

POTILASOHJAUKSEN OSAAMISEN
JOHTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA
- HOITOTYÖN JOHTAJIEN NÄKEMYKSIÄ

Marja Lehtoranta
Pro Gradu –tutkielma
Terveyskasvatus
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Potilasohjauksen osaamisen johtaminen terveydenhuollossa – hoitotyön johtajien näkemyksiä

Marja Lehtoranta

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Syksy 2013

Pro gradu –tutkielma, sivumäärä 69+1.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilasohjauksen osaamisen johtamista käytännössä. Tutkimuksessa kuvattiin osaamisen johtamisesta erityisesti käytössä olevia potilasohjauksen rakenteita, käytäntöjä ja viestintää, potilasohjauksen osaamisen tunnistamista, kartoittamista ja mittaamista sekä osaamisen kehittämistä ja ylläpitämistä. Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2011 osana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Potilasohjaus vaikuttavaksi (PoiJu) –kehittämishanketta haastatteleamalla 22 hoitotyön johtajaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella teemahaastattelun mukaisesti. Aineiston analysoinnin menetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä.

Tulokset olivat vaihtelevia. Tulosten mukaan potilasohjaus rakentui eritasoisten rakenteiden ja käytäntöjen varaan. Haastateltavien puheessa ohjaus oli osin potilaskeskeistä, omaiset huomioivaa ja sisällön osalta näyttöön perustuvaa. Omahoitoon kannustettiin yksipuolisesti ja tietotekniikka-alan hyödyntäminen ohjauksessa oli suppeaa. Ohjausmuotojen kirjo esittäytyi laajana, mutta muotoja käytettiin valtaosin melko suppeasti, etupäässä kasvokkain yksilöohjauksessa kirjallinen materiaali tukena. Ohjauksen kirjaaminen toteutui vaihtelevasti sisältäen tiedonkulun haasteita. Ohjausosaamisen ylläpito näyttäytyi vaillinaisena, arviointi oli puutteellista. Tuntuma oli yleisin ohjausosaamisen arvioinnin muoto. Ohjausosaamisen koulutuskäytännöt vaihtelivat. Kehittämistyötä toteutui yli organisaatorajojen muun muassa hoitoketjujen muodossa. Näkemykset kehittämistarpeista kohdistuivat monipuolisempiin ohjaustapoihin, materiaaleihin, arviointimittareiden luomiseen ja kolmannen sektorin hyödyntämiseen osaksi hoitoketjua.

Tulosten mukaan potilasohjauksen osaamisen johtamisessa tulisi painottaa ohjauksen arvioinnin kehittämistä. Tarvitaan myös kirjaamisen yhtenäistämistä tiedonkulun turvaamiseksi, kolmannen sektorin huomioimista osaksi hoitoketjuja ja näyttöön perustuvan potilasohjauksen turvaamista ohjausosaamista kehittämällä täydennyskoulutusta. Lisäksi painopistettä tulisi kohdentaa myös potilaan omahoidon ja osallisuuden sekä ohjaustapojen kehittämiseen.

Asiasanat: potilasohjaus, osaamisen johtaminen, hoitotyön johtaja, terveydenhuolto

ABSTRACT

Knowledge management of patient counseling in health care - as viewed by nursing leaders

Marja Lehtoranta

University of Jyväskylä

Faculty of Sport and Health Science

Department of Health Sciences

Autumn 2013

Master's thesis, 69+1 pages

The objective of this study was to determine the knowledge management of patient counseling in practice. The study described knowledge management, in particular the use of patient counseling structures, practices and communication, patient counseling skills identification, mapping and measurement as well as knowledge management development and maintenance. The data collection which was a part of the Central Finland Health Care District patient counseling efficiency development project (PoiJu) was done by interviewing 22 nursing leaders in the Central Finland Health Care District in accordance with the semi-structured interview format. The analysis method was content analysis.

The results varied. The results suggest that patient counseling was based upon various levels of structures and practices. In the interviewee's communications, the patient counseling was partially patient-centered, took into account the family members and the content was evidence-based. Self-treatment was encouraged unilaterally and the use of information technology was limited. The approach to the patient counseling was introduced broadly yet the utilization of the methods, for the most part, was relatively limited, mainly face to face with an individual utilizing the guidance of written support material. The recording of patient education information was completed to varying degrees which included information flow challenges. Maintenance of knowledge management of patient counseling was insufficient, assessments were incomplete. The most commonly utilized form of measuring the patient counseling knowledge skills was the overall impression, no instruments were used. Training of the patient counseling knowledge practices varied. Development work took place across organizational boundaries among other things within the care pathways. The views of development focused on more versatile patient counseling methods, materials, creation of evaluation indicators and the utilization of a third sector in the care pathways.

According to the results, the knowledge management of patient counseling should emphasize the development of patient counseling evaluation. Unifying the data collection is also needed to safeguard the flow of information, considering the third sector as part of the care pathways and also safeguarding the evidence-based patient counseling by improving the patient education knowledge skills through continuing counseling. In addition, the emphasis should also be focused on developing the methods of patient self-treatment, patient involvement and patient counseling.

Keywords: patient counseling, knowledge management, director of nursing, health care

SISÄLLYS

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 POTILASOHJAUKSEN OSAAMINEN | 3 |
| 2.1 Potilasohjaus..... | 3 |
| 2.2 Ohjausosaaminen | 7 |
| 3 POTILASOHJAUKSEN OSAAMISEN JOHTAMINEN HOITOTYÖSSÄ..... | 16 |
| 3.1 Osaamisen johtamisen keskeiset elementit | 16 |
| 3.2 Johtajuus potilasohjauksen osaamisen tukena | 21 |
| 3.3 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiset linjaukset potilasohjauksen osaamiselle | 22 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 26 |
| 4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset..... | 26 |
| 4.2 Tutkimusaineisto | 26 |
| 4.3 Aineiston analyysi | 27 |
| 5 TUTKIMUSTULOKSET..... | 28 |
| 5.1 Potilasohjauksen sovitut käytännöt | 28 |
| 5.2 Ohjausosaamisen ylläpito | 33 |
| 5.3 Potilasohjauksen kehittämistarpeet..... | 42 |
| 6 POHDINTA..... | 46 |
| 6.1 Tulosten tarkastelua..... | 46 |
| 6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet | 55 |
| 6.3 Luotettavuus ja eettisyys | 56 |
| 6.4 Jatkotutkimusaiheita..... | 58 |
| LÄHTEET | 60 |
| LIITE | |

1 JOHDANTO

Terveysthuollon organisaatioissa potilasohjaus on keskeinen osa päivittäistä työtä ja se on hoitajan ydinosaamista. Potilasohjaus pohjautuu lakeihin ja suosituksiin yksilön terveyden edistämiseksi. Se käsittää vuorovaikutteisen ohjauksen lisäksi tuen ja neuvon antamisen. Ohjauksen osaamisen kehittymistä tapahtuu ammattikohtaisen koulutuksen tasolla, lisäkoulutusten ja työelämän tuoman oppimisen kautta. Ohjaajan kyvykkyys, tahtotila, menetelmien hallinta ja toimintamahdollisuudet muodostavat pohjan laadukkaalle ohjaukselle (Kääriäinen & Kyngäs 2005b). Johtajalla on tärkeä rooli potilasohjauksen osaamisen johtamisessa.

Osaamisen johtaminen koostuu henkilöstön osaamisen ja työn sisällön määrittelyistä ja vertailusta sekä sen mukaisista kehittämissuunnitelmista ja -toimenpiteistä organisaation vision ja strategian mukaisesti. Tämä tarkoittaa osaamisen kehittämistä ja ylläpitämistä, työtehtävien organisointia ja osaamiseen liittyvien riskitekijöiden hallintaa. Johtajan tehtäviin kuuluu oppimisen suuntaaminen, oppimista edistävän ilmapiirin luominen, oppimisprosessien tukeminen ja esimerkiksi johtaminen. Tämä johtaa organisaation oppimiseen, laadun ja työtyytyväisyyden paranemiseen ja organisatorisen suoritustehon kasvuun (Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 15-16, 87-88, 109, Kujansivu ym. 2007, 115, Viitala 2004, 188).

Osaamisen johtaminen korostuu potilasohjauksen toteutuksessa suotuisien toimintaedellytyksien mahdollistajana ja toteutuksen tukijana (Viitala 2008, 309). Johdon tehtävänä on tunnistaa vastuualueensa potilasohjauksen keskeiset sisällöt, käytössä olevat voimavarat ja resurssit, organisoida voimavarojen tehokas käyttö, tunnistaa kehittämistarpeet ja kehittää toimintaa. Hoitotyön johtajan tehtävänä on tukea näyttöön perustuvan potilasohjauksen toteutusta. Hoitotyön johtajan tulee organisoida määrääjain potilasoh-

jauksen vaikuttavuuskartoituksia, huolehtia henkilökunnan täydennyskoulutuksesta työn sisällön ja potilasohjauksen menetelmien osalta sekä organisoida potilasohjausmateriaalin tehokas käyttö ja kehittäminen. Parhaimmillaan johtaja toimii innoittajana ja luo uusia toimintatapoja potilasohjauksen toteuttamiseen (Leino-Kilpi ym. 2001).

Osaamisen johtamisen tutkimuksessa on esimerkiksi koottu osaamisen johtamisen keskeisiä elementtejä (Viitala 2008, 15), kuvattu prosessia (Kujansivu ym. 2007, 115) ja laadittu teoreettinen malli (Orzano ym. 2008). Potilasohjauksen tutkimus on puolestaan keskittynyt malleihin ja menetelmien kehittämiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b). Potilasohjauksen osaamisen johtamisesta tutkimusta on kuitenkin tehty niukasti. Leino-Kilpi ym. (2001) ovat tutkineet hoitotyön johtajien näkemystä potilasohjauksen toteutumiseen. Muissa tutkimuksissa tarkastelua on toteutettu eri näkökulmista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön johtajien näkemyksiä potilasohjauksen osaamisen johtamisesta, joka tässä tutkimuksessa muodostuu sovituisista käytännöistä, potilasohjauksen osaamisen arvioinnista, potilasohjauskoulutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta, ohjauksen täydennyskoulutuksesta ja potilasohjauksen kehittämistarpeista.

2 POTILASOHJAUKSEN OSAAMINEN

2.1 Potilasohjaus

Potilasohjauksen taustalla vaikuttavat monet lait ja suositukset. Lait ovat yleisluonteisia suhteessa ohjaukseen. Ne nostavat hoitotyöhön liittyvän ohjauksen ja neuvonnan esille, mutta eivät suoranaisesti puutu ohjauksen sisältöön. Ohjaukseen vaadittavat taidot määrittyvät lakien veloitteiden pohjalta. Valtion ja kuntien hyvinvointitehtäviä linjaava Suomen perustuslaki (731 / 1999) määrää jokaiselle riittävät palvelut. Kansanterveyslaki (66 / 1972) korostaa kansalaisten oikeutta neuvontaan, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen sekä edellyttää yksilön terveyden edistämistä. Terveystieteiden laissa (1326 / 2010) soveltaa kansanterveyslakia edellyttäen kunnat järjestämään terveydenhuollon palvelut edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista linjaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantioikeutta. Potilas on oikeutettu laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Laki sanoo, että potilaan hoito tulee toteutua yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilasta on kohdeltava niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan eikä hänen ihmisarvoaan loukata (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 1992). Yleiset suositukset, oppaat ja laatukriteerit sekä kansalliset ja kansainväliset terveys- ja hyvinvointiohjelmat ohjaavat potilasohjausta ja määrittävät taitoja potilasohjaukselle. Taustalla vaikuttavat myös ammatilliset käytännöt, yleiset eettiset periaatteet sekä hyvät käytännöt ja tavat (Terveyden edistämisen 2007, STM 2001, Ojanlatva 2001). Ohjauksen tulee pohjautua tieteellisesti tutkittuun tietoon (Kääriäinen 2008).

Yhteiskunnan rakenteet ja muutokset tuovat omat haasteensa laadukkaaseen potilasohjauksen toteutumiseen. Yhteiskuntatasolla positiivisia muutoksia terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut. Silti terveydenhuollon asiakkaat ovat pysyneet samankaltaisina tervey-

dentilansa suhteen (Jallinoja ym. 2009) Yhteiskunnallisesti katsottuna ohjaukseen tulee panostaa omahoidon tueksi senkin vuoksi, koska hoitopäivien määrät ovat lyhentyneet ja potilaiden heterogeenisyys ja moniongelmaisuus ovat lisääntyneet (Kääriäinen 2008). Haasteita ohjaukseen tuovat resurssien riittämättömyys. Resurssit koetaan usein puutteellisiksi eikä ohjaukseen ole käytettävissä riittävästi aikaa (Kääriäinen 2008, Kääriäinen 2007). Toisaalta nähdään, että kaikki vuorovaikutustilanteet ovat ohjausta. Tällöin ohjaus nähdään lähestymistapana, jossa kaikki kontakti potilaaseen on ohjauksellista, missä merkitysmaailmoja voidaan jakaa (Vänskä 2012). Tosiasia kuitenkin on, että hoitoajat ovat lyhentyneet. Erikoissairaanhoidon lyhentyneet hoitoajat ovat siirtäneet vastuuta jatkohoidosta perusterveydenhuoltoon. Hoitoketjujen ja –prosessien toimivuus korostuu, jotta potilas saa tarvitsemaansa tukea ja ohjausta. Terveysterveystieteiden huollossa tapahtuvan potilasohjauksen jatkuvuus on olennainen asia. Ammattitaito, osaaminen ja sen ylläpito on tärkeää kaikissa terveydenhuollon yksiköissä (Lipponen ym. 2008).

Potilasohjaus on hoitotyön ydintoimintona kiinteä osa ohjaajan ja ohjattavan välistä viestintää (Hoving ym. 2010). Siinä potilas saa tarvittavaa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta (Idier ym. 2011, Lipponen ym. 2008) ja lisäksi potilasta autetaan soveltamaan potilasohjauksessa saamaansa uutta tietoa itsensä hoitoon yksilöllinen elämäntilanne huomioiden (Hallila 2005). Kirjallisuudessa on käytetty useita termejä liittyen potilaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen väliseen kahdenkeskiseen vuorovaikutukselliseen keskusteluun. Näitä ovat esimerkiksi potilasohjaus, terveysneuvonta ja terveyskasvatus. Käsitteet ovat toisilleen läheisiä sisältäen eri painotuksia (Kääriäinen 2007, Kettunen 2001). Aikaisemmin potilasohjaus on ollut ohjaajan asiantuntijuutta korostavaa. Nykyään korostetaan yhä enemmän ohjattavan aktiivisuutta, vastuunottamista omasta hoidostaan sekä jaettua asiantuntijuutta (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen & Kyngäs 2005b, Kettunen ym. 2003, Poskiparta ym. 2001). Voidaankin sanoa, että potilasohjaus on ohjattavan ja ohjaajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa rakentuen. Osapuolten taustatekijät ja asenteet vaikuttavat ohjauksen kulkuun (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, Poskiparta ym. 2001). Ohjattava tuo toimintaympäristöön oman elämäntilanteensa, aiemmat kokemukset ohjauksesta ja osaamisen käsiteltävään asi-

aan (Vänskä 2012). Ohjausprosessissa autetaan potilasta aktiivisesti osallistumaan terveydenhoitoonsa ja tarjotaan tietoa terveystalveluiden käytön mahdollisuuksista (Schrieber 2004, Poskiparta ym. 2001).

Ohjauksessa pyritään vaikuttamaan potilaan terveystalveltyymiseen hallinnan tunnetta vahvistamalla ja voimavaroja tukemalla (Lipponen ym. 2008, Turku 2007, 25, Kettunen ym. 2006, Poskiparta ym. 2001). Koherenssiin perustuva hallinnan tunne muodostuu oman elämän ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden tunteesta. Vahvan koherenssintunteen on todettu edistävän yksilön terveyttä. Tällöin vastoinkäymiset koetaan mieluummin haasteina, jotka voidaan voittaa ennemmin kuin uhkina, jotka lannistavat (Turku 2007, 25). Potilaan osallistumisen on todettu lisäävän ohjeiden noudattamista ja hoitotuloksien saavuttamista. Tällöin potilas voi itse vaikuttaa saamaansa ohjaukseen, mikä vahvistaa vuorovaikutusta ja potilaan koherenssin tunnetta (Loh ym. 2007). Vastavuoroinen osallistava potilasohjaustilanne antaa mahdollisuuden potilaalle selventää ja täsmentää saamiaan neuvoja sekä tukee potilaan ongelmanratkaisutaitoja ja tavoitteen asettelua (Poskiparta ym. 2001). Potilaslähtöisyyden eli potilaiden osallisuuden jo toiminnan kehittämisvaiheessa on osoitettu kehittävän toimintaa ja sitouttavan potilasta (Kaseva 2011).

Tavoitteen asettaminen on yksi tärkeä potilasohjaustilannetta ohjaava asia. Organisaatiolla on ohjauksen suhteen linjattuna periaatteet ja tavoitteet pohjautuen kansallisiin suosituksiin ja strategiaan. Työntekijän tavoitteiden asetteluun vaikuttavat omat arvostukset, käsitykset ja osaaminen. Oleellista myös on, miten sitoutunut työntekijä on organisaation tavoitteisiin. Ohjaustilanteen tavoitteenasettelua määrittelevät asiakkaan odotukset, käsitykset ja arvomaailma. Se kuinka ne kohtaavat ohjaajan vastaaviin, ohjaa vuorovaikutuksen syntymistä. Puhe- ja toimintakäytännöt vaikuttavat ohjaustilanteen etenemiseen. Tavoitteenasettelun onnistumista voi määritellä saavutetun terveystalveluksen toteutuminen (Vänskä ym. 2011, 113).

