (Kääriäinen 2007). Laitoshoitojaksojen lyhentyminen vaatii kuitenkin hoitohenkilöstöltä kykyä hahmottaa potilaan tilannetta myös hoidon jälkeen (Pyykönen 2001, Savikko ym. 2004). Potilaiden saama asiallinen tieto toipumisajan pituudesta, hoidon jälkeisestä voinnista ja mahdollisista ongelmista auttaa heitä ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan ja selviytymään kotihoidossa (Kyngäs ym. 2001, Stenman ja Toljamo 2002, Kääriäinen 2007, Matero ym. 2007, Pekkarinen 2007). Kotisairaanhoidossa työskentelevät arvioivat tietonsa hoidon jälkeisestä voinnista, kuntoutumisesta ja sairauksista hiukan muita useammin paremmiksi. Tietopohjan laajuus selittyy sillä, että kotisairaanhoidossa työskentelevän täytyy pitää ammattitaitonsa ajan tasalla, koska työskentely on melko itsenäistä. Aikaisempien tutkimusten mukaan työ kotisairaanhoidossa koetaan myös tulokselliseksi (Savikko ym. 2004). Kotiutuksen jälkeen saatu ohjaus ja palvelut ovat tärkeä tuki itsenäiseen arjessa selviytymiseen (Nilsson ym. 1999, Jaarsma ym. 2000, Kyngäs ym. 2001, Matero ym. 2007, Pekkarinen 2007).

Tässä tutkimuksessa henkilöstö arvioi taitonsa ylläpitää ohjausprosessia kohtalaisen hyväksi. Myös Kääriäisen (2007) tutkimuksessa ohjaustaidot todettiin hyväksi. Ohjausprosessin ylläpitotoja tarkasteltiin hoitoon valmistamisen ja potilaan hyvinvoinnin edistämisen näkökulmista. Hoitoon valmistamisen taitoja pidettiin pääosin hyvinä, joskin työtehtävällä ja työpaikalla oli yhteyttä niihin. Ohjausosaamisen vahvistaminen onkin erittäin tärkeää, jotta potilaat saisivat kaikissa hoitokontakteissaan laadukasta ohjausta (Pyykönen 2001, Laakkonen 2004, Myllymäki 2006, Anttila 2006). Tämän tutkimuksen mukaan potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot eli psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen, jatkohoitoon, itsehoitoon ja vertaistukeen ohjaaminen, potilaan pelkojen ja non-verbaalisten ilmaisujen huomioiminen sekä ohjauksen suunnittelu, arviointi ja tieteellisen tiedon hyödyntäminen kaipaavat kohennusta, jotta potilaat saavuttaisivat korkean itsehoidon asteen mahdollisimman nopeasti (Brus ym. 1998, Jaarsma ym. 2000, Hill ja Johnson 2001). Ohjaustaitoja voidaan vahvistaa henkilökunnan koulutuksilla, hoito-ohjeilla ja hoitosuosituksilla sekä toimivalla yhteistyöllä (Pyykönen 2001, Anttila 2006, Matero ym. 2007).

Hoitotyön ammateissa toimivilta odotetaan

vahvaa arvoperustaa ja potilaan hyvään suuntautuvien arvojen oletetaan näkyvän käytännön toiminnassa ajatuksina, puheina ja tekoina (Pihlainen 2000). Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön ohjausasenteissa on korjaamisen varaa, vaikka henkilöstö arvioikin asennoitumisensa olevan myönteistä (Kääriäinen 2007). Myös tässä tutkimuksessa henkilöstö arvioi asennoitumisensa ohjaukseen myönteiseksi. Kuitenkin myönteisen asennoitumisen ja yksittäisten väittämien suhteen oli ristiriitaa. Vastaajien mielestä ohjaus vie aikaa muiden potilaiden hoidosta, on työajan hukkaamista ja jopa turhauttavaa. Asennoitumisessa oli eroja työtehtävän, sukupuolen ja työkokemuksen suhteen. Potilas tai omainen ei siten tule kohdaksi tasalaatuisesti kaikkien ohjausta toteuttavien terveydenhuollon ammattilaisten taholta. Hoitotyöntekijöiden tulisi olla aloitteellisia ja tarjota omaisille tilaisuuksia keskusteluun (Hopia ym. 2002), vaikka vuorovaikutustilanteet omaisten kanssa kuormittavatkin heitä (Nuikka 2002). Tarvitaankin keskustelua siitä, mitä on potilasohjaus ja kenen tarpeista siinä on kyse (myös Kääriäinen 2007).