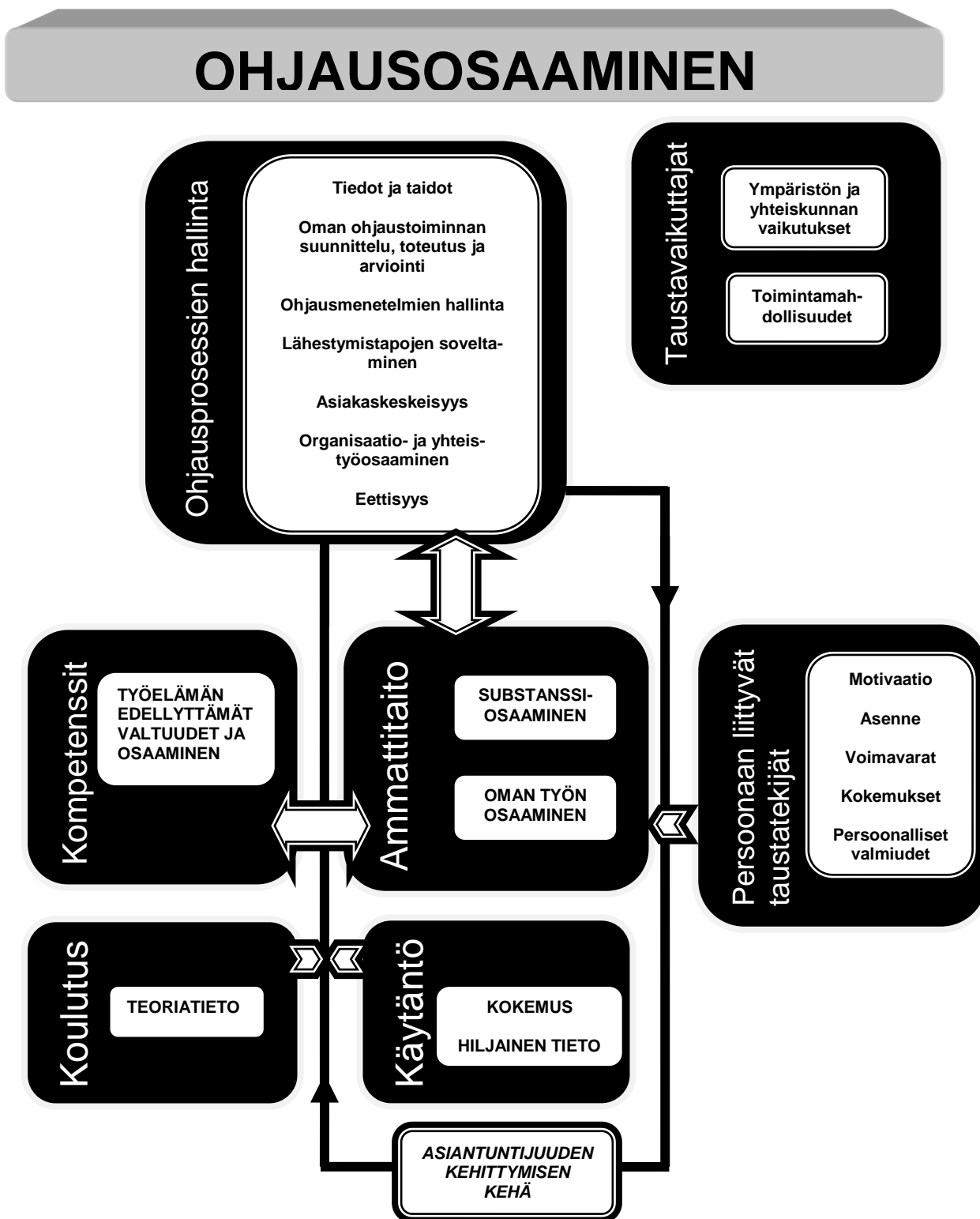
Potilasohjaus on suunniteltu oppimiskokemus. Potilasohjaustilanteessa ohjaaja jatkuvasti tarkkailee ja arvioi potilaan käyttäytymistä, mikä ohjaa ohjaustyylien ja -menetelmien valintaa (Schrieber 2004). Sopivan ohjaustyylin valinta on tärkeää potilaan hoitoon sitoutumisen edistämiseksi (Johansson ym. 2003). Ohjaustyyli, -tyylit tai niiden yhdistelmä tulee valita tilanteen, tarpeen ja tavoitteen mukaan. Ohjaajan on tärkeää hallita useita tyyliä ja osata mukauttaa niitä ohjaukseen (Romppainen 2006, 5). Ohjattavan muuttumismahdollisuutta tukiessa ohjaaja tukee ohjattavan autonomiaa ja itsenäisyyttä löytää itselleen sopivia ratkaisuja. Ohjauksessa korostuu jaettu asiantuntijuus (Vänskä ym. 2011, 72-73). Potilaan asianmukaiseen ja hyvään hoitoon kuuluu aina laadukas ohjaus, jossa potilaan ja ohjaajien osaaminen yhdistyy (Kääriäinen 2008, Kettunen ym. 2006).

Potilasohjauksella on todettu olevan monia suotuisia vaikutuksia. Ohjauksen on todettu lisäävän ohjattavan sitoutumista hoito-ohjelman aktiiviseen toteuttamiseen, ohjeiden noudattamiseen (Idier ym. 2011) ja toivottavan käyttäytymisen lisääntymiseen. Ohjauksen on todettu vaikuttavan ohjattavan itsetunnon kohentumiseen sekä toimintakyvyn (Schrieber 2004) ja elämänlaadun paranemiseen (Idier ym. 2011). Myös potilaan persoonallisten ja sosiaalisten taitojen kehittyminen edistyy (Poskiparta ym. 2001). Ohjauksen on todettu vähentävän sairasmenoja, kuten hoitokäyntejä, lääkkeiden käyttöä ja sairauspäiviä, joten sillä on suotuisia vaikutuksia kansantalouteen (Absetz & Hankonen 2011, Lahdensuo 1996, Kääriäisen 2007, 112 mukaan).

2.2 Ohjausosaaminen

Kuva 1 kertoo, mistä osatekijöistä ohjausosaaminen koostuu. Osaaminen muodostuu *koulutuksen* mukanaan tuoman informaation, käytäntö- ja *teoriatiedon*, sekä *käytännössä* kehittyvän *kokemus- ja hiljaisen tiedon* summana (Poikela 2001, Viitalan 2008, 131 mukaan). Organisaation vakiintuneissa käytännöissä ja ihmisten ajattelussa piilee paljon hiljaista kirjoittamatonta tietoa. *Työelämän edellyttämistä valtuuksista ja osaamisesta* puhutaan termillä *kompetenssi*, joka muokkautuu vuorovaikutuksellisessa ohjaustilanteessa. Kun näihin edellytyksiin pystytään vastaamaan, puhutaan ammattitaidosta (Vänskä 2012, Viitala 2008, 114-117). *Ammattitaito* on kokonaisvaltaista *oman työn osaamista* (Kuva 1).

Ohjausprosessin hallinnan taidot ovat osa ammattitaitoa ja kehittyvät käytännössä ja ammatillisen lisäkoulutuksen avulla. Näin jatkuva uudistuminen rakentaa *asiantuntijuiden kehittymisen kehää*. Ohjauksessa tarvitaan kehittyneitä sosiaalisia taitoja, jotka sisältävät vuorovaikutus-, ongelmanratkaisu- (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen 2008, Kujansivu ym. 2007, Kettunen ym. 2001) ja kohtaamisosaamisen *taidot* (Vänskä 2012). Luovuus ja ongelmanratkaisukyky luovat pohjaa sosiaalisille taidoille (Viitala 2008, 114-117). *Tiedollinen* asiantuntijuus on osa ammattitaitoa (Vänskä 2012) ja viestintä-, arviointi- ja opetuksellisia *taitoja* tarvitaan ohjauksen toteutuksessa (Idier ym. 2011) (Kuva1).



Kuva 1. Ohjausosaaminen (mukaellen Vänskä 2012, Idier ym. 2011, Lipponen ym. 2008, Viitala 2008, Kujansivu ym. 2007, Poikela 2001, Viitalan 2008 mukaan, Kettunen ym. 2001)

Ammattitaidon ytimen muodostaa *substanssiosaaminen* (Viitala 2008, 37, Kujansivu ym. 2007). Ohjauksen substanssiosaaminen kattaa *asiakaskeskeisyyden*, monipuolisten *ohjausmenetelmien hallinnan* sekä oman ohjauksellisen lähestymistavan ja ohjauksen merkityksellisyyden ymmärtämisen (Vänskä 2012). Ohjausosaamisen ammattitaitoa on osata liittää ohjausosaaminen ohjaustilanteeseen (Vänskä 2012). Ohjaajan tulee osata räätälöidä ohjaus kullekin potilaalle yksilöllisesti (Johansson ym. 2003). Tämä on asiakaskeskeisyyttä. Potilaan yksilölliset tarpeet ja elämäntilanne täytyy huomioida potilasohjaustilannetta suunniteltaessa ohjeiden noudattamiseen sitoutumiseksi ja tulosten saavuttamiseksi (Lipponen ym. 2006) Se on haastavaa yksilöllisten ominaisuuksien ja potilaiden nautinnonhalun vuoksi (Jallinoja ym. 2009). Hoitajan ammatillinen vastuu on edistää potilaan terveyttä edistäviä valintoja, mikä edellyttää hyviä ohjausvalmiuksia sisältäen ohjauksen filosofisten ja *eettisten* lähtökohtien pohdintaa (Kääriäinen 2008) (Kuva 1).

Ohjaajan persoonaan liittyvät taustatekijät vaikuttavat oman ohjaustyön osaamisen taustalla. Aiemmat *kokemukset* vaikuttavat ohjauksen rakentumiseen (Vänskä 2012). Terveystieteiden ammattilaisella tulee olla ohjaukseen vaadittavaa *asennetta* ja *motivaatiota*. Potilasta pyritään auttamaan myönteisellä asenteella (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen 2008, Kujansivu ym. 2007, Kettunen ym. 2001). Osaamisen hyödyntämiseen tulee yksilöllä olla riittävästi *voimavaroja* käytössä (Viitala 2008, 110). Ammattitaito pohjaa myös *persoonallisiin valmiuksiin*, kuten paineensietokykyyn, positiivisuuteen, henkiseen joustavuuteen ja itseluottamukseen (Viitala 2008, 114-117) (Kuva 1).

Osaaminen antaa yksilölle onnistumisen kokemuksia omassa työssään ja mahdollisuuden kehittyä. Osaamisen tulee olla riittävällä tasolla, sitä tulee haluta käyttää organisaation ja potilaiden hyväksi (Viitala 2008, 110). Ihminen käyttää osaamistaan jos hän kykenee, jaksaa ja tahtoo. Siihen vaikuttavat yksilön omat lähtökohdat, kokemukset ja sosiaalinen ympäristö (Viitala 2008, 15-16). Keskeistä on halu sitoutua työhön ammatillisuudella niin, että haluaa kehittää omaa alaansa ja itseään oman alansa osaajaksi

(Vänskä 2012). Henkilökohtaisten osaamisten varassa organisaation toimintamallit, prosessit, rakenteet ja muu tietämys kehittyvät. Arvo työntekijänä korostuu, kun pystyy uudistamaan osaamistaan organisaation toiminta-ajatuksen ja päämäärien edellyttämällä tavalla (Viitala 2008, 15-16, 110). Ohjausosaamista kehittävät kokemusten reflektointi ja asiantuntijayhteisössä kasvaminen (Vänskä 2012). Oman ammattialan osaaminen edellyttää *organisaatio-osaamista* eli oman organisaation toimintastrategian, historian, rakenteen, systeemien ja verkostojen tuntemista (Viitala 2008, 114-117) sekä moniammatillista *yhteistyöosaamista* (Vänskä 2012). *Ympäristön ja yhteiskunnan vaatimukset* osaltaan ohjaavat ohjausta. *Toimintamahdollisuudet* ja ohjauksen toteutus vaikuttavat ohjauksen laatuun (Vänskä 2012, Lipponen ym. 2008, Kettunen ym. 2001) (Kuva 1).

Ohjausosaamiseen sisältyy ohjauksen kirjaamisen hallinta ja tiedonsiirrosta huolehtiminen osana viestintäosaamisen *taitoja* (Kuva 1). Ohjauksen kirjaaminen on säännelty laissa: ”Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot” (Laki potilaan 1992). Kirjaaminen on tärkeää, jotta nähdään mitä tietoa on käsitelty ja mitä suunnitelmia tehty ohjauksen jatkuvuuden edistämiseksi (Hallila 2005). Valtakunnallisesti ohjeistettu rakenteinen kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen auttaa kirjaamaan tarvittavat seikat ja osaltaan auttaa varmistamaan riittävän ohjauksen toteutumisen. Se helpottaa ohjauksen tunnistamista ja yhtenäistää kirjaamista. Kirjaus tulee suorittaa hoitotyön prosessin mukaisesti. Potilaan ohjauksen tarve, tavoitteet, hoitotyön ja ohjauksen toteutuminen, ohjauksen arviointi sekä yhteenveto kirjataan. Täsmällinen kirjaaminen mahdollistaa suunnitelmallisen ja vaikuttavan ohjaamisen (Kääriäinen & Kaakinen 2008).

Työprosessin hallinnassa korostuvat oman ohjaustoiminnan suunnittelu, toteutus ja arviointi, menetelmien hallinta sekä erilaisten lähestymistapojen soveltaminen (Kuva 1) (Vänskä 2012). Potilasohjauksen menetelmälliset ratkaisut haastavat ammattilaisten osaamisen, sillä potilasohjauksen muotojen kirjo on laajaa (Salmela 2012, Johansson

ym. 2003). Ohjausmenetelmiä on tutkittu ja tiedetään, että erilaiset tekijät ovat vaikuttavia eri potilasryhmillä. Menetelmien yhdistäminen ja käytön valinta ohjauskohtaisesti on perusteltua, koska jokainen ohjaustilanne, ohjaaja ja ohjattava on erilainen (Salmela 2012). Potilasohjausta voidaan suorittaa suullisesti, kirjallisen ohjausmateriaalin, audio-visuaalisen ohjauksen avulla (Hoving ym. 2010, Kääriäinen & Kyngäs, 2005a) yksilö- tai ryhmäohjauksen sekä internetin avulla (Hoving ym. 2010, Schrieber 2004). Ohjausta voidaan toteuttaa kasvotusten, postitse, puhelimen tai sähköpostin välityksellä. Erilaiset testit, sähköiset omahoitopalvelut, päiväkirjat ja mediasta tuleva tieto voivat toimia ohjauksen apuna (Salmela 2012).

Yksilöohjauksessa käytetään toteutuksessa erilaisia malleja ja menetelmiä. Tyypillisimpiä yksilön elämäntapamuutokseen käytettyjä malleja ja teorioita ovat esimerkiksi muutosvaihemalli, terveysuskomusmalli, suunnitellun käyttäytymisen teoria ja sosiaaliskognitiivinen teoria. Näille yhteistä on muutosprosessiin vaikuttavien tekijöiden tarkastelu, joissa esille nousseiden haasteiden voittaminen auttaa yksilöä muuttamaan elintapojaan (Salmela 2012). Esimerkiksi muutosvaihemallia hyödynnettäessä keskitytään elintapojen muutosten vaiheisiin ja tuetaan muutoksen tiellä vaiheiden edellyttämällä tavalla (Prochaska & DiClemente 1983), mikä vaatii ohjaajalta mallin tuntemista ja osaamista sen hyödyntämiseksi. Etenkin vuorovaikutustaitojen ja kohtaamisosaamisen hallinta korostuu. Muutosvaihemallin on todettu vaikuttavan kipuja vähentävästi, potilaan hoitoon sitoutumista ja yhteistyötä edistäen (Norcross ym. 2011). Millerin ja Rollnickin kehittämän, vaikuttavaksi todetun, motivoivan haastattelun hallinta auttaa ohjaajaa hyödyntämään muutosvaihemallia tehokkaammin potilaan terveyskäyttämismuutosta tavoiteltaessa (Salmela 2012, Jensen ym. 2011, Miller & Rose 2009, Britt ym. 2004).

Mini-interventio on 2 – 15 minuutin pituinen paljon käytetty yksilöohjauksen muoto ja antaa mahdollisuuden potilasohjaukseen lyhyissäkin kontakteissa (Kiiskinen ym. 2008, 63-65, Puschel ym. 2008, Kaner ym. 2007, Kyngäs ym. 2007, 100-103). Mini-interventiossa, kuten pidemmissäkin ohjaustilanteissa, asiantuntijuuden jakaminen, vuo-

rovaikutuksen korostaminen ja osallistamisen periaatteet ovat osa laadukasta potilasohjausta (Vänskä ym. 2011, 69, Lipponen ym. 2008, Loh ym. 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2005b, Kettunen ym. 2003, Poskiparta ym. 2001). Tätä toteuttaa jaettu päätöksentekomalli pohjautuen potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen tasavertaiseen kumppanuuteen. Mallin hyödyntäminen on osittain vaikuttavaa etenkin, jos kontaktikertoja on useampi (Vänskä ym. 2011, 69, Légaré ym. 2010, Joosten ym. 2008), joten ohjaajan tulee osata arvioida seurannan tarve. Oman toiminnan suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin osaaminen korostuu.

Ryhmäohjauksen suurimpia etuja on vertaistuki. Ryhmän jäsenet saavat tukea toisiltaan, mikä tuo lisäarvoa ohjaukselle. Ohjattavat saadaan koottua yhteen samalla kertaa, mikä säästää aikaa verrattuna yksilöohjaukseen (Absetz 2011, Jallinoja ym. 2006). Ryhmän ohjaaminen vaatii ryhmäprosessin tuntemusta ja erityistä ammattitaitoa. Ryhmäohjaajan osaamisessa korostuu taito suhteuttaa ohjaus ryhmän tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. Ryhmä kehittyy prosessin aikana ja muuttua muotoaan. Ohjaajan tärkeä tehtävä on luoda ryhmään positiivinen, avoin ja luottamusta herättävä ilmapiiri, jossa on tilaa jokaiselle ryhmän jäsenelle (Absetz 2011). Haarasen (2012) mukaan ryhmäohjaajalta odotetaan osaamista, omaa kokemusta sekä taitoja tuen antamisessa, ryhmien ohjauksessa ja organisoimisessa. Persoonallisissa ominaisuuksissa korostuvat aitous ja helposti lähestyttävyyys. Potilaita osallistavan, aktiivisuutta ja oppimista kannustavan ryhmäohjaustyylin on todettu olevan vaikuttavaa (Deakin ym. 2005). Ryhmäohjauksen on osoitettu olevan vähintään yhtä vaikuttavaa kuin yksilöohjauksen etenkin jatkuvana ja pitkäjänteisenä toimintana (Deakin ym. 2005, Renjilian ym. 2001, Tuominen ym. 2001), mikä vaatii ohjaajalta sitoutumista toimintaan. Tutkimuksissa on myös todettu, että ryhmä- ja yksilöohjauksen tulee olla toisiaan täydentäviä ja molempia tarvitaan jatkuvana ja pitkäjänteisenä toimintana (Renjilian ym. 2001).

Internet on nykyään lisääntyvästi tärkeä kanava, josta potilaat hakevat tietoa sairauksistaan ja niiden hoidosta (Schumacher 2011, Sechrest 2010). Internetistä löytyy monen-

laista tietoa. Potilaille tulee ohjata tieteellistä tietoa, joten onkin tärkeää, että hoitoalan ammattilaisilla on tietoteknistä ja sisällöllistä osaamista sekä keinoja ohjata potilaille luotettavia tiedonhankintakanavia internetiä hyödyntäen (Thakurdesai ym. 2004). Tietotekniikka-ala kehittyy jatkuvasti, mutta terveydenhoitoala jää jatkuvasti jälkeen sen hyödyntämisessä. Informaatiolähteitä tulee kehittää ja monipuolistaa aktivoimaan potilaita omaehtoiseen tiedonhankintaan terveyskäyttäytymisen edistämiseksi (Sechrest 2010). Tietokoneavusteisen potilasohjauksen perusedellytyksenä on, että henkilöstöllä on osaamista ja motivaatiota hyödyntää tietokonetta potilasohjauksen apuna ja että tietokoneita on riittävästi käytössä (Koivunen ym. 2008). Tietotekniikan käyttö ohjauksessa internet-sivuston, verkkokeskustelun tai sähköpostin avulla esimerkiksi yhdistettynä puhelinohjaukseen on todettu yhtä vaikuttaviksi kasvokkain tapahtuvan ohjauksen kanssa (van Wier ym. 2011, Mehta & Sharma 2011, Postel ym. 2010). Toisaalta Stoop ym. (2004) totesivat internetohjauksen epäonnistuneen tutkimuksessaan, jossa tavoitteena oli korvata internetohjauksella perinteinen kasvokkain tapahtuva ohjaus ja jaettavat materiaalit. He päättelivät, että perinteisiä ohjausmenetelmiä tarvitaan myös tulevaisuudessa. Internetohjauksen käyttö tulee tarkkaan selvittää, missä tilanteissa sitä on hyödyllistä käyttää (Postel ym. 2010).

Ohjaajalta tarvitaan menetelmien tuntemista ja tilanneherkkyyttä arvioimaan ohjaustilanteen etenemistä. Ohjaajan tulee pystyä reagoimaan muuttuviin tilanteisiin ja reflektoidaan ohjaustilanteessa ohjattavan kanssa. Suotavaa on käyttää ohjausmenetelmien yhdistelmiä ja pystyä tarjoamaan potilaalle useita mahdollisuuksia ohjaukseen (Stoop ym. 2010). Menetelmien yhdistelemisen taito tilanteen vaatimalla tavalla sujuvoittaa ohjausta ja on edellytystekijä matkalla tavoitteisiin. Esimerkiksi yksilöohjauksen malleja voidaan hyödyntää ryhmäohjauksessa tai vaikkapa mini-interventiota puhelinohjauksessa. Ohjaaja tarvitsee myös kielellistä osaamista (Vänskä 2012, 36-49) ja tietoteknisiä taitoja (Koivunen ym. 2008) pystyäkseen hyödyntämään menetelmien kirjoa.

Potilasohjauksen osaajia hoitotyössä ovat etupäässä terveystieteen tutkinnon suorittaneet asiantuntijat, joiden ammatillisen osaamisen määrittelyyn sisältyy oletus kyvykkyydestä ohjaus-, opetus- ja terveyden edistämisen tehtäviin (Ammattikorkeakoulusta 2006). Potilasohjaus on osa ammatillisen koulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen koulutussuunnitelmia pohjautuen käypähoitosuosituksiin, tutkimustietoon, ohjausteorioihin ja ammatilliseen tietoon antaen potilasohjaukseen perustaidot. Potilasohjauksen opetus integroituu muuhun opetukseen. Opetuksen tavoitteena on kehittää yksilö- ja ryhmäohjauksen taitoja ja kykyä ohjata erilaisia potilaita, heidän omaisiaan ja ryhmiä tavoitteena itsehoidon tukeminen terveysongelmien hallinnassa sekä potilaan aktivoituminen vastuun ottamiseen terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Koulutuksessa opetellaan voimavaroja tukevaa ohjausta, ohjaustarpeiden kartoittamista sekä harjoitellaan ohjausprosessia, vuorovaikutustaitoja, tavoitteiden rakentamista ja kirjaimista. Potilaslähtöisyyttä ja potilaan kanssa yhteistyössä tapahtuvaa ohjausta korostetaan. Lisäksi koulutuksen tavoitteena on sähköisen potilasohjauksen ja potilasohjausmateriaalien hallinnan osaaminen (Koulutusohjelma: Fysioterapian 2013, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2013a, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2013b, Koulutusohjelma: Toimintaterapian 2013, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2012, Opetus- ja kulttuuriministeriö 2013, Sosiaali- ja terveystieteen 2010, Jaakonsaari 2009).

Terveystieteen opiskelijan opintoihin sisältyy työharjoittelujaksoja, jossa käytännön tiedot ja taidot kehittyvät. Opiskelija osallistuu työyhteisöön ja kokee työympäristössä tapahtuvan työskentelyn oikeissa potilastilanteissa. Hän pääsee näkemään ammattilaisten työtä ja työtapoja sekä itse toimimaan avustajana tai vastuullisena ohjaajana. Näin opittu teoria-tieto yhdistyy käytännön ohjaustehtävissä saaden merkityksen ja hiljaisen tiedon kehittyminen alkaa. Ammattitaidon kehittyminen vaatii kykyä säädellä itse omaa oppimistaan ja kantaa vastuuta kehitymisestään (Vänskä 2011, 150). Ammatillista lisäkoulutusta ohjausosaamisen ylläpitämiseksi on saatavilla. Täydennyskoulutus on kirjavaa. Eripituisia koulutuksia tarjotaan puolesta päivästä suurempiin koulutuskokonaisuuksiin. Osa koulutuksista sisältää käytännön harjoittelua, osa ei. Potilasohjaustaitoja voi esimerkiksi kehittää verkko-opiskeluna hyödyntäen vertaisoppimista peilaten opittua käytäntöön (Mikko-

nen ym. 2010). Tutkittua tietoa opetuksellisten ja ohjauksellisten taitojen kehittämisestä koulutusten aikana on vähän (Jaakonsaari 2009).

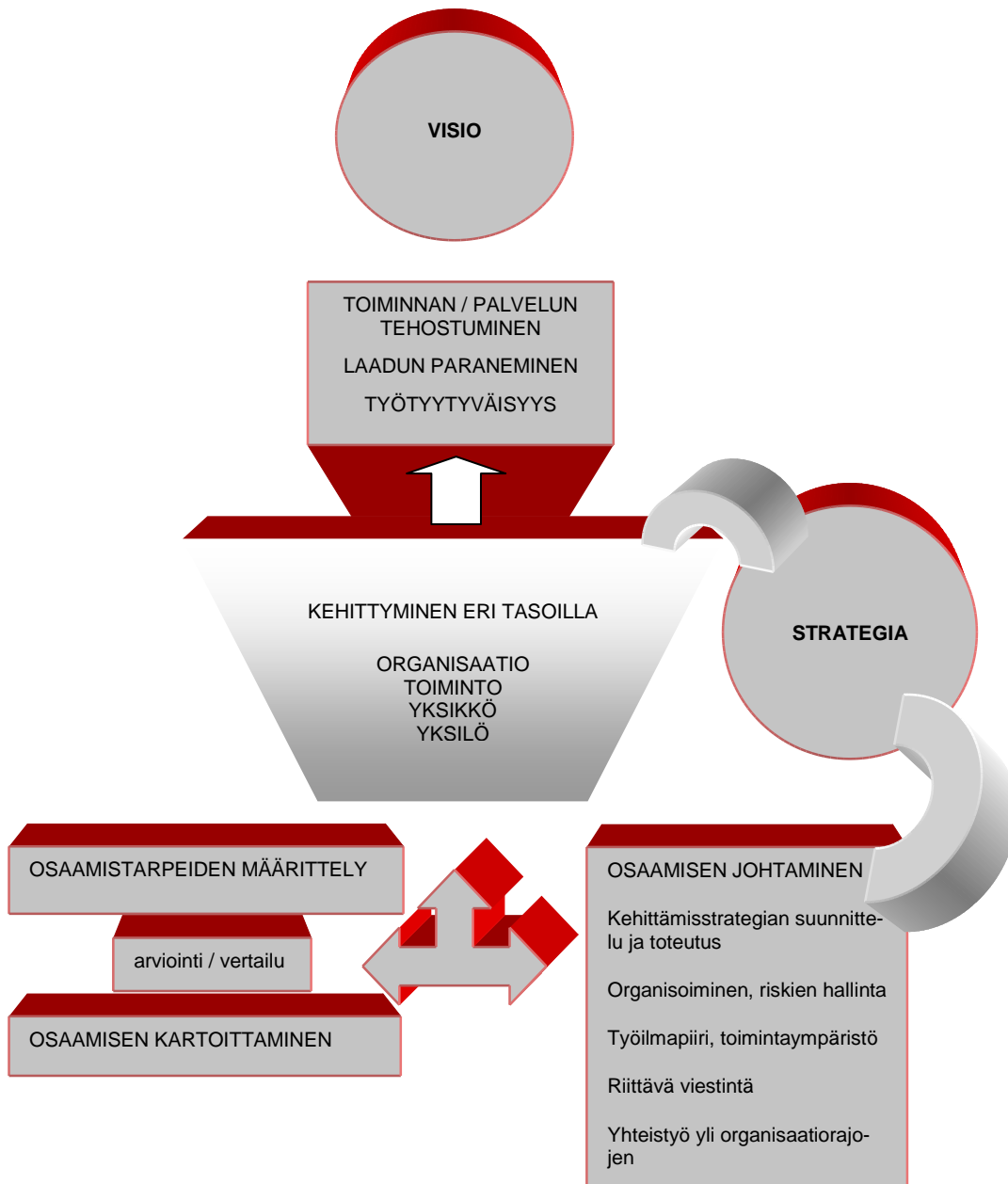
3 POTILASOHJAUKSEN OSAAMISEN JOHTAMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Osaamisen johtamisen keskeiset elementit

Osaamisen johtaminen on tuttua bisnesmaailmasta jo useiden vuosikymmenten ajalta. Sitä on nyt alettu tietoisesti hyödyntämään myös terveydenhuollossa. Sen avulla pystytään arvioimaan osaamista, osaamisen jakamista ja hallintaa terveydenhuollon prosesseissa. Useat tutkimukset osoittavat osaamisen johtamisen hyödyt. Osaamisen johtaminen mahdollistaa jatkuvan oppimisen ja tiedon vahvistumisen. Se on myös hyvä apu arviointien esiintuomien negatiivisten asioiden korjaamiseen. Osaamisen johtamisen avulla palvelujen laatu paranee ja potilaiden tarpeisiin pystytään vastaamaan paremmin. Terveydenhuollon organisaation kehittämisessä on osaamisen johtaminen todettu tehokkaaksi keinoksi (Kothari ym. 2011). Lopullisena tavoitteena terveydenhuollossa on terveyshyödyn tuottaminen potilaalle (Kothari ym. 2011) ja osaamisen johtamisen avulla siinä saavutetaan parempia tuloksia (Gowen ym. 2009).

Osaamisen johtamisen keskeiset tekijät on koottu kuvaan 2. Keskeistä on *osaamisen kartoittaminen* ja *osaamistarpeiden määrittely*. Keskeiset osaamisvaatimukset määritellään yksilöille, yksiköille, prosesseille ja toiminnoille (Kujansivu ym. 2007, 115, Viitala 2008, 15-16, 87-88) luomalla muun muassa prosessimalleja (Kothari ym. 2011). Kompetenssikartoitukset suoritetaan siis organisaation eri tasoilla; prosesseittain, toiminnoittain, yksiköittäin, tiimeittäin ja yksilöittäin. Näin osaamista ja osaamisvaatimuksia pystytään *arvioimaan* ja *vertailemaan*. Osaamista arvioidaan esimerkiksi laatujärjestelmän tuottamien tavoitekuvausten ja kriteeristöjen avulla. Näin suurimmat osaamispuutteet suhteessa tavoitetilaan tulevat esille. Vertailun pohjalta voidaan käynnistää strategisia toimenpiteitä sekä laatia ja toteuttaa kehittämissuunnitelmia joilla saavutetaan osatavoitteita pyrittäessä kohti yhteistä päämäärää. Osaamisen kehittämiseksi on siis välttämätöntä

tunnistaa ja määrittää osaamisen nykytila, jotta voidaan hahmottaa, mitä osaamista päämäärien tavoittelussa tarvitaan, mitä ja millaista osaamisen pitäisi olla (Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 15-16, 87-88, Kujansivu ym. 2007, 115) (Kuva 2).



Kuva 2. Osaamisen johtamisen keskeiset tekijät (mukaellen Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 15-16, 87-88, Kujansivu ym. 2007, 115)

Osaaminen ohjaa *strategian* muodostumisessa ja määrittelee millaiseen *visioon* on mahdollista pyrkiä. Visio kuvaa päämäärää ja tahtotilaa sekä tulevaisuuden tarpeita. Niinpä organisaatio voi myös määrittellä vision ja strategiset tavoitteet yli osaamistason, jotta tulevaisuuden haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan. Tällöin visio ja sen pohjalta luotu strategia määrittelevät osaamisvaatimuksia ja sitä kautta myös osaamisen kehittämistarpeita (Kujansivu ym. 2007, 115, Viitala 2008, 15-16, 87-88). Osaamisen johtamisen kokonaisuuden hallinta saa aikaan kehittymistä *eri tasoilla; yksilöittäin, yksiköittäin, toiminnoin* ja *organisaatioissa*. Tuloksena on *toiminnan ja palvelun tehostuminen, laadun paraneminen ja työtyytyväisyys*. Osaamisen johtaminen onkin tasapainoilua osaamisen ja osaamistarpeiden välillä, jotta voidaan päästä luotuihin tavoitteisiin kohti visiota (Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 15-16, 87-88, 109, Kujansivu ym. 2007, 115) (Kuva 2).

Osaamisen johtamisen keinoja ovat tieto, toimintamallit, systematiikat, työkalut ja keskustelu. Näitä ovat esimerkiksi perehdyttäminen, kehityskeskustelut, yhteiset suunnittelupalaverit, arviointikeskustelut, mentorointi, työnohjaus, benchmarking eli vertaisoppiminen ja mallittaminen. Osaamisten tunnistamista helpottaa tarkastelu esimerkiksi asiakkaiden tai toimintaympäristön näkökulmasta. Osaamisen jakaminen osaamisalueiksi auttaa laaja-alaisen osaamisen tunnistamisessa. Jakoa voi tehdä esimerkiksi yleiseen osaamiseen, ammatilliseen erityisosaamiseen, yhteistyöosaamiseen ja kehittämisosamiseen. Osaamista mitattaessa käytetään työkaluina osaamistasojen kuvauksia mittaasteikkojen tai erilaisien osaamismatriisien avulla. Tärkeää on, että osaamisen tunnistamisesta ja mittaamisesta saatua tietoa hyödynnetään. Keskustelun voi kuitenkin ajatella olevan osaamisen johtamisen tärkein ja ainoa todellinen keino, koska osaamisen johtaminen on etupäässä keskustelevaa johtajuutta. Esimies ohjaa muutoksen käynnistäviä keskusteluprosesseja. Keskustelun myötä oppimisen suunta selkiytyy, oppimista edistävä ilmapiiri kehittyy ja oppimisprosessit edistyvät. Esimies luo rakenteita ja toimintamalleja oppimista edistävän keskustelun varmistamiseksi, systematisoimiseksi ja kehittämiseksi (Viitala 2008, 341-342, 255).

Johtaja kirkastaa ajatusta perustehtävän suorittamisesta sekä tukee tavoitteiden määrittelyssä ja toiminnan arvioinnissa. Osaamisen johtaminen luo, vaalii ja kehittää strategisesti tärkeää tietoa ja taitoa organisaation kaikilla tasoilla. Tarvitaan yksilöiden osaamista ja oppimista sekä lisäksi yhteisöllistä oppimista, joka mahdollistuu yksilöiden osaamisen jakamisella, yhdistelemisellä, rikastamisella ja suuntaamisella ryhmän tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimintastrategia edellyttää organisaation osaamista, osaamisen jakamista ja yhteisöllistä oppimista. Organisaation osaaminen on yksilöiden oppimista ja osaamista ja osaamisen johtaminen tämän ymmärtämistä. Tärkeä osa osaamisen johtamista on työntekijöiden osaamisen tason nostaminen, vaaliminen ja tehokas hyödyntäminen toiminnan edellyttämän osaamisen turvaamiseksi nyt ja tulevaisuudessa. Oppimiselle tarvittavat resurssit tulee varmistaa. Osaamisen kehittyminen menestyksellisesti tavoitteiden mukaisesti yksilön, ryhmän ja organisaation tasoilla johtaa organisaation oppimiseen. Oppivaan organisaatioon on johtamisella aikaansaatu organisaatiokulttuuri, järjestelmät ja toimintamallit, joiden avulla organisaatio oppii tehokkaasti, vaikka ihmiset vaihtuisivatkin (Viitala 2008, 13-16, 37, 57-58, Viitala 2004, 188-192).

Osaamisen johtamisen tehtäviin kuuluu työtehtävien *organisoiminen*. Esimerkiksi optimoimalla työtehtäviä työntekijöiden osaamisen mukaan saadaan resurssit käyttöön tehokkaasti. Organisoimiseen kuuluu myös *riskien hallinta*. Osaamiseen liittyvien riskitekijöiden hallintaa on esimerkiksi havaita osaamispotentiaaliin liittyvät puutteet ja henkilöstön osaamistason heikkeneminen ja toteuttaa ajoissa korjaavia toimenpiteitä (Kujansivu ym. 2007). *Riskien hallinnassa* myös mahdollista tiedon häviämistä pyritään ennaltaehkäisemään ennakoimalla työntekijän lähtemistä, kuten eläköitymistä, huolehtimalla tiedon jakamisesta (Kothari ym. 2011) (Kuva 2).

Riittävää viestintää tarvitaan tiedonkulun turvaamiseksi (Kothari ym. 2011). Esimies toimii tiedon portinvartijana, suodattajana ja määrittelijänä, mikä tieto on tärkeää välittyä työyhteisöön sellaisenaan ja mikä ei. Esimies saa tietoa ylemmältä johdolta, kollegoiltaan ja muista foorumeista ja vastuuna on hahmottaa, mitä tietoa työyhteisön eri yksiköt

tarvitsevat sekä turvata tärkeän tiedon kulku. Esimiehen tulee myös tukea tiedon ymmärtämistä. Työntekijöillä tulee olla lupa ja tilaa luoda uutta ymmärrystä, innovaatioita ja synteesiä uuden ja aiemmin opitun välillä. Tiedon jakaminen sekä yhteistyön ja riskinoton salliminen edistävät hyvää työilmapiiriä ja voivat siten tehokkaasti edistää prosessien kehittymistä. Esimies voi vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin ja kulttuuriin, jotta aiempia ajatusmalleja katsottaisiin kriittisesti ja uusille ajatusmalleille ja tiedolle suhtauduttaisiin avoimesti. *Työilmapiiriin ja työympäristöön* panostaminen sitouttaa työntekijöitä tavoitteelliseen työhön (Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 341-342). Työyhteisön ilmapiiriin sekä johdon ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen luominen ja kehittäminen edistävät oppimista työyhteisössä (Viitala 2004, 188-192) (Kuva 2).

Yhteistyö yli organisaatorajojen toimii mahdollistajana ja rikastuttaa osaamisen johtamista. Toisiaan refleктоivat käytännöt ja suhteet avaavat mahdollisuuden uusille ideoille ja näkökulmille ja siten tarjoavat tarvittavan perustan organisaation tehokkuuden lisäämiseen (Orzano ym. 2008). Toimivat yhteistyöverkostot vaikuttavat organisaation menestykseen. Verkostojen ja yhteistyökumppaneiden kehittymistä ja oppimista tarvitaan, jotta asiakas saa parhaan mahdollisen hyödyn. Kumppanuussuhteita vaaliessa on huolehdittava yhteisestä oppimisesta ja sitä tukevien rakenteiden ja toimintamallien kehittämisestä (Viitala 2008, 13-16, 37, 57-58) (Kuva 2).