Ohjaustoimintaa tukevaksi koettiin henkilöstön yhteistyö, jota hoitotyön ammateissa toimivilta odotetaan (Haapa-Laakso ym. 2000) sekä kehittämismahdollisuudet ja ohjausmateriaalin saatavuus. Myös Partasen ym. (2004) selvityksen mukaan yhteistyö koetaan hoitoalan työpaikoilla toimivaksi ja työkokemuksella on yhteyttä siihen (Anttila 2006). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ohjaustoimintaa heikentävät ajan, asianmukaisten tilojen, välineistön ja tutkimustiedon puute. Toimintamahdollisuuksia arvioitiin samansuuntaisesti myös erikoissairaanhoidossa (Kääriäinen 2007). Yhteistyö ja kehittämismahdollisuudet ennustavat osaltaan hyvää potilasohjauksen laatua (Pyykönen 2001, Anttila 2006), mutta henkilöstö tarvitsee enemmän aikaa ohjauksen toteuttamiseen (Marcum ym. 2002, Partanen ym. 2004, Pekkarinen 2007).

Ohjausmenetelmien käyttö oli vastausten mukaan yksipuolista (myös Kääriäinen 2007). Menetelmien monipuolinen käyttö on potilaan etu, sillä potilaat käsittelevät ja omaksuvat saamaansa ohjausta eri tavoin (Kyngäs 2003, Kääriäinen ym. 2006). He tarvitsevat suullisen ohjauksen tueksi ymmärrettäviä kirjallisia ohjeita (Martens 1998, Nilsson ym. 1999, McKenna ja Scott 2007), jotta voivat palauttaa mieleensä tärkeitä asioita ja käsitellä asiaa läheistensä kanssa. Siksi on tärkeää käyttää monipuolisia ohjausmenetel-

miä ja arvioida niiden käyttöä potilaskohtaisesti.

Pääpaino tässä tutkimuksessa oli suullisessa ja kirjallisessa ohjauksessa, joita käyttivät lähes kaikki vastaajat. Sitä vastoin audiovisuaalista ohjausta käytettiin vähän ja se hallittiin selvästi huonommin. Merkille pantavaa oli, että terveyskeskuksen vuodeosastolla audiovisuaalinen ohjaus koettiin hallittavan huonoiten. Olisi voinut olettaa, että vuodeosastolla työskentelevillä on paremmat tekniset toimintaedellytykset ja sen vuoksi parempi audiovisuaaliseen ohjauksen hallinta kuin vastaanotoilla ja kotihoidossa.

Ohjausta toteutettiin vastaajien arvion mukaan potilaslähtöisesti pääosin hoidon aikana (sairaalassa ja vastaanotolla) ja kotiuttamisen jälkeen, kuten myös Kääriäisen (2007) tutkimuksessa todettiin. Henkilöstön ikä, työkokemus ja ohjaukseen käytetty aika olivat yhteydessä potilaslähtöisyyden toteutumiseen. Ohjaustilanteissa huomioitiin hyvin potilaan konteksti, tunteet ja ongelmat, mikä on ohjauksen vaikuttavuuden kannalta merkittävää (Maynard 1999, Jalava 2007, Kääriäinen 2007, McMurray ym. 2007). Ohjauksen ajankohtaan ja monipuolisiin menetelmiin on tärkeää kiinnittää huomiota. Terveystieteiden ammattilaisten antama puhelinneuvonta, perusterveydenhuollon hoitajavastaanotot ja ehkäisevät kotikäynnit vähentävät kuormitusta lääkäreiden vastaanotoilla ja laitoshoidossa (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005). Usein potilaat tarvitsevat ohjausta ennen hoitoon tuloa, jotta voivat esimerkiksi valmistautua tulevaan toimenpiteeseen itselleen tutussa ympäristössä ja läheistensä kanssa (Kyngäs ym. 2001, Nuikka 2002, Koivunen ym. 2003).