3.2 Johtajuus potilasohjauksen osaamisen tukena

Potilasohjauksen osaamisen tukeminen on hoitotyön johtajan keskeisimpiä tehtäviä. Kansalliset ohjelmat ja strategiat ohjaavat terveys- ja sosiaalialan organisaatioiden toimintaa. Organisaatio linjaa oman ohjaustoimintansa käytännöt ja tavoitteet näiden pohjalta. Esimerkiksi Käypä hoito –suositukset ohjaavat toimintaa vahvasti. Organisaation toimintakulttuuri linjaa taustavaikuttajien arvostusta (Vänskä ym. 2011, 113). Johtajuus korostuu prioriteettien linjaajana (Orzano ym. 2008). Yhteisesti sovittuja käytäntöjä, hoitopolkuja ja –ketjuja, toimintatapoja sekä ohjauksen sisältöjä linjataan. Johdon tehtävä on tukea työntekijöitä linjausten toteuttajina (Vänskä ym. 2011, 113). Esimerkillään johtaja viestii sitoutumista ammattitaidon kehittämiseen, muutoksiin ja työn tekemisen innostavuuteen (Viitala 2004, 188-192).

Uraa uurtavaa tutkimusta hoitotyön johtajien näkemyksestä potilasohjauksen toteutumiseen tehneet Leino-Kilpi ym. (2001) toteavat, että hallinnon tehtävänä on luoda potilasohjaukselle suotuisat toimintaedellytykset ja tukea toteutusta. Asiantuntijaorganisaatioissa esimiehen rooli on ennen kaikkea mahdollistaa eli fasilitoida työntekijöille suotuisat toimintaedellytykset toteuttaa erityisosaamistaan. Työntekijöiden erityisosaamiset ovat usein esimiehen oman osaamisen ulkopuolella. Asiakkaille työntekijän ohjauksen näyttöön perustuva sisällöllinen ja menetelmällinen erityisosaaminen on oleellinen lisäarvon ydin (Viitala 2008, 309). Johdon tehtävänä on tunnistaa vastualueensa potilasohjauksen keskeiset sisällöt, käytössä olevat voimavarat ja resurssit, organisoida voimavarojen tehokas käyttö, tunnistaa kehittämistarpeet ja kehittää toimintaa. Hoitotyön johtajan tulee organisoida määräajoin potilasohjauksen vaikuttavuuskartoituksia, huolehtia henkilökunnan täydennyskoulutuksesta työn sisällön ja potilasohjauksen menetelmien osalta sekä organisoida potilasohjausmateriaalin tehokas käyttö ja kehittäminen. Parhaimmillaan johtaja toimii innoittajana ja luo uusia toimintatapoja potilasohjauksen toteuttamiseen (Leino-Kilpi ym. 2001). Yhteisymmärryksessä henkilöstön ja johtajan välillä

tapahtuva johtaminen on yhteydessä parempaan hoitoon ja näin ollen myös ohjauksen laatuun (Castle & Decker 2011).

Ohjausosaamisen laadukas johtaminen pohjautuu hyvän johtajuuden peruslähtökohtien varmistamiseen. Johtaja tarvitsee virallisen koulutuksen ja työkokemusta perustyöstä johtamaltaan alalta (O'Connor 2011). Hoitotyön johtajan tulee hallita talous- ja budjet-tiasiat sekä muutos- ja strategiajohtamisen lainalaisuudet. Lisäksi hoitotyön johtajan tulee omata hyvät kommunikointi- ja tietotekniset taidot sekä taidot ihmisläheiseen johtamiseen (Omoike ym. 2011). Taidot karismaan perustuvassa muutosjohtamisessa ja laadun johtamisessa parantavat osaamisen johtamista (Gowen ym. 2009). Hedelmällisen keskusteluyhteyden rakentaminen näkemyksien avartamiseksi ja uusien ideoiden tuomiseksi sekä tiedollinen uteliaisuus ja elinikäisen oppimisen halu ovat lähtökohtia kehittämistyölle, jota myös potilasohjauksen kehittyminen vaatii (O'Connor 2011). Hoitotyön johtajan tulee osata vastata työelämän haasteisiin paikallisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti katsottuna. Muuttuvat tilanteet ja tehtävät vaativat johtajalta valmiuksia olla älykäs, sopeutumiskykyinen, ulospäin suuntautunut ja tunnollinen. Hoitotyön johtajan tulee olla avoin uusille kokemuksille ja olla yleisesti tehokas. Valmiuksia tulee olla myös vastata globaaleihin haasteisiin monikulttuurisuus huomioiden (Nichols ym. 2011).

3.3 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiset linjaukset potilasohjauksen osaamiselle

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategian tavoitetilana eli visiona vuodeksi 2013 on huolehtia potilaiden nopeasta hoitoon pääsystä ja kuulua maan sairaanhoitopiirien parhaimmiston palvelujen tuottavuudessa ja vaikuttavuudessa. Strategisiin tavoitteisiin kuuluu muun muassa terveyden edistämisen ja vaikuttavuuden parantamisen työ sekä yhteistyön tiivistäminen perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Myös johtajuuden kehittämiseen panostetaan. Nämä strategiset linjaukset ohjaavat myös potilasohja-

uksen toteuttamista ja hoitoketjujen luomista. Strategian määrittämänä potilasohjauksen osaamisen ydinalueiksi hahmottuvat terveyden edistäminen, vaikuttavat ohjausmenetelmät ja hoidon tasojen välinen yhteistyö (Edelläkävijä terveyteen 2011).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia on laadittu linjaamaan hoitotyön painopistealueita ja ohjaamaan toimintaa yhdistäen hoitotyön johtamisen, kliinisen hoitotyön, tutkimuksen ja kehittämisen sekä opiskelijoiden ohjauksen. Se perustuu sairaanhoitopiirin strategiaan pitäen sisällään kolme strategista tavoitetta; potilaiden terveyttä edistävän hoidon takaamisen, näyttöön perustuvan hoitotyön toimintakäytännön kehittämisen ja vetovoimaisuuden ylläpitämisen henkilöstövoimavaroja johtamalla (Kuva 3). Tähtäimessä on tavoitetila eli visio toteuttaa potilaslähtöistä, näyttöön perustuvaa hoitotyötä vetovoimaisessa ja moniammatillisessa toimintaympäristössä (Hoitotyö 2012).



Kuva 3. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia potilasohjaukseen liittyen (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011)

Hoitotyön strategiassa potilaiden terveyttä edistävän hoidon takaamisen toimenpiteiksi on nimetty potilaiden osallisuuden ja omahoidon edistämistä vahvistamalla potilaiden, omaisten ja potilasjärjestöjen osallistumista ja aktiivista roolia sekä parantamalla hoidon koordinaatiota ja jatkuvuutta. Osallistumista edistetään kehittämällä ja toteuttamalla hoidon suunnittelua, neuvonta- ja ohjaustilanteita. Toimenpiteenä on myös monimuotoisen potilasohjauksen kehittäminen vastaamaan erilaistuvien potilasryhmien tarpeita. Tehtävänä strategiassa on kartoittaa potilasohjauksen kehittämisen nykytilanne, parantaa erilaisia ohjausmenetelmiä ja –välineitä sekä ajoitusta, uudistaa kirjallisten potilasohjeiden hallintajärjestelmää sekä kehittää potilasohjauksen vaikuttavuuden mittareita (Hoitotyö 2012) (Kuva 3).

Potilasohjauksen sisällön laatuun ja osaamiseen halutaan vaikuttaa. Hoitotyön strategiassa potilaslähtöisen, näyttöön perustuvan hoitotyön toimintakäytännön kehittämisessä on tavoitteena, että hoitotyön prosessit ja käytännöt perustuvat parhaaseen, ajan tasalla olevaan tietoon. Potilaslähtöiset ydinprosessit kuvataan, hoitotyön suosituksiin perustuvat käytännöt laaditaan ja kirjaamisen analysointia ja yhtenäistämistä kehitetään. Hoitotyön tuloksellisuutta parannetaan muun muassa näyttöön perustuvan hoitotyön osaamista vahvistamalla tutkimusyhteistyön ja koulutuksen avulla. Strategia linjaa hoitotyön johtamisrakenteen ja johtajuuden kehittämistä muun muassa esimiesten kouluttautumista tukemalla. Näin myös potilasohjauksen osaamisen johtaminen kehittyy (Hoitotyö 2012) (Kuva 3).

Hoitotyön vetovoimaisuuden ylläpitäminen henkilöstövoimavarojen johtamisella pitää hoitotyön strategiassa sisällään muun muassa osaamisvaatimusten ja osaamisen johtamisen kehittämistä. Osaamisen johtamisen kehittäminen suuntaa strategiassa osaamisen hallinnan kehittämiseen, asiantuntijuuden kehittymisen ja urakehityksen tukemiseen sekä osaamisen kehittämiseen näyttöön perustuvan toiminnan osaamisen, potilasohjausosaamisen, potilasturvallisuusosaamisen ja kansainvälisyysosaamisen osalta (Hoitotyö 2012) (Kuva 3).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön johtajien näkemyksiä potilasohjauksen osaamisen johtamisesta. Tutkimuksessa kuvataan osaamisen johtamisesta erityisesti käytössä olevia ohjauksen rakenteita ja käytäntöjä, potilasohjauksen osaamisen tunnistamista, kartoittamista ja mittaamista sekä osaamisen kehittämistä ja ylläpitämistä.

Tutkimus vastaa kysymyksiin:

1. Millaisia sovittuja potilasohjauksen käytäntöjä on käytössä?
2. Miten ohjausosaamista ylläpidetään?
 - a. Miten ohjausosaamista arvioidaan?
 - b. Miten potilasohjauksen koulutusta suunnitellaan ja toteutetaan?
 - c. Millaisia potilasohjauskoulutustarpeita nousee esille?
3. Millaisia ovat potilasohjauksen kehittämistarpeet?

4.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineiston keruu tapahtui osana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Potilasohjaus vaikuttavaksi (PoiJu) –strategista kehittämishanketta (2011-13). Tutkimusaineisto koos-

tui 22 hoitotyön johtajan teemahaastattelusta Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin ja perusterveydenhuollon alueelta. Haastateltavina oli muun muassa osastonhoitajia, hoitotyön johtajia ja ylihoitajia sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta. Haastateltavia oli kattavasti hoitoalan eri osa-alueilta. Aineiston keruu toteutettiin erikseen sovitulla ajalla puhelinhaastatteluna kesällä 2011 ja tutkija sai sanatarkat litteroidut haastattelut valmiina. Tähän tutkimukseen on haastatteluista poimittu näkemykset tutkimuskysymysten ohjaamana.

4.3 Aineiston analyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin laadullisella aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tällä tavoin pystyttiin analysoimaan aineistoa ja saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineistosta eroteltiin tutkimuskysymyksiin vastaavat haastatteluosat redusoimalla tekstiä ja määriteltiin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuus. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Tämän jälkeen suoritettiin ryhmittelyä. Pelkistetyt ilmaukset koottiin alaluokittain. Aineiston abstrahoinnissa alaluokat luokiteltiin yläluokkien alle tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon löytämiseksi. Viimein pystyttiin muodostamaan pääluokkia. Esimerkki kuvaa tapaa, jolla analyysi toteutettiin (Liite 1). Näin pystyttiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95, 108-113). Kunkin tutkimuskysymyksen alle muodostui yksi pääluokka vastaten tutkimuskysymykseen. Ylä- ja alaluokkia oli useampi. Ne olivat kunkin tutkimuskysymyksen kohdalla toisensa poissulkevia ja toivat esiin haastateltavien näkemykset tutkimuskysymyksen aihepiiristä. Ylä- ja alaluokat selittivät osatekijät teoreettisen kokonaisuuden muodostumiseen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Potilasohjauksen sovitut käytännöt

Tulosten mukaan potilasohjauksen sovitut käytännöt olivat eritasoisia kuvaten käytännön toimintamalleja tai laajempia kokonaisuuksia (Kuva 4). Osa käytännöistä esiintyi yksikkötasolla, osa organisaatiotasolla. Käytännöt vaihtelivat kirjaamisessa, tiedonkulussa, omahoidon tukemisessa, ohjauksen muodoissa ja kehittämisessä. Omaiset huomioitiin. Ohjaus oli osittain näyttöön perustuvaa ja potilaskeskeistä.

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|---|---|-----------------------------|
| Kirjaamiseen panostetaan | Kirjaaminen vaihtelee | VAIHELEVAT KÄYTÄNNÖT |
| Kirjaamiseen panostetaan vähän | | |
| Tiedonkulussa haasteita | Tiedonkulku vaihtelee | |
| Yhteinen potilastietokanta | | |
| Tiedonkulku toimii eri keinoin | | |
| Potilaalla ei vaikutusmahdollisuuksia ohjaukseen | Ohjaus osin näyttöön perustuvaa ja potilaskeskeistä | |
| Yhteistyö potilaan kanssa ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa | | |
| Tarvelähtöisyys | | |
| Voimavara- ja lähtöisyys | | |
| Ohjaus kiinteä osa hoitotyötä | | |
| Tutkittuun tietoon perustuvaa | | |
| Käypä Hoito -suositukset | | |
| Omatoimisuuden tukeminen | Omahoidon tukeminen | |
| Ymmärtämisen varmistaminen | | |
| Itsenäisen tiedonhankinnan tukeminen | | |
| Omaiset mukana tarvittaessa | Omaisten huomioiminen | |
| Omaiset huomioidaan ohjauksessa | | |
| Omaiset mukana potilaan suostumuksella | | |
| Lapsipotilaan omaiset aina mukana | | |
| Ohjaustyylit | Potilasohjauksen muodot | |
| Ohjauksen keinot | | |
| Ohjausmallit ja -menetelmät | | |
| Toiminnan kehittäminen | Kehittäminen vaihtelee | |
| Henkilöstön kehittäminen | | |
| Järjestäytyneen kehittäminen | | |
| Ei ohjausosaamisen kehittämistä | | |

Kuva 4. Potilasohjauksen vaihtelevat käytännöt

Haastateltavien mukaan potilasohjauksen kirjaamista suoritettiin tarkasti ja monipuolisesti, mutta toisaalta myös niukasti ja yleisellä tasolla. Esille nousi, että ohjauksen sisältöä kirjattiin tarkasti etenkin tietyissä sovitussa sairausryhmissä kuten esimerkiksi syömishäiriöissä. Kirjaamista tapahtui esimerkiksi rakenteisen kirjoittamisen fraasien avulla. Osa ilmoitti, että kirjaamista tapahtui yleisellä tasolla ja lyhyesti. Esiiin nousi, että kirjaaminen oli niukkaa etenkin tietyissä sairausryhmissä, kuten esimerkiksi astmaohjauksessa, missä ohjauksen sisältö ammattihenkilöiden kesken yleisesti tiedettiin. Vertaisarviointi nousi esille kirjaamisen arvioimisen käytäntönä. Kirjaamistyöryhmä huolehti kirjaamisen kehittämisestä. Osastoilla kirjaaminen koettiin tärkeäksi hoidon jatkuvuuden taakamiseksi vuorojen vaihtuessa. Osa hoitotyön johtajista näki, että kaikki kirjataan. Osa

taas näki, että ohjausta ei kirjata, ei ainakaan systemaattisesti, esimerkiksi ohjauspuhe-
luita ei joissain yksiköissä kirjattu lainkaan.

”Fraasit on käytössä.” H02

”Ohjausta ei kirjata tarkalleen potilastietoihin, ei miten potilas on ohjeistettu vain maininta-
tasoisesti kyllä.” H13

Tiedonkulku oli vaihtelevaa. Koettiin, että potilasohjauksen tiedonkulkua sääteli paljolti
yhteinen potilastietojärjestelmä. Paikoin koettiin, että tiedonkulku toimi hyvin. Tiedonku-
lussa oli myös ongelmia alueella olevien organisaatioiden välillä, varsinkin, jos yksiköillä
oli eri potilastietojärjestelmä. Muualta muuttaneiden potilastietojen kulussa oli ongelmia.
Ajoittain tiedonkulku oli potilaan varassa.

”Eiköhän meillä varmisteta se tiedonkulku toisille tahoille päin, kun se Effican kautta me-
nee, kun siellä on nämä hoitotyön yhteenvedot. Ja potilaskohtaisesti, jos potilas menee pe-
rusterveydenhuoltoon niin siellä on hoitotyön yhteenvedot, niin sieltä se löytyy.” H12

Enemmistö haastateltavista toi esille, että potilasohjausta sääteli näyttö. Osa mainitsi
erikseen ohjauksen pohjautuvan tutkittuun tietoon ja osa toi esille Käypä Hoito -
suositusten ohjaavan ohjaustyötä osaltaan. Näyttöön perustuvaksi katsottiin kuuluvan
myös yksikössä toteutettava ohjauksenkäytien määrä-laatusuoritus. Yleisesti haastatelta-
vat toivat esille, että potilasohjaus oli potilaskeskistä, potilas voi vaikuttaa ohjaukseen-
sa ja ohjaus suunniteltiin yhdessä yhteistyön toimiessa. Toisaalta muutamien haastatel-
tavien mukaan potilas ei ollut mukana ohjauksen suunnittelussa ja potilaalla ei ollut vai-
kutusmahdollisuutta ohjaukseen. Suurin osa näki ohjauksen olevan tarvelähtöistä ja
lisäksi tuotiin esille voimavarojen lähtöisyyttä. Osa näki ohjauksen olevan kiinteä osa hoito-
työtä limittyen muuhun hoitotyöhön. Esimerkiksi ohjausta kuvattiin annettavan hoitotoi-
menpiteiden lomassa potilaan tarpeen sanelemana muun muassa ravitsemusohjauksen
muodossa. Muutaman mukaan ohjausta toteutettiin moniammatillisesti.

”No tuota ... meillä se ohjaaminen tapahtuu ... se mitä ohjaustyötä me tehdään ... se perustuu tutkittuun tietoon.” H08

”Kyllä minun käsityksen mukaan hän voi hyvin valita sen... Hän on niin kuin koko ajan mukana siinä suunnitelman tekemisessä.” H17

”Että ei se potilas sitä suunnittele. Kyllä se on se suunniteltu jo täällä aiemmin.” H06

”Se kohdistuu se sisältö sitten potilaiden tarpeesta.” H06

Haastateltavien mukaan potilaan omahoitoa ja tiedonhankintaa tuettiin. Kaikki toivat esille, että itsenäistä tiedonhankintaa tuettiin jollain tapaa. Osa toi esille, että potilaita varten oli olemassa terveysneuvontapisteitä joko fyysisesti tai internetissä. Internetiä tarjottiin tiedonhankintakanavana potilaille omien nettisivujen tai muiden luotettavien nettisivujen muodossa, esimerkiksi ohjattiin Käypä Hoito -sivuille. Osa toi myös esille jaettavat ohjelehtiset. Lisäksi muutama toi esille, että pyrittiin varmistamaan, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjauksen, minkä koettiin edistävän potilaan omatoimista terveydestä huolehtimista. Potilaan omatoimisuutta pyrittiin hoitotyössä ohjauksella tukemaan. Esille myös yksittäin nousi, että joillain osa-alueilla oli puutteita, esimerkiksi nettisivujen puuttumisen tai tiedonhaun tukemisen muodossa.

”On ihan nää tällaiset kirjalliset ja nettisivujen ohjeet ja se miten asiakasta ohjataan käyttämään esimerkiksi Terveystieteen ja THL:n nettisivuja.” H22

”Esimerkiksi seuraavan kontaktin yhteydessä kysytään, miten olet tehnyt tämän ja eli onko ohjausta annettu ja onko se mennyt perille, onko se annettu ohjaus siirtynyt arkielämään, onko muuttunut ohjauksen myötäisesti se arki?” H19

Haastateltavien mukaan omaiset olivat potilasohjauksessa mukana potilaan toiveesta ja suostumuksella, mutta joissakin yksiköissä omaisten läsnäolon tarpeen määritteli hoitaja. Omaisten tärkeys korostui etenkin jos potilas ei kyennyt ottamaan ohjausta vastaan, tällöin ohjattiin omaisia potilaan asioissa. Osassa yksiköissä omaiset olivat mukana pal-

jon, osassa vähäisesti, kaikissa kuitenkin omaiset oli jollakin tapaa ohjauksessa tarvittaessa huomioitu. Lapsiasiakkaiden kohdalla omaiset kytkettiin mukaan aina.

”Kyllä omaiset/läheiset osallistuu. On heidän aina mahdollista osallistua sen mukaan, miten haluaa osallistua. Se vaihtelee kuinka usein osallistuu, että potilas määrittelee itse kun aikuisesta puhutaan, että kuka osallistuu.” H12

”No tota niin... omaiset/läheiset osallistuu silloin, kun me katsotaan se tarpeelliseksi, että kun on tarpeellista myös ohjata näitä läheisiä, että ei mene kaikki niin perille.” H01

”Neuvolaikäisillä on se koko perhe mukana siellä käynnillä. Niin siellä se koko perhe ja muu omaisten huomioiminen...” H03

Haastateltavien mukaan käytössä oli laaja-alainen potilasohjauksen muotojen kirjo. Pääasiassa käytettiin henkilökohtaista ohjausta, suullista ohjausta, kasvokkain tapahtuvaa ohjausta, yksilöohjausta sekä jonkin verran kädestä pitäen ohjausta, sähköpostia, puhelinohjausta, ryhmäohjausta, vertaisryhmiä ja kotikäyntejä. Apuna käytettiin pääasiassa demonstraativälineitä ja materiaalia, kuten oppaita, esitteitä, ohjelehtisiä, kirjallisia ohjeita kuvien kanssa tai ilman sekä vähemmän julisteita ja kirjallisuutta. Suurin osa haastateltavista mainitsi, että kirjallisia ohjeita tarjottiin nimenomaan suullisen ohjauksen lisänä muistin tueksi. Vähemmän käytettiin mobiiliohjausta sekä dvd-, cd- ja videomateriaalia ohjauksessa, mutta periaatteessa näitä muotoja mainittiin olevan saatavilla osassa haastateltujen yksiköistä. Valmiita materiaaleja käytettiin joko sovitusti tai ilman yleistä linjaa. Muutama haastateltava perusterveydenhuollosta toi esille, että apuna ohjauksessa olivat muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu. Osa haastateltavista nosti esille toiminnallisen ja vuorovaikutuksellisen ohjauksen, lähinnä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastojen yksiköistä.

”Menetelmänä on pitkälle varmaan se yksilöohjaus ja se on puhumista sekä kirjallisen materiaalin antamista sen sanomisen tueksi. Sitten meillä tietyn ajoin pyörii sanotaan vaikka painonhallintaryhmiä, joihin ohjataan sitten sinne niitä asiakkaita, joka on minusta pelkäänsä potilasohjausta ja siellä sitten käsitellään niitä erilaisia asioita ja siellä on eri asiantuntijoita puhumassa. Ja useimmiten siellä ... niin kuin sanoin, jos se on ryhmä, niin silloinhan se tapahtuu niin, että se on ryhmäohjausta. Useinkin on mahdollista saada myös yksilöoh-

jausta, jos se tuntuu tarpeelliselta. Ja se on puhumista, vuorovaikutusta, näyttämistä ja kirjallisen materiaalin antamista. Näyttämällä tarkoitan sitä, että voidaan katsoa jotakin videota, ja netistä hakea jotain ohjausta siihen ja kuvan kera saada siihen vahvistusta.” H09

Sovittuja käytäntöjä nousi esille myös kehittämistyön muodossa. Ne jakautuivat toiminnan-, henkilöstön- ja järjestäytyneeseen kehittämiseen. Toimintaa oli kehitetty luomalla yhtenäisiä prosesseja, hoitopolkuja ja hoitokarttoja oman yksikön sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ainakin joidenkin tiettyjen sairausryhmien kohdalla, kuten esimerkiksi astman tai diabeteksen hoidossa. Mainittiin, että oli tehty työnjakoa, sovittu vastuualueita, laadittu hoidon kriteereitä, tehty tsekkauslistoja ja hoidon tarpeen arviointia. Materiaalien ja nettisivujen päivittämisestä huolehdittiin. Henkilöstön ohjausosaamisen kehittämisen käytäntöjä oli jonkin verran muodostunut. Käytössä olivat vaihtelevasti koulutussuunnitelmat, koulutukset, perehdytys, kehityskeskustelut ja joitain arvioinnin muotoja. Ohjausosaamisen nähtiin myös kehittyvän järjestäytyneesti projektien ja hankkeiden myötä sekä vuorovaikutuksessa järjestöjen ja koulutusorganisaatioiden kesken. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa ei ollut muodostunut laajaksi käytännöksi.

”Me ollaan alettu tekemään tällaisia hoitokarttoja ja hoitopolkuja ja oikeastaan hoitoketjujakin. Me ollaan aika paljonkin näitä tehty yhdessä keskussairaalan kanssa.” H02

”Ei ole olennaista kolmas sektori, enkä kaipaa.” H16

5.2 Ohjausosaamisen ylläpito

Tulosten mukaan potilasohjauksen osaamisen arviointi osoittautui puutteelliseksi (Kuva 5). Vertaisarviointia ja osaamiskartoituksia tehtiin, mutta epäselväksi jäi, liittyivätkö ne myös ohjausosaamisen arviointiin. Arviointi oli vaihtelevaa kehityskeskusteluissa ja kehittämistyössä ohjausosaamisen arvioinnin kannalta tarkasteltuna. Potilaslähtöinen pa-

laute ohjausosaamisesta ja ohjausosaamisen laadun seuranta olivat suppeaa. Tuntuma oli yleisin arvioinnin muoto. Haastatteluissa tuotiin vahvasti esille, että ohjausosaamista ei arvioitu.

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|--|--|--|
| Työyhteisöstä nouseva vertaisarviointi vaihtelevaa | Ohjausosaamiseen liittyvä vertaisarviointi epäselvää | OHJAUSOSAAMISEN ARVIOINTI PUUTTEELLISTA |
| Benchmarking hoitokäytäntöihin liittyen | | |
| Kehityskeskusteluissa ohjausosaaminen saattaa nousta välillisesti esille | Kehityskeskusteluissa ohjausosaamista arvioidaan vaihtelevasti | |
| Kehityskeskusteluissa käsitellään ohjausosaamista | | |
| Ohjausosaamista on mahdollista arvioida kehityskeskusteluissa | | |
| Osaamiskartoituksia on toteutunut | Ohjausosaamisen arvioinnin osuus osaamiskartoituksissa epäselvää | |
| Osaamiskartoituksia on suunnitteilla | | |
| Ohjausosaamisesta ei kysytty potilaille suunnatuissa kyselyissä | Potilaslähtöinen palaute ohjausosaamisesta suppeaa | |
| Potilailla jatkuva mahdollisuus antaa palautetta | | |
| Yhteistyön myötä arviointia | Kehittämisen myötä vaihtelevasti | |
| Arviointia hankkeiden myötä | | |
| Kirjaamisen otantaa | Ohjausosaamisen laadun seuranta suppeasti | |
| Ohjauskerrat tilastoidaan | | |
| Yleinen laatujärjestelmä on | | |
| Esimiehen tuntuman perusteella | Tuntuman perusteella | |
| Työntekijän tuntuman perusteella | | |
| Ei arvioida lainkaan | Ei arvioida | |
| Ei systemaattista arviointia | | |
| Ei arviointityökaluja käytössä | | |
| Keinot vaillinaiset arvioida | | |
| Ei ole huomioitu osaamiskartoituksissa | | |

Kuva 5. Ohjausosaamisen arviointi puutteellista

Vertaisarviointi nousi esille muutamassa haastattelussa. Selvästi ei tullut esille, käytettiinkö vertaisarviointia nimenomaan ohjausosaamisen arvioimiseen. Haastateltavat kertoivat, että esimerkiksi kirjaamiseen oli luotu kriteerit, joiden mukaan vertaisarviointia

tehtiin. Näin pystyttiin arvioimaan kirjaamisen sisältöä. Työyhteisön tiimeissä, palaverissa ja työryhmissä toteutui vertaisarviointia keskustelun avulla. Organisaatioiden välillä toteutettiin jonkin verran tutustumiskäyntejä käytäntöjä vertaillen.

”Kirjaamisen kriteerit olemassa ja sitä niin kuin arvioidaan, että tehdään vertaisarviointia, että miten se sujuu.” H15

Kehityskeskusteluja hyödynnettiin vaihtelevasti ohjausosaamisen arvioinnissa. Osa toi esille, että kehityskeskustelut periaatteessa antoivat mahdollisuuden arvioida ohjausosaamista. Osa kertoi ohjausosaamisen nousevan esille kehityskeskusteluissa välillisesti muun osaamisen arvioinnin lomassa esimerkiksi jos työntekijä itse toi osa-alueen esille itsearviointiosuudessaan. Osa käsitteli ohjausosaamista yhtenä kehityskeskustelun aiheena.

”Kehityskeskusteluissa ei se suoranaisesti tule esille, mutta meillä on kehityskeskustelut käytössä ja henkilöiden itsearviointin kautta jokainen käy läpi omaa osaamistaan ja jos sieltä nousee esiin niitä kehittämistarpeita potilasohjaukseen liittyen... Ja osalla nousee se esille. Jos tulee esille, muuten ei sitä näe.” H04

Osa nosti esille, että henkilöstölle oli toteutettu osaamiskartoituksia tai niitä ollaan parhaillaan suunnittelemassa. Sitä ei kuitenkaan juuri eritelty, miten ohjausosaaminen sisältyi kartoituksiin.

”Meillä on ollut osaamiskartoitusta.” H04

Ohjausosaamisen arvioinnin keinoksi nähtiin myös potilaspalautte. Potilaspalautetta kerättiin otantana tai jatkuvana, monessa yksikössä oli potilaille järjestetty jatkuvan palautteenannon mahdollisuus. Toisaalta samanaikaisesti todettiin, että potilaspalautetta ohjausosaamiseen liittyen tuli harvoin. Esille myös nousi, että ohjausosaamisesta ei erikseen potilailta kysytty.

”No ainakin potilaspalautteet käydään läpi, mutta palautetta tulee tosi vähän.” H21

Muutama haastateltava toi esille, että ohjausosaamista arvioitiin kehittämisen myötä esimerkiksi yhteistyössä opiskelijoiden tekemien opinnäytetöiden kanssa ja hankkeiden myötä.

”Tool-hankkeessa tehtiin pienimuotoisesti sellaista ja potilaan ohjaaminen oli yhtenä osiona lääkehoitojen osalta.” H04

Ohjausosaamisen arviointia oli joiltain osin toteutunut laadun seurannan kautta. Esimerkiksi esille nousi, että ohjauskäynnit tilastoitiin ja kirjaamisesta oli tehty otantaa. Yksittäin mainittiin, että käytössä oli laatujärjestelmä, mutta ohjausosaamisen arviointia sen yhteydessä ei tuotu esille.

”Esimerkiksi kirjaamiseen liittyen kirjaamisvastaavat ottivat muutaman viikon otannan ja potilasohjaus oli yksi asia siinä.” H21

Yleisin arvioinnin muoto oli tuntuma. Esimies arvioi henkilöstön ohjausosaamista tuntuman avulla. Moni toi esiin, että se on ainut arviointikeino. Arkikeskustelut osaltaan ohjasivat tuntuman muodostumista. Esille myös tuotiin, että työntekijä arvioi ohjauksen onnistumista esimerkiksi sillä oliko potilas osannut noudattaa neuvoja ja tuliko potilas kuinka nopeasti hoitoon uudelleen. Myös henkilöstön itsearviointit nousivat parissa kohtaa esille.

”Meillä on vain esimiehen mutu-tuntuma.” H14

Systemaattista ohjausosaamisen arviointia ei ollut. Useimmat korostivat, että mittaria tai menetelmiä ohjausosaamisen arviointiin ei ollut.

”Ei meillä ole mittareita henkilöstön ohjausosaamisen arviointiin.” H08

Haastateltavat toivat esille (Kuva 6), että ohjauskoulutusta suunniteltiin ja toteutettiin vaihtelevasti. Esille nousi vapaavalintaisuus koulutuksiin hakeutumisessa, kaikille osoitettu koulutus, omana tai ulkopuolisena toimintana järjestetty koulutus, sisällöllinen koulutus ja ohjausmenetelmien koulutus. Lisäksi se nähtiin osana kaikkia koulutuksia, sen määrä nähtiin vaihtelevana ja sen nähtiin olevan tarvelähtöistä. Toisaalta esille nousi myös, että sitä ei suunniteltu lainkaan eikä ohjaajia koulutettu.

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|--|----------------------------------|--|
| Vapaaehtoisuuden pohjalta | Vapaaehtoisuus | OHJAUSKOULUTUSTA SUUNNITELLAAN JA TOTEUTETAAN VAIHTELEVASTI |
| Luodaan edellytykset | | |
| Esimies jakaa tietoa tarjolla olevista koulutuksista | | |
| Oma-aloitteisuuden pohjalta | | |
| Työpaikkakoulutuksena kaikille | Osoitetaan kaikille | |
| Osana työvuorosuunnittelua | | |
| Velvoitetaan osallistumaan | | |
| Kaikki päivittävät ohjausosaamista | | |
| Sisäistä koulutusta | Koulutusta omana toimintana | |
| Asiantuntijaluentoja | | |
| Mentorointi | | |
| Alueellista koulutusta | Ulkopuolista koulutusta | |
| Kursseja | | |
| AMK:n järjestämää koulutusta | | |
| Hankkeisiin liittyvää koulutusta | | |
| Ulkopuolisen järjestämää koulutusta | | |
| Sairausryhmäkohtaisia kursseja | Sisällöllistä koulutusta | |
| Erikoistumisopintoja, sisällöllistä erikoistumista | | |
| Sairausryhmäkohtaista Käypä Hoito -koulutusta | | |
| | | |
| Ohjaustyyleistä | Koulutusta ohjauksen muodoista | |
| Ohjauksen keinoista | | |
| Malleista ja menetelmistä | | |
| Ohjauskoulutusta 0,5-2 pv/työntekijä/vuosi | Toteutus määrällisesti vaihtelee | |
| Ohjauskoulutus vähäistä | | |
| Osaamiskartoituksen pohjalta | Suunnitellaan tarvelähtöisesti | |
| Osana koulutussuunnitelmaa | | |
| Kehityskeskusteluiden pohjalta | | |
| Tarpeet kartoitetaan | | |
| Koetaan tarpeettomaksi | Ei suunnitella, ei toteudu | |
| Ohjauskoulutusta ei toteudu | | |
| Ohjauskoulutusta ei suunnitella | | |

Kuva 6. Ohjauskoulutusta suunnitellaan ja toteutetaan vaihtelevasti

Haastateltavien näkemyksen mukaan koulutuksiin osallistuttiin vapaaehtoisuuden pohjalta, sillä esille tuotiin oma-aloitteisuus koulutuksiin hakeutumisissa. Osa toi esille, että edellytykset ohjauskoulutautumiseen luotiin kannustamalla ja mahdollistamalla niihin osallistumista.

”Niihin koulutuksiin potilasohjaukseen liittyen henkilökuntaa kyllä kannustetaan.” H14

Toisaalta ohjauskoulutusta myös suunnattiin kaikille joko työpaikkakoulutuksena, osana työvuorosuunnittelua tai muuten velvoitettiin osallistumaan ja osoitettiin kaikille.

”Se ei ole tosin systemaattista kouluttautumista, mutta ei kuitenkaan vapaaehtoistakaan vaan työvuorosuunnitteluun se on laitettu, joten sinne on mentävä.” H11

Haastatteluissa nousi esille, että ohjauskoulutusta suunniteltiin ja toteutettiin omana toimintana sisäisen koulutuksen ja asiantuntijaluentojen sekä mentoroinnin muodossa, usein todettiin kokeneemman opastavan tai perehdyttävän kokemattomampaa.

”Nämä on meidän sisäisiä koulutuksia.” H15

”Toki sitten on myös sitä, että kokeneempi opastaa kokemattomampaa.” H10

Ulkopuolisiinkin ohjauskoulutuksiin osallistuttiin ja etupäässä järjestäjänä toimi ammattikorkeakoulu. Ohjauskoulutusta oli toteutunut myös hankkeiden myötä, kun hankkeissa oli kehittämisen myötä tullut tarvetta kouluttaa työntekijöitä potilasohjauksen osalta.

”Siinä mietittiin sisältöjä, mitä ne pitää sisällään ... ja niihin liittyvää ohjausta oli viime vuonna. Se oli hanke, joka sisälsi myös koulutusta.” H10

Moni hoitotyön johtaja toi esille, että ohjauskoulutus nivoutui sisällölliseen koulutukseen. Sairausryhmäkohtaista koulutusta, erikoistumisopintoja ja koulutusta Käypä Hoito – suosituksista oli haastateltavien mukaan suunniteltu ja toteutunut.

”Hoitajia on nyt kolme lääkkeenmääräämiskoulutuksessa. Kun he yhden vuoden päästä valmistuvat, heillä on tärkeää ohjausosaamista lääkitykseen liittyen.” H12

Jonkin verran ohjauskoulutusta oli suunniteltu ja toteutettu ohjauksen eri muodoista; ohjaustyyleistä, ohjauksen keinoista sekä malleista ja menetelmistä. Osa hoitotyön johtajista toi esille, että työntekijät olivat käyneet esimerkiksi ryhmäohjauskoulutuksissa. Motivoiva haastattelu –koulutukset nostettiin myös esille. Koulutusta oli ollut myös kognitiivisista menetelmistä ja asiakkaiden kohtaamiseen oli koulutettu.

”Ja jotkut henkilöt erityisesti on kiinnostuneita ryhmäohjauksesta, niin he ovat saaneet ryhmäohjaukseen koulutusta.” H17

Ohjauskoulutuksen toteutuksen määräksi arvioitiin 0,5 – 2 päivää vuodessa. Haastateltavat arvioivat määrän olevan vähäistä.

”Käytettyjä täydennyskoulutuspäiviä, jos mietitään koko henkilökuntaa, ohjaukseen se on 0,5 - 1 päivää per henkilö vuodessa.” H05

Ohjauskoulutukset olivat joko osa koulutussuunnitelmaa tai niitä ei ollut lainkaan. Osa haastateltavista toi esille, että ohjauskoulutusta suunniteltiin ja toteutettiin tarvelähtöisesti. Tarpeet kartoitettiin esimerkiksi osaamiskartoitusten avulla ja kehityskeskusteluissa, joiden pohjalta luotiin ohjauksen koulutussuunnitelmaa. Nähtävissä oli, että mikäli ohjausosaamisen kehittämistarpeita ei kartoituksissa noussut esille, ei niitä myöskään koulutussuunnitelmaan liitetty.

”Käytiin ensin henkilöstölle osaamiskartoitusta ja sen perusteella suunnattiin koulutuksia ja kehittämisiä, että mihin painopisteet laitettiin.” H04

Valtaosa toi jollakin tasolla esille, että potilasohjauskoulutusta ei suunniteltu, se ei ollut osa koulutussuunnitelmaa eikä se toteutunut. Sille ei ollut nähty tarvetta eikä sitä siksi siis ollut toteutettu. Se ei houkuttanut henkilökuntaa.

”Ei tämä ohjaus osa-alue ole noussut sillä tavalla. Että meillä on niin paljon koulutustarvetta muilla osa-alueilla, että tämä ei ole noussut prioriteettilistalla.” H01

”Ei se ohjauskoulutus juurikaan kiinnosta henkilökuntaa.” H21

”Ei meillä ole koulutussuunnitelmaa potilasohjaukseen liittyen.” H03

Potilasohjauksen koulutustarpeita nostettiin kuitenkin esille laajasti; (Kuva 7) laadusta, menetelmistä, sisällöllisestä koulutuksesta, ohjausvalmiuksista, sähköisistä taidoista ja potilaskeskeisyydestä. Koulutustarvetta nähtiin etenkin ryhmäohjauksesta sekä ohjauksen tyyleistä, malleista ja menetelmistä. Potilaskeskeistä, vuorovaikutteista, potilaan voimavarat huomioivaa ja tilanneherkkyttä kasvattavalle koulutukselle nähtiin tarvetta. Myös laatukselliselle ohjauskoulutukselle nähtiin tarvetta, lähinnä liittyen potilasohjauksen arviointiin ja ohjauksen vaikuttavuuteen. Yksittäisesti kaivattiin tutorkoulutusta edistämään sisäistä tiedonsiirtoa. Osa nosti esille koulutustarpeet sisällölliselle potilasryhmittäiselle ja potilaan sairauteen liittyvälle koulutukselle, sähköisten taitojen koulutukselle etenkin atk-taitojen kehittämiseen ja sähköiseen tiedonhakuun sekä potilasohjauksen valmiuksien koulutukselle ohjausvalmiuksia tukevana, teoriaopintojen kautta ja käytännön ohjaustaitoja harjoitellen. Esiin myös nousi, että potilasohjauksen koulutukselle ei nähty tarvetta, ei ainakaan systemaattisesti kaikille tai tarve olisi ainakin ensin selvitettävä.

”Minun mielestä on tarve just semmoselle vuorovaikutukselliselle koulutukselle.”

”Varmaan kaikenlaiselle, myös sellaiselle sisällölliselle, että mitä pitää olla, on tarvetta. Toki on meillä käytössä Käypä hoito -suosituksia, mutta sille sisällölliselle voisi olla tarvetta ... voisi olla hyvä saada ... että mitä millekin potilasryhmälle pitäisi ohjauksen sisältö olla..”

”Äkkiä jos ajattelen niin ainakin tätä netin käyttöä, kun asiakkaat ja potilaat käyttää sitä paljon, että ... sinne ehkä voisi kouluttaa, miten itsekin löytää tiedon sieltä ja tietää, mikä on relevanttia tietoa.”

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|--|---|--|
| Tarve ohjauskoulutukselle selvitettyä | Tarve epäselvä tai ei tarvetta | POTILASOHJAUSKOULUT USTARPEET |
| Tarvetta ei kaikille systemaattisena | | |
| Ei tarvetta | | |
| Vaikuttavan potilasohjauksen koulutukselle | Laatukeskeistä ohjauskoulutusta | |
| Potilasohjauksen arvioinnin koulutukselle | | |
| Tuutorkoulutusta | Ohjausmuotojen koulutusta | |
| Ryhmäohjaustaitojen koulutusta | | |
| Ohjaustyyleistä koulutusta | | |
| Koulutusta malleista ja menetelmistä | | |
| Sisällöllistä potilasryhmittäistä koulutusta | Sisällöllistä koulutusta | |
| Potilaan sairauteen liittyvä koulutusta | | |
| Ohjausvalmiuksia tukevaa koulutusta | Potilasohjauksen valmiuksien koulutusta | |
| Potilasohjauksen teorian koulutusta | | |
| Käytännön harjoittelun koulutusta | | |
| ATK-valmiuksien kehittämistä | Sähköisten taitojen koulutusta | |
| Sähköisen tiedonhaun koulutusta | | |
| Koulutusta vuorovaikutteisesta ohjauksesta | Potilaskeskeistä koulutusta | |
| Potilaan voimavarat huomioivaa koulutusta | | |
| Tilanneherkkyyttä kasvattavaa koulutusta | | |

Kuva 7. Potilasohjauskoulutuksen tarpeet

5.3 Potilasohjauksen kehittämistarpeet

Kaikki haastateltavat toivat esille strategisia näkemyksiä potilasohjauksen kehittämistarpeista (Kuva 8). Ohjausosaamisen, ohjauksen laadun ja seurannan, ohjauksen muotojen ja työkalujen, potilaslähtöisyyden, ohjauksen polun ja ohjauksen priorisoimisen kehittämisessä nähtiin tarvetta kehittämistyölle.

| ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|---|---|---|
| Ohjausosaamistaitojen kehittämistä Mentorointi | Ohjausosaamisen kehittämistä | POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMISTARPEET |
| Ohjauksen vaikuttavuuden kehittäminen Ohjauksen arvioinnin kehittäminen | Ohjauksen laadun ja seurannan kehittämistä | |
| Ohjausmuotojen hyödyntämistä ja kehittämistä Teknologian hyödyntäminen ohjauksessa Materiaalien uusiminen | Ohjauksen muotojen ja työkalujen kehittämistä | |
| Omaisten huomioiminen Potilaan osallisuuden kehittäminen Omahoidon tukeminen | Potilasnäkökulman kehittämistä | |
| Kirjaaminen Tiedonkulku Yhteistyö 3.sektorin kanssa Ohjauksen jatkuvuus | Ohjauksen polku | |
| Ohjaukseen asennoituminen Ohjauksen laaja turvaaminen | Ohjauksen priorisoiminen | |

Kuva 8. Potilasohjauksen kehittämistarpeet

Haastateltavat näkivät, että ohjausosaamista olisi kehitettävä. Esiin nousi tarve kehittää ohjaukseen liittyvää osaamista, ohjaamistaitoja, esimerkiksi ohjausmenetelmien ja –muotojen hallintaa, esimiestason ohjausosaamista, oikeiden menettelytapojen valintaa, vuorovaikutustaitoja ja kognitiivista opettamiskykyä. Myös ohjauksen mentorointi nostettiin kehittämistarpeeksi.

”Ohjausmenetelmällistä osaamista olisi kehitettävä.” H03

”Siten joitakin tällaisia ohjaukseen perehtyneitä mentoreita – asiantuntijoita voisi jokaista terveyskeskusta kohti olla 1-2 kappaletta.” H02

Suurelta osin kehittämistarpeena koettiin ohjauksen laadun ja seurannan kehittäminen. Myös ohjauksen vaikuttavuuden kehittämisen tarve tuotiin esille. Painopisteet olivat haastateltavilla erilaisia. Osa kaipasi mittareita potilasohjausta arvioimaan, osa korosti ohjauksen vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmaa ja osa ohjausosaamisen arvioinnin

näkökulmaa. Osa koki tarpeen vertaisarvioinnin ja muutama potilaspalautteiden kehittämiselle ohjauksen kannalta.

”Ja ylipäänsä hoidon vaikuttavuus on jatkuva haaste.” H13

”Mutta sen osaamisen arviointiin kaivattaisiin myös siihen tämmöistä mittaria.” H22

Ohjauksen muotojen ja työkalujen kehittämisen tarve tuotiin esille. Osa painotti enemmän ohjauksen tyylejä, osa keinoja. Osa haastateltavista nosti esille tarpeen hyödyntää paremman teknologian luomia mahdollisuuksia. Haastateltavista osa toi esille tarpeen päivittää edellisiä tai luoda uusia materiaaleja. Osa toivoi materiaalien yhtenäistämistä keskitetysti.

”Ehdottomasti monipuolisempia menetelmiä kaipaisin.” H04

”Ja hyödyntää kaikki nykyajan tekniikka.” H17

Kehittämistarpeita potilasnäkökulmasta tarkasteltuna nousi esiin. Erityisesti sairaanhoitopiirin puolelta nousi esille tarve ottaa potilaan omaisia paremmin mukaan ohjaukseen. Osa toi esille tarpeen kehittää potilaan osallisuutta ohjauksessaan. Omahoidon tukemisen kehittämistarve nousi myös esille. Yksittäisesti nousi esiin kehittämistarpeita esimerkiksi ohjauksen oikea-aikaisuudesta, potilaan mahdollisuudesta palata ohjauksen asioihin myöhemmin sekä potilaan ymmärtämisen varmistamiseksi ja tavoitteiden seurannasta.

”Potilasohjauksessa kehittämistarpeena on kaiken kaikkiaan tämä omahoidon tukeminen.”
H15

”Pitäisi siis pystyä rytmittämään ohjaukset siten, että sairastamisen alkuvaiheessa, jos tietoa tulee hirveästi uutena, siitä ohjauksesta menee aina osa ohi.” H05

Ohjauksen polun kehittämistarpeita nähtiin erityisesti kirjaamisesta, tiedonkulusta, yhteistyöstä kolmannen sektorin kanssa ja ohjauksen jatkuvuudesta. Osa haastateltavista näki kirjaamisen kehittämistarpeita muun muassa kirjaamisen yhtenäistämiseksi sekä tarkempaan ja selkeämpään kirjaukseen liittyen. Koettiin, että tiedonkulku oli potilaan varassa. Kehittämistarpeita nähtiin myös kolmannen sektorin kanssa tehtävälle yhteistyölle sekä ohjauksen jatkuvuudelle esimerkiksi luomalla yhteisiä linjauksia ja hoitopolkuja, selkiyttämällä hoitolinjoja tai kiinnittämällä huomiota oikea-aikaiseen ohjaukseen.

”Kaikkia erilaisia kolmannen sektorin tahoja voisi hyödyntää.” H02

”Minusta potilasohjauksessa on paljon kehittämistä ja yhteinen linjaus koko sairaanhoitopiirin alueella olisi tärkeää.” H18

Ohjauksen priorisoimisen kehittämistarvetta nähtiin ohjaukseen asennoitumiseksi ja turvaamiseksi esimerkiksi uudistamalla ajatusmalleja liittämällä ohjaus osaksi jokaista potilaskontaktia ja turvaamalla resurssit.

”Ja että ohjaavalle henkilökunnalle riittäisi aikaa.” H08

”Että ihan oikeasti pitäisi enemmän ajatella, että hoitaminen sisältäisi potilaan ohjausta.” H16

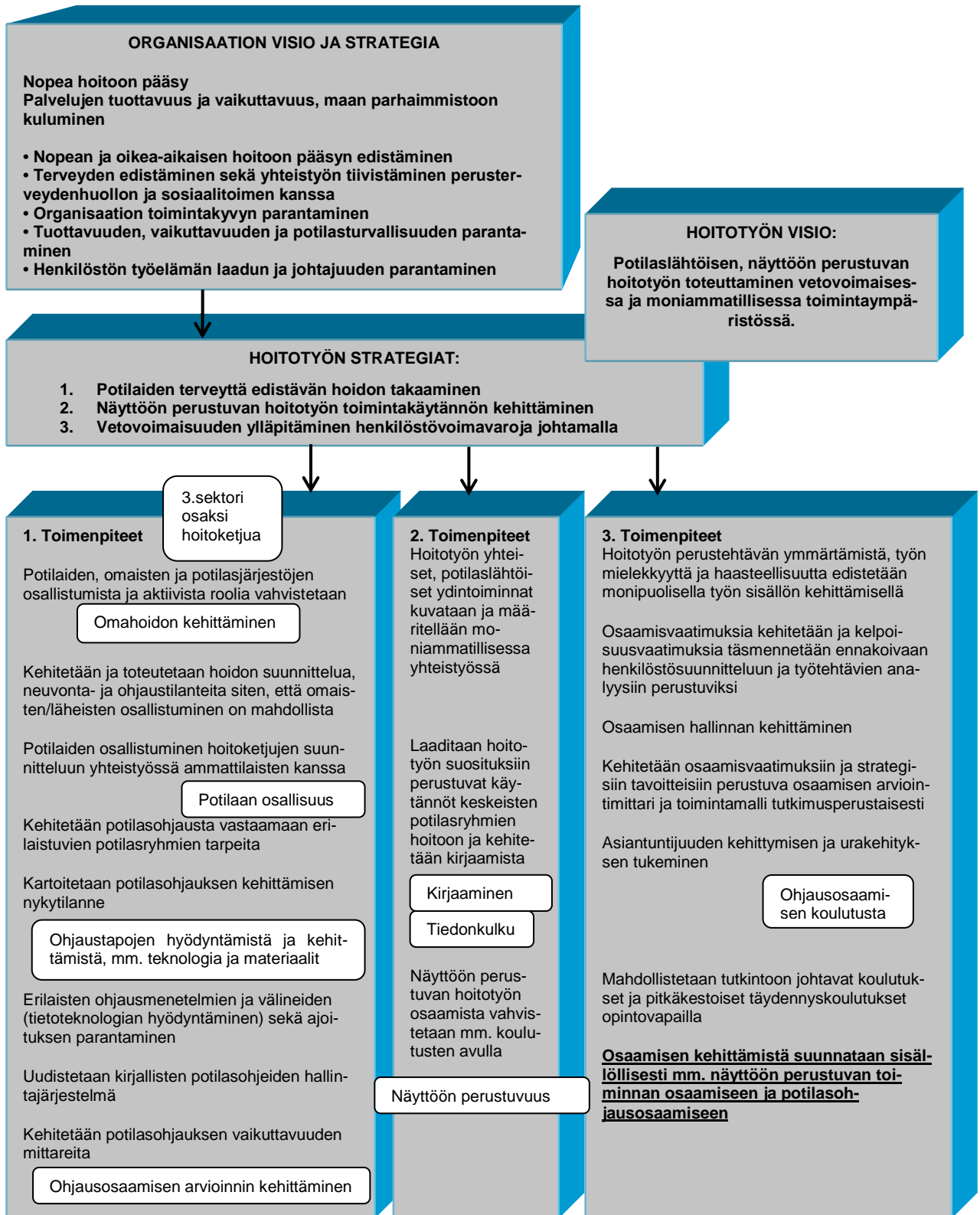
6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön johtajien näkemyksiä potilasohjauksen osaamisen johtamisesta. Tutkimuksessa kuvattiin osaamisen johtamisesta erityisesti käytössä olevia ohjauksen rakenteita ja käytäntöjä, potilasohjauksen osaamisen tunnistamista, kartoittamista ja mittaamista sekä osaamisen kehittämistä ja ylläpitämistä. Tulokset nostivat esille hyvin eritasoisia ja vaihtelevia sovittuja käytäntöjä. Ohjausosaamisen ylläpito näyttäytyi vaillinaisena ja satunnaisena. Ohjauskoulutusta oli suunniteltu ja toteutettu vaihtelevasti. Potilasohjauksen koulutustarpeita ja potilasohjauksen kehittämistarpeita kokonaisuudessaan tuotiin esille laajasti. Tulosten vaihtelevuus kertoo, että yhtenäistä strategiaa ei ollut ohjausosaamisen kehittämiseksi. Päätuloksena nousi esille, että potilasohjauksen osaamisen johtamisen tulisi keskittyä etenkin *ohjausosaamisen arvioinnin kehittämiseen*, jotta ohjausosaamisen kompetenssit ja kehittymistarpeet voidaan tunnistaa ja strategiset suunnitelmat ohjausosaamisen kehittämiseksi luoda. Tässä tarvitaan apuna yhteistyötä yli organisaatorajojen. *Kirjaamisen* yhtenäistämistä *tiedonkulun* turvaamiseksi, *kolmannen sektorin* huomioimista osaksi *hoitoketjuja* ja *näyttöön perustuvan* potilasohjauksen turvaamista ohjausosaamista kehittämällä *täydennyskoulutuksien* avulla tarvitaan. Lisäksi painopistettä tulisi kohdentaa myös potilaan *omahoidon* ja *osallisuuden* sekä *ohjaustapojen* kehittämiseen (Kuva 9).

Tutkimuksen tuloksia voidaan tarkastella hoitotyön strategiaan suhteutettuna. Potilasohjaus nousi vahvasti esiin myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategiassa, jota suunniteltiin samaan aikaan, kun tämän tutkimuksen haastatteluja toteutettiin. Hoitotyön johtajien näkemykset kehittämistarpeista peilaavat hyvin samankaltaisina toteutuneiden käytäntöjen ja suunnitteilla olleen hoitotyön strategian kanssa (Hoitotyö 2012,

Edelläkävijä terveyteen 2011). Esille nousseet kehittämistarpeet kertovat hoitotyön johtajien osaamisen johtamisen keskeisestä tehtävästä nähdä muutostarpeita laadukkaamman potilasohjauksen kehittymiseksi potilaiden eduksi (Kothari ym. 2011). Tutkimus nosti esille kehittämistarpeita, johon aiempien tutkimusten perusteella olisi hyvä painottaa. Kuva 9 kokoaa tämän tutkimuksen tulosten mukaiset kehittämistarpeet suhteessa hoitotyön strategiaan.



Kuva 9. Tulosten mukaisten kehittämistarpeiden sijoittuminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategiaan potilasohjaukseen liittyen (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011)

Tulosten mukaan potilasohjauksen osaamisen arviointi osoittautui puutteelliseksi. Tunnettu oli yleisin arvioinnin muoto. Ohjausosaamista oli mahdollista arvioida myös kehityskeskusteluissa, vertaisarvioinnin, osaamiskartoitusten ja potilaslähtöisen palautteen avulla sekä kehittämisen ja laadun seurannan yhteydessä, mutta käytännössä ohjausosaamisen teema ei useinkaan ollut noussut esille. Potilasohjauksen kehittämiseksi ohjausosaamista tulisi kartoittaa ja mitata. Osaamisen arviointi kuuluu osaamisen johtamisen keskeisimpiin tehtäviin. Sen avulla kompetensseja ja kehittämistarpeita voidaan vertailla ja laatia strategiset suunnitelmat ohjausosaamisen kehittämiseksi (Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 15-16, 87-88, Kujansivu ym. 2007, 115). Hoitotyön johtajat toivat esille kehittämistarpeita ohjauksen arvioinnin ja vaikuttavuuden kehittämiseksi. Myös hoitotyön strategiassa oli ohjauksen vaikuttavuuden mittareiden kehittäminen huomioitu (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011). Ohjausosaamisen arvioinnin keinoja onkin tärkeää kehittää luomalla ohjauksen vaikuttavuuden mittareita, arvioida ohjausosaamista kehityskeskusteluissa ja osaamiskartoitusten avulla sekä hyödyntää paremmin potilaspalautteita ohjausosaamisen arvioinnissa.

Kirjaaminen ja tiedonkulku nousivat esiin ristiriitaisin merkityksin, osin toimien hyvin, osin puutteellisesti. Käytännöt vaihtelivat. Kirjaaminen oli paikoin niukkaa ja paikoin tarkkaa. Laki sanoo, että ”Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot” (Laki potilaan 1992). Ammattihenkilön vastuulle jää arvioida, mikä tieto on tarpeellista. Osaamisen johtamisen tehtävänä on tiedon hankinta, jakaminen ja tulkinta sekä prioriteettien linjaaminen, joten päävastuu käytännöistä on esimiehellä (Orzano ym. 2008, Viitala 2008, 32-33). Rakenteisesta kirjaamisesta on annettu valtakunnallinen ohjeistus (Kääriäinen & Kaakinen 2008), joten voisi olettaa, että käytäntö toteutuu laajemmaltikin, kuin mitä tuli esille. Rakenteinen kirjaaminen auttaa kirjaamaan tarvittavat asiat ja ohjaa ohjauksen riittävää toteutumista (Kääriäinen & Kaakinen 2008). Kirjaaminen edistää ohjauksen jatkuvuutta (Hallila 2005). Tulosten mukaan ohjauksen

jatkuvuutta edistävä toimiva tiedonkulku toimii, mikäli potilastietokanta on yhteinen ja tarvittavat kirjaukset on tehty. Eri tietokannoissa olevien yksiköiden välinen tiedonkulku tulosten mukaan ontuu, tieto on pitkälle asiakkaan varassa. Yksikkötasolla oli käytännössä eroavaisuuksia, mikä heikensi ohjauksen tiedon siirtymistä organisaatiotasolla. Kirjaamisen käytäntöjen yhtenäistämistä ja yhtenäistä potilastietojärjestelmää toivottiin. Hoitotyön strategiassa toimenpiteenä oli kirjaamisen kehittäminen analysoimalla ja yhtenäistämällä. Tiedonkulku jää strategiassa huomiotta, toisaalta sen voi nähdä yhdistyvän kirjaamisen kehittämiseen, mikäli organisaatioilla on yhtenäinen potilastietojärjestelmä (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011). Tiedonkulku linkittyi tutkimuksessakin vahvasti kirjaamiseen, joten kirjaamisen kehittämisen voidaan ajatella parantavan myös tiedonkulkua, mutta ainoastaan saman potilastietojärjestelmään kuuluvien osalta. Osaamisen johtamisen tehtävänä olisikin jatkossa varmistaa ohjauksen kirjaaminen, yhtenäistää kirjaamista ja kehittää tiedonkulkua ohjauksen jatkuvuuden turvaamiseksi.

Kehittämistyötä toteutui tulosten mukaan paljon vaikka yhtenäistä strategiaa ei ollut muodostunut. Kehittämistä tarkasteltiin eri näkökulmista ja näkemyksiä kehittämistarpeista näyttäytyi laajasti. Kehittäminen reflektioivana käytäntönä onkin oleellinen osa osaamisen johtamisen työtä (Viitala 2008, 13-16, Orzano ym. 2008). Johdon tehtävänä on tunnistaa vastuualueensa potilasohjauksen keskeiset sisällöt, käytössä olevat voimavarat ja resurssit, organisoida voimavarojen tehokas käyttö, tunnistaa kehittämistarpeet ja kehittää toimintaa (Leino-Kilpi ym. 2001). Potilasohjauksen kehittämisen rakenteellisia käytäntöjä toteutui toiminnan-, henkilöstön- ja järjestäytyneen kehittämisen kategorioissa. Organisaatio tarvitsee toimivia verkostoja ja potilas hyötyy verkostojen yhteisten toimintamallien sujuvuudesta. Kumppanuussuhteita vaaliessa on huolehdittava yhteisestä oppimisesta ja sitä tukevien rakenteiden ja toimintamallien kehittämisestä (Viitala 2008, 13-16, 37, 57-58). Kehittämistyötä olikin paikoin tehty laajasti laadittujen organisaatiorajat ylittävien prosessien ja hoitoketjujen sekä erilaisten projektien ja hankkeiden muodossa. Ohjauksen jatkuvuutta edistäviä hoitopolkuja oli työstetty, ne olivat laajasti käytössä, ja niitä kaivattiin lisää yhä uusista sairausryhmistä. Kolmatta sektoria oli hyödynnetty lähinnä vertaistuellisen roolin muodossa. Ohjauksen polkuun liittyen kolmannen

sektorin kanssa tehtävän yhteistyön kehittämiseksi koettiin tarvetta laajasti. Se huomioitiin myös hoitotyön strategiassa (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011) ja onkin tärkeä potilasohjauksen osaamisen johtamisen tehtävä.

Potilasohjauksen muodot toivat esille ohjauksen perusrakennetta, joka näyttäytyi melko perinteisenä. Esille nousi vahvasti yksilöohjaus, jota toteutettiin kasvokkain. Kirjallista materiaalia käytettiin ohjauksen tukena laajalti, sen päivittämisestä huolehdittiin osittain, mutta tarvetta koettiin materiaalien päivittämiselle ja uudistamiselle esimerkiksi keskite-
tysti. Hoitotyön strategiassa toimenpiteenä oli uudistaa kirjallisten potilasohjeiden hallin-
tajärjestelmä (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011). Monipuolisempia ohjauksen
muotojen hyödyntämistä kaivattiin. Esille nousi vuorovaikutuksellisen ohjauksen, esi-
merkiksi muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun, käyttö ohjauksen apuna. Muu-
tosvaihemallin käytön ohjauksessa on todettu vaikuttavan potilaan hoitoon sitoutumisen
edistymiseen ja kipujen vähentymiseen (Norcross ym. 2011) etenkin yhdessä motivoi-
van haastattelun kanssa (Salmela 2012, Jensen ym. 2011, Miller & Rose 2009, Britt ym.
2004) Näin ollen mallien laaja hyödyntäminen on perusteltua myös jatkossa.

Ryhmäohjausta oli käytössä yllättävän vähän, sen on kuitenkin todettu olevan vaikuttava
interventiomuoto etenkin jatkuvana ja pitkäjänteisenä toimintana. Pitkäaikaisen tuen tar-
vitsijat voisivat ryhmästä hyötyä niin vertaistuellisesti kuin sairaanhoidollisestikin (Absetz
2011, Deakin ym. 2005, Renjilian ym. 2001, Tuominen ym. 2001), joten sen hyödyntä-
miseen kannattaa jatkossa panostaa. Hoitotyön strategiassa oli toimenpiteenä erilaisten
ohjausmenetelmien ja välineiden kehittäminen ja ajoituksen parantaminen (Hoitotyö
2012, Edelläkävijä terveyteen 2011). Osaamisen johtamisen tehtävänä on luoda poti-
lasohjaukselle suotuisat toimintaedellytykset ja tukea toteutusta (Leino-Kilpi ym. 2001).
Parhaimmillaan johtaja toimii innoittajana ja luo uusia toimintatapoja potilasohjauksen
toteuttamiseen (Leino-Kilpi ym. 2001), joten olennainen osa osaamisen johtamista on
kannustaa henkilökuntaa hyödyntämään olemassa olevia potilasohjauksen muotoja laa-
jasti ja innovoida uutta.

Haastateltavien mukaan ohjaus oli näyttöön perustuvaa. Toisaalta ohjaustapojen vaihteleva ja osin suppea käyttö tukee näyttöön perustuvuutta vain osittain, koska tiedetään, että erilaiset tekijät ovat vaikuttavia eri potilasryhmillä. Menetelmien yhdistäminen ja valinta ohjaustilanteen mukaan on perusteltua, koska jokainen ohjaustilanne, ohjaaja ja ohjattava on erilainen (Salmela 2012). Ohjauksen tulisi perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon (Kääriäinen 2008). Hoitotyön johtajan tehtävänä on tukea sisällöllisen ja ohjausmenetelmien näyttöön perustuvan potilasohjauksen toteutusta (Leino-Kilpi ym. 2001). Tämä näytti toteutuvan ainakin sisällön osalta, etenkin Käypä Hoito -suositukset nousivat vahvasti esiin. Näyttöön perustuvuus nousi myös hoitotyön strategian visiossa vahvasti esille (Hoitotyö 2012). Tulosten mukaan näyttöön perustuvaa potilasohjausta tulisi kehittää ohjauksen laadun turvaamiseksi. Näyttöön perustuvuutta on jatkossakin tärkeä huomioida potilasohjauksessa sisällön osalta ja kehitettävä ohjaustapojen osalta.

Kokonaisuutena potilasohjauksen koulutuksia toteutui vaihtelevasti ja vähäisesti. Samassa yhteydessä usein nousi esille hoitotyön johtajien luottamus työntekijöiden ohjausosaamista kohtaan ja taidon oletetaan kuuluvan jo ikään kuin automaattisesti ammattitaitoon. Potilasohjaus on toki osa ammatillisen koulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen koulutussuunnitelmia pohjautuen käypähoitosuositukseen, tutkimustietoon, ohjausteorioihin ja ammatilliseen tietoon antaen potilasohjaukseen perustaidot integroituen muuhun opetukseen (Koulutusohjelma: Fysioterapian 2013, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2013a, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2013b, Koulutusohjelma: Toimintaterapian 2013, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2012, Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, Sosiaali- ja terveysalan 2010, Jaakonsaari 2009). Ehkä myös tästä syystä haastateltavat näkivät ohjauksen toteutuvan niin vahvasti näyttöön perustuen. Tulosten mukaan pääpaino oli sairausryhmäkohtaisilla koulutuksilla, missä ohjauksen tiedollinen osuus korostui, toki myös ohjausosaamiseen jonkin verran oli kouluttauduttu. Mentorointia käytettiin jonkin verran ja sen kehittämistä kaivattiin, mitä hoitotyön strategia ei huomionnut. Hoitotyön strategiassa nähtiin tarve ohjausosaamisen koulutuksille (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä tervey-

teen 2011). Haastateltavat näkivät tarpeen vaihtelevasti. Johtajuus korostuu prioriteettien linjaajana, luo tilaa ja rohkaisee tiedon jakamiseen ja organisaation ulkopuolisten tiedonhankintakanavien hyödyntämiseen (Orzano ym. 2008). Hoitotyön johtajan tehtävänä on huolehtia henkilökunnan täydennyskoulutuksesta työn sisällön ja potilasohjauksen menetelmien osalta asiantuntijuuden kehittymiseksi (Leino-Kilpi ym. 2001). Tärkeää olisi ottaa ohjausosaamistaitojen kehittyminen osaksi koulutus suunnitelmia ja turvata näin näyttöön perustuvaa ohjausta sekä asiantuntijuuden kehittymistä.

Tulosten mukaan potilaan omahoitoa tuettiin jollain tapaa. Etenkin potilaan itsenäistä tiedonhankintaa tuettiin. Kannustus aktiivisuuteen, vastuunottoon ja itsensä hoitoon on yhteiskunnallisestikin tarkasteltuna tärkeää (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen & Kyngäs 2005b, Hallila 2005, Kettunen ym. 2003, Poskiparta ym. 2001). Omahoitoon kannustamiseen tulee panostaa (Kääriäinen 2008), se on kansantaloudellisesti järkevää (Absetz & Hankonen 2011, Lahdensuo 1996, Kääriäisen 2007, 112 mukaan). Omahoitoon kannustaminen kuvantui kuitenkin melko yksipuolisena. Itsenäiseen tiedonhankintaan kannustettiin ohjaamalla potilaita luotettaville internet-sivustoille lähinnä omien nettisivujen linkeistä ja terveysinfopisteisiin hakemaan terveyteen liittyvää tietoa. Toki esiin myös nousi, että hoitotyön lomassa varmistettiin ohjauksen sanoman ymmärtäminen ja tuettiin omatoimisuutta. Omien nettisivujen päivityksistä huolehdittiin. On todettu, että terveydenhuoltoala jää jatkuvasti jälkeen tietotekniikka-alan kehityksessä (Sechrest 2010). Tämä näkyi myös tässä tutkimuksessa internetin ja tietotekniikan suppeana hyödyntämisenä sekä omahoitoa tuettaessa että ohjaustapoja hyödynnettäessä. Teknologian kehittämistarpeita nousi esiin sekä tämän tutkimuksen tuloksissa että hoitotyön strategiassa (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011). Tulosten valossa voidaan todeta, että osaamisen johtaminen omahoitoon kannustamiseksi oli yksipuolista ja tietotekniikka-alan hyödyntäminen ohjauksessa suppeaa. Jatkossa tulisi panostaa sähköisen viestinnän osaamisen kehittämiseen ja soveltamiseen sekä tietotekniikan luomien mahdollisuuksien hyödyntämiseen potilasohjauksessa. Muutenkin omahoidon tukemisen muotoja tulisi kehittää, sille nähtiin myös tarvetta.

Potilasohjaus näyttäytyi pääasiassa potilaskeskeisenä sekä tarve- ja voimavaroalähtöisenä. Potilaan mahdollisuus olla mukana ohjauksensa suunnittelussa ja vaikuttaa ohjaukseensa vaihteli, aina ei vaikutusmahdollisuutta omaan ohjaukseensa ollut eikä potilas ollut mukana ohjauksensa suunnittelussa kuin usein vasta ensimmäisessä kontaktissa. Tällöin huomioitiin potilaan tarve ja toive ohjauksen muotoon tarjolla olevista vaihtoehdoista. Tiedetään, että ohjausosaaminen pohjautuu koulutuksessa opittuun teoretiseen sekä käytännön tuomaan kokemukseen ja hiljaiseen tietoon (Vänskä 2011, 150). Jo koulutusvaiheessa korostetaan potilaslähtöistä ja potilaan kanssa yhteistyössä tapahtuvaa ohjausta (Koulutusohjelma: Fysioterapian 2013, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2013a, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2013b, Koulutusohjelma: Toimintaterapian 2013, Koulutusohjelma: Hoitotyön 2012, Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, Sosiaali- ja terveysalan 2010, Jaakonsaari 2009). Näin ajatellen potilaan osallisuuden huomioiminen on jo koulutuksessa opittua, mikä kehittyy käytännön työtä tehden. Hoitotyön johtajien näkemyksen mukaan potilaan osallisuuden huomioiminen ohjauksessa on omaksuttu käytäntöön vaihtelevasti. Potilasta tulisikin ottaa enemmän mukaan ohjauksen suunnitteluun potilaslähtöisyyden kehittämiseksi (Kaseva 2011). Tämä nousi myös hoitotyön strategiassa vahvasti esille (Hoitotyö 2012).

Hoitotyön strategian suuntaisesti ajatellen potilasohjauksen moniammatillisuuden kehittymistä työstetään lähitulevaisuudessa (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011). Ainoastaan muutama nosti esille, että ohjausta on toteutunut moniammatillisesti eikä sitä osattu kaivatakaan. Sen sijaan, mitä hoitotyön strategiassa ei huomioitu, mitä tarpeita tulosten mukaan nousi esille, oli ohjaukseen asennoitumisen ja ohjauksen turvaamisen kehittymisen tarpeet. Ympäristön ja yhteiskunnan vaikutukset asenteisiin ja toimintamahdollisuudet luovat raamit, miten hyvin ohjausosaamista toteutetaan ja miten tärkeäksi sen kehittäminen nähdään (Vänskä 2012, Lipponen ym. 2008, Kettunen ym. 2001). Toisaalta voidaan nähdä, että kaikki hoitotyön strategiassa mainitut toimenpiteet osal-

taan vaikuttavat ohjauksen asennoitumisen kehittymiseen ja turvaavat riittävän ohjauksen toteutumista tulevaisuudessa (Hoitotyö 2012, Edelläkävijä terveyteen 2011).

6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Potilasohjauksen suunnittelu, toteutuminen ja kehittäminen olivat vaihtelevia. Hoitotyön johtajat näkivät potilasohjauksen kuuluvan päivittäiseen työhön osana perustaitoja joten siihen liittyviä taitoja tai menetelmiä ei nähty tarpeellisena kehittää. Toisaalta kysyttäessä tarkemmin haastatteluissa tuotiin esille runsaasti kehittämistarpeita, jotka ohjausosaamisen johtamiselle ovat ensiarvoisen tärkeitä. Hoitotyön johtajat nostivat potilasohjauksen tärkeäksi ydintehtäväksi ja siihen haluttiin tulevaisuudessa panostaa.

Tulosten mukaan potilasohjauksen osaamisen osa-alueita oli kehitetty omassa yksikössä tai osallistumalla alueellisiin projekteihin tai hankkeisiin. Koettiin, että tulevaisuudessa haasteena on edelleen potilaan motivoituminen itsensä hoitoon. Potilaan osallisuutta ja omahoitoa haluttiin vahvasti tukea. Tiedonkulussa ja yhteistyössä eri toimijoiden välillä nähtiin ongelmia, mikä osattiin yhdistää potilaan edun vastaiseksi. Potilasohjauksen osaamisen johtamista haluttiin tulevaisuudessa suunnata yhteistyön, tiedonkulun, kirjaamiskäytäntöjen, ohjaustapojen ja arviointimittareiden kehittämiseen. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen nähtiin tärkeänä.

Tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämissuhteita näyttöön perustuvan potilasohjauksen ja sen osaamisen kehittämiseksi:

- Ohjausosaamisen arvioinnin kehittäminen luomalla vaikuttavuusmittareita ja hyödyntämällä potilaspalautteita, osaamiskartoituksia ja kehityskeskusteluja

- Potilaslähtöisyyden kehittäminen potilaan osallisuuden vahvistamiseksi ohjauksen suunnittelussa
- Omahoidon kehittäminen
- Ohjausosaamisen huomioiminen koulutussuunnitelmissa
- Ohjaustapojen monipuolistaminen ja uudistaminen esimerkiksi ryhmäohjauksen käyttöä lisäten, materiaaleja kehittäen ja tietotekniikka-alaa hyödyntäen
- Kirjaamisen kehittäminen tiedonkulun varmistamiseksi
- Hoitoketjujen kehittäminen yli organisaatorajojen, yhä uusien sairausryhmien osalta, myös kolmas sektori huomioiden

6.3 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus tieteellisessä tutkimuksessa on muuttuva ja tiedeyhteisön sosiaalisena sopimuksena syntynyt. Tutkija joutuu pohtimaan tutkimuksensa luotettavuutta jatkuvasti laadullisen tutkimusprosessin aikana (Eskola & Suoranta 2008, 208-211). Tutkijana sain valmiin aineiston ja teoria rakentui aineiston ympärille rajauksen suuntaisesti. Tämän voidaan ajatella lisäävän tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä, koska pystyin lähtemään liikkeelle puhtaalta pöydältä ilman ennakkoaajatuksia haastateltavista (Eskola & Suoranta 2008, 19). Tutkijana koen, että ote aineistoa kohtaan on helpommin neutraali ilman kontaktia haastateltaviin.

Lisäksi kirjoitin auki esioletukseni aiheesta ennen aineistoon tutustumista, mikä lisäsi neutraalia suhtautumista tutkimukseen. Esioletuksena totesin, että ”nykypäivänä voisi uskoa potilasohjauksen olevan jo tiedostettu ja keskeinen käsite työelämässä, jonka

esimiehet ovat ottaneet huomioon resursoidessaan ja koulutuksia suunnitellessaan. Uskoakseni variaatiota tässä kuitenkin esiintyy. Osassa haastatteluista tulee ilmi käsitteen keskeinen ymmärrys ja hyödyntäminen, osassa taas vieraampi suhde aiheeseen. Toki potilasohjausta toteutetaan jatkuvasti, mutta sen laatu ja osaamisen johtaminen ovat luultavasti edelleen osassa terveydenhuollon yksiköissä avaamatta.” Pystyin näin tiedostamaan omat ennakoajatukseni ja työstämään ne taka-alalle siten että olin avoin uusille näkökulmille (Eskola & Suoranta 2008, 18-19).

Laadullisen tutkimuksen eettisyyttä voi tarkastella tiedon hankinnan ja käytön suhteen. Tiedon hankintaan voi liittyä eettisiä valintoja esimerkiksi tutkimuslupa- ja aineiston keruuseen liittyen. Lupa tutkimukseen tulee saada virallisilta tahoilta ja tutkittavalta itseltään. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. Aineiston keruun tulee olla tutkittavaa kohtaan läpinäkyvää ja tiedottamisen riittävää. Tutkijan vaikutus tutkittavaan tuo eettisiä ongelmia, mikäli tutkija vaikuttaa tulokseen (Eskola & Suoranta 2008, 52-58). Joka tapauksessa ihmisarvoa ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa eikä tutkimus saa loukata tai aiheuttaa vahinkoa tutkittavalle (Laki potilaan 1992). (Eskola & Suoranta 2008, 52-58). Hankintavaiheeseen en pystynyt vaikuttamaan, mutta sain tietäväksi että aineiston hankintaprosessi oli sujunut eettisten periaatteiden mukaan, tutkimukselle oli eettisen toimikunnan lausunto ja tutkimusluvut oli haastateltavilta kysytyt.

Vastaajien joukossa oli johtajia eri nimikkeillä, kuten hoitotyön johtaja, ylihoitaja, osastonhoitaja, yksikön johtaja, suurin osa ei toiminut työntekijöiden lähiesimiehenä, vaan lähiesimiesten esimiehenä, joten heillä kaikilla ei välttämättä ollut vahvaa päivittäistä kontaktipintaa potilasohjaustyöhön. Toisaalta tutkimuksessa haluttiinkin juuri selvittää johtotason näkemyksiä potilasohjauksesta. Tulokset kertoivat nimenomaan tutkittavien näkemyksistä ja esille nostamista asioista. Täytyy huomioda, että joitain käytäntöjä, toimintatapoja tai kehittämistarpeita voi esiintyä laajemminkin, mitä tulosten mukaan kävi ilmi. Useissa osa-alueissa kantaa otti vain osa haastatelluista. Eettisyys linkittyy tutkimuksen aikana vastaantuleviin päätöksentekotilanteisiin. Rajan määrittäminen eettisissä

ongelmissa on usein haastavaa, mikä on hyväksyttävää ja mikä ei (Eskola & Suoranta 2008, 52-58). Pysin tutkimuksessa huolellisuuteen aineistoa käsitellessäni ja huomioin kaikki oleelliset vastaukset, viittaukset ja vivahteet haastatteluissa tutkimuskysymyksiin viitaten.

Sisällönanalyysi sopi tutkimusmuodoksi hyvin. 22 haastattelua antoi tarpeeksi laajan näkökulman, jotta tarkastelua pystyttiin suorittamaan tutkimuskysymysten suuntaisesti. Sisällönanalyysin avulla tutkimusaineistosta pystyttiin luomaan teoreettinen kokonaisuus ja tutkimuskysymyksiin pystyttiin vastaamaan (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95, 108-113). Ajoittain ongelmia syntyi siitä, että tutkimuskysymykset eivät olleet täysin toisiaan pois-sulkevia vaan samoja ajatuskokonaisuuksia saattoi kohdistua parin tutkimuskysymyksen alle. Tutkimuskysymykset kuitenkin loivat näille ajatuskokonaisuuksille aivan erilaiset merkitykset, joten niitä ei voinut sivuuttaa vaan ne istuivat lopulta hyvin tutkimukseen parin eri tutkimuskysymyksen alle (Schreier 2012, 78).

Laadullisen tutkimuksen onnistuminen kulminoituu raportointiin eli tulosten kirjoittamiseen. Tutkimuksen raportoinnin pyrin tekemään tarkasti ja selkeästi, jotta tulosten todellisuuskuva välittyi (Eskola & Suoranta 2008, 234-236). Toin esille analyysin rakentumista esimerkein ja nostin esille autenttisia ilmaisuja aineistosta. Huomioin myös, että tutkimuksen luottamuksellisuus tulee turvattua. Tuloksia julkistaessa huolehdin, että tutkittavan anonymiteetti tulee suojattua (Eskola & Suoranta 2008, 52-59).

6.4 Jatkotutkimusaiheita

Potilasohjauksen osaamisen johtamisesta on tutkimustietoa varsin vähän, joten tutkimuskenttää sillä alueella on tulevaisuudessa. Näyttöön perustuva kehittämistyö vaatii

tutkimusta. Osaamisen johtamisen hyödyistä on tutkimuksissa näyttöä (Kothari ym. 2011, Orzano ym. 2008). Tutkittua tietoa hoitotyön johtajien näkemyksestä potilasohjaukseen ja sen osaamiseen on niukasti. Lisää tutkimusta tarvitaan potilasohjauksen kehittämiseksi.

Tämän tutkimuksen perusteella vahvaksi kehittämistarpeeksi nousi potilasohjauksen osaamista arvioivien mittarien kehittäminen. Toimivien mittareiden kehittäminen vaatii tutkimusta joten tutkimusaiheena se on tärkeä ja selkeästi rajattu. Tutkimusta tarvitaan myös monipuolisempien ohjaustapojen ja –muotojen kehittämiseksi sekä tietotekniikka-alan hyödyntämiseksi potilasohjauksessa.

LÄHTEET

Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikutavuus ja keinot. *Duodecim* 2011;127:2265–72.

Absetz P. Ryhmäohjaus. Teoksessa Vänskä K, Laitinen-Väänänen S, Kettunen T, Mäkelä J (toim.) *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita, 2011:87-108.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24 [www-dokumentti] 2006 [haettu 1.2.2012] <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient education and counseling* 2004;53:147-155.

Castle NG, Decker FH. Top management leadership style and quality of care in nursing homes. *The gerontologist* 2011;51(5):630-642.

Deakin T, MsShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003417.DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2.

Edelläkävijä terveyteen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia. [www-dokumentti] 10.6.2011 [haettu 9.2.2013] <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=2705&nodeid=6459>

Eskola J, Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8.painos. Tampere: Vastapaino, 2008.

Gowen CR, Henagan SC, McFadden KL. Knowledge management as a mediator for the efficacy of transformational leadership and quality management initiatives in U.S. health care. *Health care management review* 2009;34(2):129-140.

Haaranen A. Realistinen arviointi lapsiperheiden vanhempainryhmistä: muutokset perheen terveydessä ja vaikuttavuutta edistävät toiminnot. *Hoitotieteen väitöskirja*. Itä-Suomen yliopisto, 2012.

Hallila L. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila L (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 2005:97-110.

Hoitotyö. [www-dokumentti] 2012 [haettu 25.8.2012]
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=35497&culture=fi-FI&contentlan=1>

Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education. *Patient education and counseling* 2010;78:275-281.

Idier L, Untas A, Koleck M, Chauveau P, Rasclé N. Assessment and effects of therapeutic patient education for patients in hemodialysis: a systematic review. *International journal of nursing studies* 2011;48:1570-1586.

Jaakonsaari M. Pro gradu. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Hoitotyön opettajien käsityksiä. Turku. 2009.

Jallinoja P, Kuronen R, Absetz P, Patja K. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu?: hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. *Suomen lääkäri* 2009;64(42):3557-3561.

Jallinoja P, Kuronen R, Absetz R, Patja K. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. Tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä. *Suomen lääkäri* 2006;61(37):3747-3751.

Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology* 2011;79(4):433-440.

Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L, Salmela Marjo. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient education and counseling* 2003;51:239-245.

Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77:219-226.

Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Apr 18;(2):CD004148.

Kansanterveyslaki 66 / 28.1.1972.

Kaseva K. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2011:16.

Kettunen T, Liimatainen L, Villberg J, Perko U. Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. *Patient education and counseling* 2006;64:159-166.

Kettunen T, Poskiparta M, Karhila P. Speech practices that facilitate patient participation in health counseling - a way to empowerment? *Health education journal* 2003;62(4):326-340.

Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital. Health education research. Theory and practice 2001;16(2):227-238.

Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu: tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteissä. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health;0356-1070;75.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveystieteiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008.

Koivunen M, Hätönen H, Välimäki M. Barriers and facilitators influencing the implementation of an interactive internet-portal application for patient education in psychiatric hospitals. Patient education and counseling 2008;70:412-419.

Kothari A, Hovanec N, Hastie R, Sibbald S. Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: a systematic review. BMC Health services research 2011;11(173):1-11.

Koulutusohjelma: Fysioterapian koulutusohjelma. [www-dokumentti] 2013 [haettu 1.2.2013]
https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SPT&csuunt=99999&cvuosi=2S&caste=N&cark=2012-2013

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. [www-dokumentti] 2013a [haettu 1.2.2013]
https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SHO&csuunt=50012&cvuosi=3K&caste=N&cark=2012-2013

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma. Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto. [www-dokumentti] 2013b [haettu 1.2.2013]
https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SHO&csuunt=50030&cvuosi=3K&caste=N&cark=2012-2013

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma. Terveystoimintasuuntautumisvaihtoehto. [www-dokumentti] 2012 [haettu 1.2.2013]
https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SHO&csuunt=50048&cvuosi=2K&caste=N&cark=2011-2012

Koulutusohjelma: Toimintaterapian koulutusohjelma. [www-dokumentti] 2013 [haettu 1.2.2013]
https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SHOT&csuunt=99999&cvuosi=2S&caste=N&cark=2012-2013

Kujansivu P, Lönnqvist A, Jääskeläinen A, Sillanpää V. Liiketoiminnan aineettomat menestystekijät. Mittaa, kehitä ja johda. Helsinki: Talentum, 2007.

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

Kääriäinen M, Kyngäs H. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 2005a;4(17):208–216.

Kääriäinen M, Kyngäs H. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 2005b;5(17):250–258.

Kääriäinen M. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystoimintasuunnittelun laitos, 2007.

Kääriäinen M, Kaakinen P. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoitaja 2008;1(81):13-15.

Kääriäinen M. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 2008;6(4):10-15.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 17.8.1992.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5. Art. No.: CD006732.DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub2.

Leino-Kilpi H, Salanterä S, Johansson K, Lehtikunnas T, Ahonen P, Pulkkinen M-L, Elomaa L. Potilasopetus tarvitsee hoitotyön johtajien tukea. Kuvaus yhden potilasopetuksen kehittämishankkeen lähtökohdista. Ylihoitajalehti 2001;29(5):4-9.

Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H, Ukkola L. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008;45:121-135.

Lipponen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat haasteet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu, 2006.

Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient education and counseling 2007;65:69-78.

Mehta P, Sharma M. Internet and cell phone based physical activity interventions in adults. Archives of exercise in health and disease 2011;2(2):108-113.

Mikkonen I, Väistö R, Hynynen M-A, Tiainen A-I. Potilasohjaustaitojen kehittäminen verkko-opiskeluna. Pro terveys 2010;2:20-23.

Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. American psychologist 2009;64(6):527-537.

Nichols B, Shaffer FA, Porter C. Global nursing leadership. A practical guide. Nursing administration quarterly 2011;35(4)354-359.

Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *Journal of clinical psychology* 2011;67(2):143-154.

O'Connor M. Beyond the classroom. Nurse leader preparation and practice. *Nursing administration quarterly* 2011;35(4):333-337.

Ojanlatva A. Patient education in Finland. *Patient education and counseling* 2001;44:49-54.

Omoike O, Stratton KM, Brooks BA, Ohlson S, Storfjell JL. Advancing nursing leadership. A model for program implementation and measurement. *Nursing administration quarterly* 2011;35(4):323-332.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. Ammatillinen koulutus ja sen kehittäminen. [www-dokumentti] 1.1.2013 [haettu 1.1.2013]
http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattillinen_koulutus/?lang=fi

Orzano AJ, McInerney CR, Scharf D, Tallia AF, Crabtree BF. A knowledge management model: Implications for enhancing quality in health care. *Journal of the American society for information science and technology* 2008;59(3):489-505.

Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient education and counseling* 2001;45:69-79.

Postel MG, de Haan HA, ter Huurne ED, Becker ES, de Jong CA. Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research* 2010;12(4):e68.

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology* 1983;51(3):390-395.

Puschel K, Thompson B, Coronado G, Huang Y, Gonzales L, Rivera S. Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile. *Health promotion international* 2008;23(3):240-250.

Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of consulting clinical psychology* 2001;69:717-721.

Romppainen B. Ohjaustyylit. Tavoitteellisen ohjauskeskustelun keinoina. Helsinki: Educa-instituutti, 2006.

Salmela S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D): elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health*;0356-1070;185.

Schreier M. *Qualitative content analysis in practice*. Lontoo: Sage, 2012.

Schrieber L. Patient education. *Best practice & research clinical rheumatology* 2004;18(4):465-476.

Schumacher HR. Patient education. How can we improve it and evaluate the effects? *Journal of clinical rheumatology* 2011;17(5):229-230.

Sechrest RC. The internet and the physician-patient relationship. *Clinical orthopaedics and related research* 2010;468:2566-2571.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010. Määräys 17/011/2010. Opetusministeriö. [www-dokumentti] 2010 [haettu 1.2.2012] http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu:4. Helsinki: Edita, 2001.

Stoop AP, van't Riet A, Berg M. Using information technology for patient education: realizing surplus value? Patient education and counseling 2004;54:187-195.

Suomen perustuslaki 731 / 11.6.1999.

Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.

Terveystoimintalaki 1326 / 30.12.2010.

Thakurdesai PA, Kole PL, Pareek RP. Evaluation of the quality and contents of diabetes mellitus patient education on internet. Patient education and counseling 2004;53:309-313.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2011.

Tuominen P, Rintamäki T, Jussila M, Kotisaari S, Sipilä A-L, Oksa H. Tehoaako ryhmäneuvonta tyypin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa? Suomen lääkäri-lehti 2001;56(46):4727-4732.

Turku R. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 2.painos. Helsinki: Edita, 2007.

van Wier MF, Dekkers JC, Hendriksen IJM, Heymans MW, Ariens GAM, Pronk NP, Smid T, van Mechelen W. Effectiveness of phone and e-mail lifestyle counseling for long

term weight control among overweight employees. American college of occupational and environmental medicine 2011;53(6):680-686.

Viitala R. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. 5.painos. Vaasan yliopisto, 2004.

Viitala R. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. 3.painos. Riitta Viitala ja Inforviestintä Oy, 2008.

Vänskä K. 2012. Ohjauksen osaajat - miten he sen tekevät?: Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 38.

Vänskä K, Laitinen-Väänänen S, Kettunen T, Mäkelä J. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita, 2011.

Wolkanin-Bartnik J, Pogorzelska H, Bartnik A. Patient education and quality of home-based rehabilitation in patient older than 60 years after acute myocardial infarction. Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention 2011;31:249-253.

Liite 1. Esimerkki analyysin etenemisestä pääluokkatasolle

| ALKUPERÄINEN ILMAUS | PELKISTYS | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|---|---|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| -".Tulee ongelmaksi, jos potilas on kontaktissa sekä erikoissairaanhoidossa että meillä. Silloin ohjaussisältö ei välttämättä näy siellä erikoissairaanhoidossa.." H05 -". Se tiedonkulun varmistaminen on varmaan se heikoin lenkki.."H05 -". Äärimmäisen huonosti tieto kulkee. Epikriisin ei edes kirjata. Se tieto jää roikkumaan asiakkaan varaan.." H19 | Ohjaussisältö ei välttämättä välity eri yksiköiden välillä Tiedonkulun varmistamisessa ongelmia Tiedonkulku heikkoa, asiakkaan varassa | Tiedonkulussa haasteita | TIEDONKULKU VAIHELEEE | VAIHELEVAT KÄYTÄNNÖT |
| -".Meillä on vuoden alusta suurimman osan perusterveydenhuollon kanssa yhteinen Effic.." H17 -". Nyt erikoissairaanhoidon pääsee yhteisestä Efficasta katsomaan terveysasemilla tapahtuneet käynnit.." H11 -".jos potilas menee perusterveydenhuoltoon niin siellä on hoitotyön yhteenveto, niin sieltä se löytyy.." H12 | Yhteinen Effic suurimmassa osassa alueen perusterveydenhuolto Erikoissairaanhoidon näkee terveysaseman kirjaukset Perusterveydenhuollossa nähdään erikoissairaanhoidon kirjaukset | Yhteinen potilastietokanta | | |
| -".Hoitaja tekee kirjallisen yhteenveton potilaan mukaan.." H04 -". Pohjoisessa eri potilastietojärjestelmä ja silloin se toimii eri tavalla eli soittamalla tai paperilähetteillä.." H17 | Eri potilastietojärjestelmässä oleville yhteenvetopalautte potilaan mukaan Eri tietokannassa oleville tiedonkulku puhelimitse tai kirjeellä | Tiedonkulku toimii eri keinoin | | |
| -". Työtehtäviä mallinnettu, tehty prosessikuviota.." H09 -". Meillä on tehty näitä hoitokarttoja.." H10 -". Sitten potilaspalautettahan meillä tietysti kerätään.." H15 | Prosessikaavioita tehty Hoitokarttoja Potilaspalautetta kerätään | Toiminnan kehittäminen | | |
| -". Meillä on vertaisarviointia.." H15 -". Mehän koulutetaan ihmisiä ohjaamiseen.." H22 -". Esimies käy joka yksikkönsä kanssa kehityskeskustelut ja siellä on muun muassa osaamiseen liittyvää, kehitykseen liittyvä asiakohda. Ja siellä nousee esiin ne ohjauksen liittyvät puutteet.." H09 | Vertaisarviointia Ohjauskoulutusta Kehityskeskusteluissa käsitellään ohjausosaamista | Henkilöstön kehittäminen | | |
| -". Lääkehoidon ohjaukseen liittyen tällainen Tool-hanke.." H04 -". Hanke, joka nimenomaan suuntautuu perheryhmien kehittämiseen ja ohjausmenetelmien kehittämiseen.." H22 -".Potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen liittyvä projekti.." H06 | Hanke kehittää ohjausta Ohjausmenetelmien kehittämistä hankkeessa Ohjaukseen liittyvä projekti | Järjestäytyneet kehittäminen | | |
| -". Meillä ei ole koulutussuunnitelmaa liittyen potilasohjaukseen.." H19 -". Ei meillä ole virallista koulutussuunnitelmaa. Aika hajanaista se on, että ei siis ole.." H21 -". Ei meillä ole mitään omia www-sivuja.." H20 -". Ei potilas voi vaikuttaa saamaansa ohjaukseen.." H01 | Ohjausosaamisen koulutuksia ei suunnitella Potilaan osallisuutta ja omahoitoa ei tueta eikä kehitetä | Ei ohjausosaamisen kehittämistä | | |