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA

Aineisto kerättiin pääosin yhden sairaanhoitopiirin alueelta, johon tulokset voidaan yleistää. Ryhmäkohtaiset koot vaihtelivat suuresti. Koska suurin osa vastaajista oli hoitajia ja naisia, ryhmien välisiin eroihin tulee suhtautua varauksella. Tutkimuksen vastausprosentti (54 %) oli kohtalainen. Siihen, miksi lähes puolet jätti vastaamatta on saattanut vaikuttaa kyselylomakkeen pituus, kiire työtehtävissä ja suoran kontaktin puuttuminen tutkijaan. Numerotunnus koodattujen osallistujien vastausaktiivisuus oli korkea, mikä selittynee sillä, että he olivat ennen tutkimusaineiston keruuta osallistuneet tutkimushankkeen tiedotustilaisuuteen. Niissä työpaikoissa, joihin kyselylomakkeet vietiin eikä postitettu, henkilös-

tö vastasi kyselyyn jonkin verran muita aktiivisemmin. Tässä tapauksessa henkilökohtainen kontakti hoitotyön esimiehiin ja kyselylomakkeiden jakajiin saattoi vaikuttaa palautusaktiivisuuteen (vrt. Toljamo 1999). Suurin osa vastaajista oli hoitajia. Terapeuttien määrä oli pienekö ja lääkäreiden ja lähiesimiesten määrä oli erittäin vähäinen. Lääkärit ja lähiesimiehet jätettiin pienen vastaajamäärän perusteella pääosin analyysien ulkopuolelle. Taulukoissa 3 ja 4 on mukana kaikki henkilöstöryhmät.

Aineisto kerättiin itsearviointiin perustuvalla mittarilla, joten tulokset perustuvat henkilöstön subjektiivisiin arviointeihin potilasohjauksesta. Tämä saattaa aiheuttaa sosiaalisesti toivottavia vastauksia, jolloin henkilö pyrkii vastaamaan siten kuin olettaa häneltä odotettavan. Mittaria on käytetty sairaanhoitopiirin alueella useissa tutkimuksissa (Lipponen 2006a, Kääriäinen ym. 2006, Kääriäinen 2007). Mittarin osio ”ohjauksen ajankohta” sisälsi useita vastausvaihtoehtoja, mikä teki luokittelusta epätarkan. Alkuperäistä mittaria on arvioitu sisältö- ja rakennevaliditeetin sekä sisäisen johdonmukaisuuden osalta. Mittarin sisältövaliditeettia arvioitiin mittarin kehittämisen eri vaiheissa hoitotyön ja hoitotieteen asiantuntijoiden paneeleissa.

Asiantuntijoiden yksimielisyysosuudet olivat korkeat. Lisäksi eksploratiivinen faktorianalyysi osoitti mittarin rakennevaliditeetin hyväksi (Kääriäinen ym. 2006). Cronbachin alpha-arvot vaihtelivat 0.63–0.92 välillä ja osiosummakorrelaatiot vaihtelivat 0.33–0.87 (Kääriäinen 2007). Tässä aineistossa osiosummakorrelaatiot vaihtelivat 0.43–0.82 välillä ja summamuuttujien Cronbachin alpha-arvot olivat pääsääntöisesti suurempia kuin 0.70 (0.71–0.88), joten mittaria voidaan pitää sisäisesti johdonmukaisena (Metsämuuronen 2005).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Hyvä ohjaus edellyttää asianmukaisia toimintaedellytyksiä. Henkilöstön tiedot sairauksista ja kuntoutumisesta ovat heidän oman arvionsa mukaan hyvät, mutta hoidon jälkeisestä voinnista tiedetään huonommin. Ohjaustaitoja voidaan tutkimustulosten valossa pitää kokonaisuudessaan hyvinä. Asenteet ohjausta kohtaan ovat pääosin myönteiset. Ohjausmenetelmien käyttö näyttää kuitenkin olevan yksipuolista. Tutkimustulosten valossa ohjauksen toimintamahdollisuudet ovat melko hyvät. Ohjaustoimintaa nähdään tukevan koettu mahdollisuus kehittää potilasohjausta,

henkilökunnan toimiva yhteistyö ja käytettävissä oleva ajantasainen ohjausmateriaali. Ohjaustoimintaa koetaan heikentävän tarvittavan välineistön ja ohjaukseen käytettävissä olevan ajan puute. Mitä enemmän työntekijä käyttää ohjaukseen aikaa sitä paremmat tiedot, taidot ja ohjausmenetelmien hallinnan sekä toimintamahdollisuudet hän arvioi omaavansa. Työntekijän iällä on yhteyttä tiedollisiin valmiuksiin, tutkimustiedon hyödyntämiseen ja potilaslähtöisyyden toteutumiseen. Työkokemuksella sen sijaan näyttää olevan vain vähäistä merkitystä.

Ohjauksen toteutus on tutkimustulosten mukaan potilaslähtöistä ja ohjauksessa huomioidaan potilaan tunteet ja ongelmat sekä annetaan palautetta ohjauksen aikana. Ohjausmenetelmien hyvä hallinta näyttää myös vaikuttavan myönteisesti ohjauksen toteutukseen.

Ohjauksen laatu näyttää kuitenkin vaihtelevan jonkin verran terveyskeskusten välillä. Ohjauksen laatu riippuu ohjaajasta ja ohjauspaikasta eivätkä potilaat siten ole aina tasavertaisessa asemassa

Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H, Ukkola L. The operational preconditions and implementation of patient counselling from staffs view *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2008;45:121–135

The quality of patient counselling is influenced by counsellor's knowledge, skills and attitudes, the use of counselling methods, the counselling framework and its scope for action and the implementation process itself. Primary health care has a growing responsibility for patient counselling as hospital stays are getting shorter. This article is a part of an extensive co-operative research project with primary health care and specialist health care. In this article we evaluate the way the nursing staff see the operational preconditions and the implementation of patient counselling in a primary care unit. The data were col-

lected by questionnaires in year 2006. According to the results, the attitudes of the nursing staff, co-operation, the implementation of the patient counselling and opportunities for advance counselling were seen as positive. The counselling methods, the timing of the counselling and to some extent knowledge and skills were found to be in need of improvement. The attitudes were found to be negative with respect to the time allocated to counselling, the facilities and equipment and the attitudes towards relatives. There is a need to further increase operational preconditions for patient counselling.

KIRJALLISUUS

- Anttila A. Sairaanhoidajan osaaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto. Kuopio 2006.
- Brus H, van de Laar M, Taal E, Rasker J, Wiegman O. Effects of patient education on compliance with basic treatment regimens and health in recent onset active rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases* 1998;57:146–15.
- Haapa-Laakso P, Tapanainen M-L, Vallimies-Patomäki M. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15:12–18.
- Hill B, Johnson S. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Annals of the rheumatic diseases* 2001;60:869–875.
- Hopia H, Rantanen A, Mattila E, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö*. 2002;4:24–29.
- Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad H, Dracup K, Diederics J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*. 2000;29:319–330.
- Jalava U. Luottamus on henkisen suorituskyvyn kivijalka. www.aktantti.fi/pdf/Luottamus1.pdf 8.8.2007.
- Koivunen K, Lukkarinen H, Isola A. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumista. *Hoitotiede* 2003;15:62–73.
- Kyngäs H, Mikkonen R, Jämsä T, Nousiainen E-M, Ryttilahti M, Seppänen P, Vaattovaara R. Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young with cancer. *Eur J Cancer Care* 2001;10:6–11.
- Kyngäs H. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *J Clin Nurs* 2003;12:744–751.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors T. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki 2007.
- Kääriäinen M, Kyngäs H. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 2005;17:208–216.
- Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L, Torppa K. Terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 2006;18:4–13.
- Kääriäinen M. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Ouluensis D937*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulu 2007.
- Laakkonen A. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 329. Kasvatustieteiden laitos, Tampereen yliopisto. Tampere 2004. 17.3.2008.
- Lahtinen M. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen K, Kyngäs H, Kääriäinen M, toim. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006:6–9.
- Laki 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. FINLEX – Valtion säädös-tietopankki.
- Lipponen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. Surgical nurses readiness for patient counselling. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2006a;10:221–227.
- Lipponen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistopaino, Oulu 2006b.
- Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J Contin Educ Nurs* 2002;33:112–8.
- Martens K. An ethnographic study of the process of medication discharge education. *J Adv Nurs* 1998;27:341–348.
- Matero H, Pietilä A-M, Kankkunen P. Iho ja nivelpsoriaasista sairastavan hoidon jatkuvuus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 2007;5:25–31.
- Maynard AM. Preparing readable patient education handouts. *Journal for nurses in staff development* 1999;15:11–18.
- McKenna K, Scott J. Do written education materials that use content and design principles improve older people's knowledge? *Aust Occup Ther J* 2007;54:103–112.
- McMurray A, Johnson P, Wallis M, Patterson E, Griffiths S. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *J Clin Nurs* 2007;16:1602–1609.
- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus: Jyväskylä 2005.
- Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet. Metodologia-sarja 7. Gummerus: Jyväskylä 2008: 28–41.
- Myllymäki K. Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56. Helsinki 2006.
- Nilsson T, Klang B, Berg M. Patient education for adults with chronic eczema. *Dermatol Nurs* 1999;11:117–122.
- Nuikka M-L. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 152. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. 2002. 17.3.2008.
- Partanen P, Heikkinen T, Vehviläinen-Julkunen K. Sairaanhoidajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Raportti 2004:43–44.

- Pekkarinen T. Toimiiko potilasohjaus? Suom Lääk L 2007;62:1103.
- Pihlainen A. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 18. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. 2000. 17.3.2008.
- Pyykönen A. Keskussairaalaista terveyskeskukseen: jatkohoitoon siirtymistä edistävät ja vaikeuttavat tekijät kahdessa terveyskeskuksessa. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallintotiede, Kuopion yliopisto 2001.
- Savikko N, Hautala L, Kiviniemi K, Puukka P, Leino-Kilpi H, Suominen T. Työn sisäinen hallinta kotisairaanhoidossa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla hoitajien kokemana. Tutkiva Hoitotyö 2004;4:17–23.
- Stenman P, Toljamo M. Astmapotilaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 2002;14:19–25.
- Toljamo M. Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Acta Universitatis Ouluensis D504. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. 1999.
- Vallimies-Patomäki M, Turpeinen A, Ailasmaa R. ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman rekrytointi ja riittävyys. Teoksessa Heikkilä M, Parpo A, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. STAKES. Raportteja 268. Saarijärvi 2002, 171–190.
- Zernike W, Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. J Clin Nurs 1998;7:37–44.

KAIJA LIPPONEN

TtM, projektityöntekijä

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

OUTI KANSTE

TtT, tutkija

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos

HELVI KYNGÄS

THT, professori

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos

LIISA UKKOLA

TtM, ylihoitaja

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri