



JAA MITEN SE NYT MENI?

Mistä asioista osastolta kotiutuneet potilaat soittavat?

Mari Uusitalo

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Sisätauti-kirurginen suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sisätauti-kirurginen suuntautumisvaihtoehto

UUSITALO, MARI:

JAA MITEN SE NYT MENI? Mistä asioista osastolta kotiutuneet potilaat soittavat?

Opinnäytetyö 41 sivua & liite 4 sivua
Maaliskuu 2011

Potilasohjaus on tärkeä osa hoitajan ammattitaitoa. Hyvän ohjauksen saaneella potilaalla on paremmat valmiudet hoitaa itseään ja selviytyä arjen haasteista kotiuduttuaan. Onnistunut potilasohjaus vaatii hoitajalta tarkkaa aiheen kliinistä tuntemusta, hyviä vuorovaikutus- sekä viestintätaitoja. Lyhentyneet hoitojaksot ja hoitohenkilökunnan kiireet tuovat haasteita onnistuneelle kotiutukselle.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää mistä asioista osastolta kotiutuneet potilaat soittavat takaisin osastolle. Tutkimusmateriaalia kerättiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä sijaitsevalla kirurgisella osastolla. Hoitohenkilökunta kirjasi paperille kotiutuneiden potilaiden soittojen aiheita.

Työni tavoitteena on antaa kyseessä olevalle osastolle tietoa, mistä asioista osastolta kotiutuneet potilaat kaipaavat enemmän tietoa ja parempaa perehtymistä ollessaan osastolla. Näin hoitajat voivat kehittää omaa työtään potilasohjauksessa ja potilaiden kotiutamisessa.

Tutkimusmenetelmänä käytin laadullista menetelmää. Aineisto sisältää 70 potilaiden kysymää asiaa. Tulosten mukaan useat potilaat kaipaavat tarkempaa tietoa haavanhoidosta. Lähes kolmasosa kirjatuista puheluista liittyi haavanhoito-ohjeisiin. Toiseksi eniten, 17 % puheluista, tiedusteltiin lääkärin tekemiä asiakirjoja, kuten todistukset ja epikriisi sekä epäiltiin leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Yleisiä leikkauksen jälkeiseen itsehoitoon liittyviä asioita, kuten liikkumis- ja jumppausohjeita, kaipasi 13 prosenttia puheluista. Jatkohoidon aikataulu oli hukassa yhdeksältä prosentilta yhteydenoton tehneeltä potilaalta.

Jatkotutkimusehdotuksena esitän tutkimuksen potilaiden näkökulmasta ohjauksen riittävydestä ja ymmärrettävyydestä. Lisäksi voitaisiin tutkia hoitajan ajankäyttöä, kuinka paljon hän käyttää aikaa potilaan ja hänen omaisten ohjaukseen sekä kotiutuksen järjestykseen ja mihin muuhun hänen aikansa kuluu. Tuotokseen perustuvia opinnäytteitä voitaisiin tehdä erilaisista kirjallisista potilasohjeista, joita voitaisiin hyödyntää osastolla potilaiden ohjauksessa.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
School of Health Care
Degree Programme in Nursing and Health Care

UUSITALO, MARI:
HOW WAS IT? What do discharged patients call about?

Bachelor's Thesis 41 pages & appendix 4 pages
March 2011

Patient guidance is an important part of a professional nurse's job. A patient who receives quality guidance has better changes of taking care of himself and coping with everyday challenges at home. Prerequisites for successful patient guidance are exact clinical knowledge about the subject alongside with good interaction and communication skills. Brief hospitalizations and nurses' limited time per each patient set challenges for a successful discharge.

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine the reasons for discharged patients contacting the ward after their hospitalization. The research data were collected in a surgical ward in Pirkanmaa hospital district. The data consisted of the nursing staff's entries concerning the phone consultations with patients.

The objective of this thesis was to provide the nursing personnel with information on which matters the patients needed further guidance and knowledge. This way the nursing staff can improve their skills in patient guidance and discharge practices.

The method applied in this study was qualitative. The data contains 70 subject areas that the patients posed questions on. The results showed that patients needed more information on wound care, almost one third of the registered calls handling wound care instructions. The second biggest category, 17 % of calls, considered medical documents such as certificates and epicrisis, as well as suspected post-operative complications. A total of 13 % of the patients needed post-operative exercise instructions.

A suggestion for further study is to examine the guidance from the perspective of the patients themselves, focusing on the adequacy and the understandability of the guidance provided. Besides, nurses' daily schedules could be studied to define how much time one spends on patient guidance and how the remaining working hours are distributed between the various nursing tasks.

Keywords: patient, guidance, teaching, discharge

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1 Potilasohjaus	8
3.1.1 Voimaa ohjaukseen	10
3.1.2 Potilas ohjattavana	11
3.1.3 Hoitaja ohjauksen antajana	13
3.1.4 Ohjaustilanteen ympäristö ja osasto.....	16
3.1.5 Hoitoalan kiireen ja erikoistumisen vaikutus ohjaukseen	17
3.1.6 Kirjallinen potilasohje	18
3.2 Potilaan kotiuttaminen	20
4 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ	25
4.1 Aineiston kerääminen	26
4.2. Aineiston analyysi	26
5 TULOKSET	28
6 POHDINTA.....	32
6.1 Tulosten tarkastelua	32
6.2 Vertailua muihin tutkimuksiin	34
6.3 Eettisyys ja luotettavuus	36
6.4 Pohdintaa opinnäytetyön tekemisestä.....	37
6.5 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset	39

LÄHTEET

LIITE

1 JOHDANTO

Onnistunut potilasohjaus lyhentää hoitajaksoja ja vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää sekä niiden tarvetta. Se myös vähentää potilaiden yhteydenottoa hoitopaikkaan hoitajakson jälkeen. Tämä lisää hoitohenkilöstön resursseja hoitaa muita potilaita. (Torkkola ym. 2002, 24.) Laadukas ohjaus on osa asiakkaan asianmukaista ja hyvää hoitoa (Kygäs ym. 2007, 20). Suulliset ohjeet on hyvä antaa myös kirjallisena, joihin potilas voi tukeutua kotiutumisen jälkeen. (Kygäs ym. 2007, 124.)

Esteitä ohjauksen onnistumiselle ovat muun muassa kiire, ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä, tiedon puute, henkilöstön vähäisyys, tilojen epäasianmukaisuus ja puutteellinen välineistö (Kaila & Kuivalainen 2007, 21). Kansantaloudellisesti ajateltuna hyvä potilasohjaus maksaisi tarvitsemansa resurssit itse säästyvinä kuluina (Lipponen ym. 2006, 16).

Pohjola-Katajiston (2008, 15) mukaan eri tutkimukset osoittavat, että potilaan ohjaukseen ei panosteta riittävästi. On muun muassa todettu, että potilaan hoitoon liittyvä ohjaus ja annettava tieto vaihtelevat sekä ovat joskus ristiriitaisia hoitoketjun eri vaiheissa. Huomioitavaa on, että potilaista iso osa arvioi hyötyvänsä saamastaan ohjauksesta vain vähän. Liimatainen ym. (2005) kertovat, että erään tutkimuksen mukaan vuonna 2002 hoitohenkilökunta käytti potilasohjaukseen työajastaan vain 15–20 %.

Tämän opinnäytetyön aihe tuli työelämästä ja yhteistyökumppanina toimii Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Kyseessä olevalla kirurgisella osastolla oli huomattu, että kotiutuneilta potilailta tulevat puhelinsoitot veivät paljon hoitohenkilökunnan työaika. Hoitajat kirjasiivat paperille asiat, joita kotiutuneet potilaat kyselevät. Kartoittamalla soittojen sisältöä, osaston henkilökunta voisi parantaa potilasohjausta ja vähentää yhteydenottoja kotiutumisen jälkeen. Teoreettiset lähtökohdat kirjaan potilasohjauksesta ja potilaan kotiuttamisesta kirjallisuuteen perustuen.

Itseäni aihe kiinnosti, koska olen ollut erilaisilla osastoilla töissä ja niihin on tullut paljon soittoja kotiutuneilta potilailta. Potilaan ohjaus kotiutustilanteessa vaikuttaa siihen, miten hyvin hän osaa hoitaa itseään kotonaan ja millaisissa tilanteissa hän ottaa yhteyttä takaisin osastolle.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mistä asioista potilaat kaipaavat enemmän tietoa kotiutumisensa jälkeen.

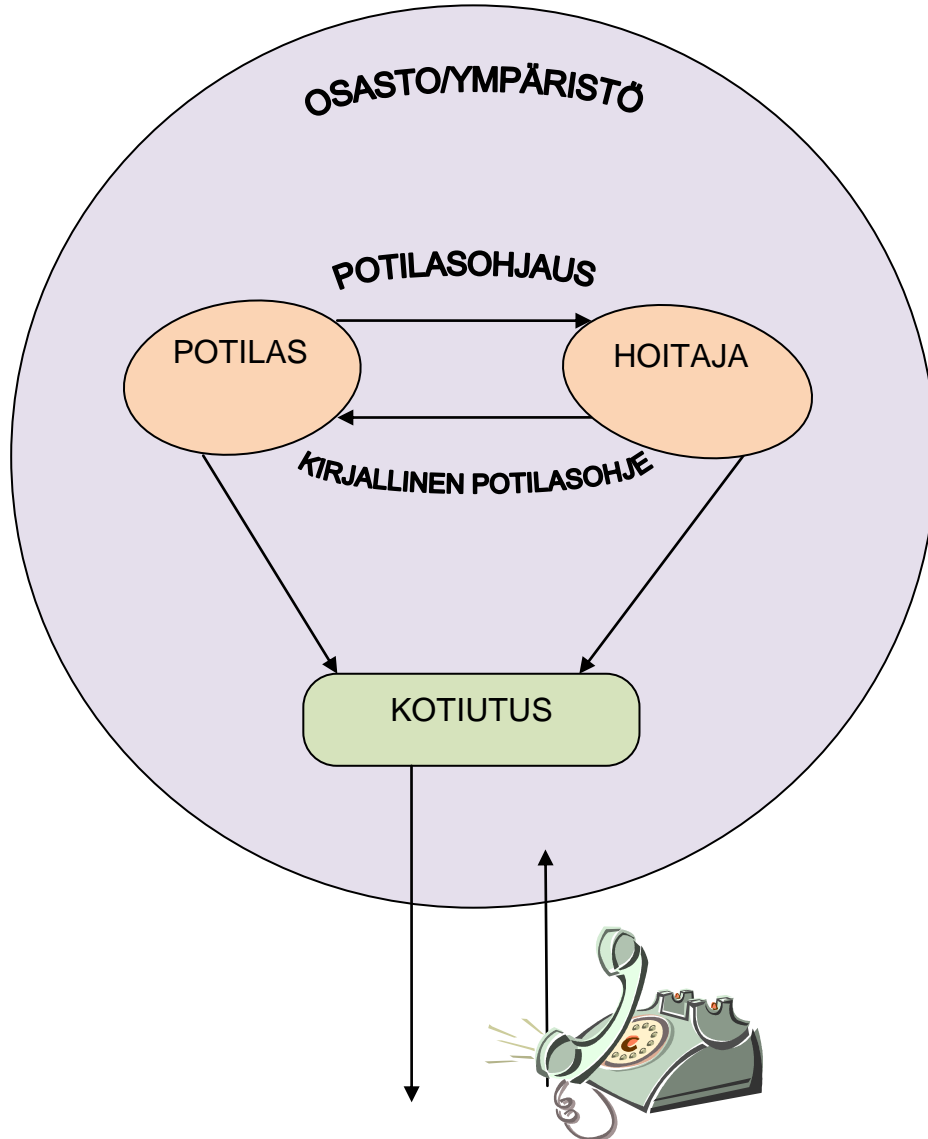
Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraavaan kysymykseen:

Mistä asioista kotiutuneet potilaat soittavat osastolle?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä osaston hoitohenkilökunnan tietämystä kotiutuvien potilaiden ongelmakohdista sekä auttaa heitä kehittämään potilasohjausta ja potilaiden kotiuttamista. Lisäksi tavoitteena on syventää omaa tietämystäni ja osaamistani potilasohjauksesta ja potilaan kotiuttamisesta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat



Tämän opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat (kuvio 1) käsittelevät potilasohjausta, kirjallista potilasohjetta, osaston ja ympäristön sekä potilaan ja hoitajan vaikutusta potilasohjaukseen sekä kotiuttamista. Työssäni aion perehtyä kahteen tärkeään hoitotyön osaan, potilasohjaukseen ja potilaan kotiuttamiseen. Ohjausta aion katsoa potilaan ja hoitajan näkökulmasta sekä miettiä miten osasto ja ohjaustilanteen ympäristö vaikuttavat ohjaustilanteeseen. Lisäksi pohdin kirjallisen potilasohjeen tärkeyttä yhtenä ohjauksen menetelmänä ja sitä, minkälainen on hyvä kirjallinen ohje

3.1 Potilasohjaus

Potilaanohjaus on olennainen osa kaikkien terveydenhuoltosektorilla toimivien ammattillista toimintaa. Potilasohjaus kuuluu hoitotyöntekijän ammatilliseen perusosaamiseen. Ohjaus on suunnitelmallisempaa kuin muut keskustelut ja tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauksetoimia. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25; Kääriäinen 2007, 21.) Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10).

Ohjaus on ajattelun ja kommunikaation väline, jolla ihmiset välittävät tietoa toisilleen. Hoitotyössä ja hoitotieteessä käytetään paljon ohjaus-käsitettä. Ohjausta käytetään rinnakkain muun muassa tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen, opastuksen ja informoinnin käsitteiden kanssa. Ohjauksen synonyymejä ovat koulutus, kasvatus ja valmennus. Ohjauksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan johtamista tai johdattamista johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Sanakirjamääritelmässä korostuvat ohjauksen perinteet eli asiakkaan passiivinen rooli ja hoitajan asiantuntemus. (Kyngäs ym. 2007, 5, 25.)

Perinteisesti potilasohjaus on käsitetty hoitajakeskeiseksi ja rutiininomaiseksi tiedon jakamiseksi. Potilaan oletetaan olevan passiivinen hoidon vastaanottaja ja hoitoon osallistuminen voi olla hänelle vierasta. Tämän tapaisessa ohjauksessa ei oteta huomioon potilaiden yksilöllisiä tarpeita eikä heidän aikaisempaa tietämystä hyödynnetä. (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1998, 22; Liimatainen, Hautala & Perko 2005.) Internet on antanut potilaille uusia keinoja löytää tietoa terveellisistä elämäntavoista sekä sairauksien oireista, synnystä ja hoidosta. Kehitys on pakottanut hoitajien muuttamaan suhtautumistaan potilaan hoitoon ja ohjauksen antamiseen. Yhteiskunnallinen koulutustason kohoaminen on lisännyt kiinnostusta omaan hoitoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 15.)

Potilasohjauksessa hoitaja on ohjauksen asiantuntija ja potilas oman elämänsä. Ohjaus rakentuu niistä asioista, jotka ovat tärkeitä potilaan hyvinvoinnille, terveydelle ja sairaudelle. Hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida potilaan ohjaustarpeita yhdessä hänen

kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Ohjaussuhteessa ohjattavan omat näkemykset itsestään ja elämästään ovat aina avainasemassa (Lipponen ym. 2006, 24).

Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaat ovat olleet osin tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen. He tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, kuten sairauden oireista, syistä, ongelmista ja lääkehoidosta. Ongelman taustalla ovat joko potilaisiin tai hoitohenkilöstöön tai näihin molempiin liittyvät tekijät. Potilaat voivat välttää ohjausta, unohtaa asioita ja kieltää niitä. Lisäksi aina he eivät ymmärrä annettua tietoa, eivätkä myöskään tunnista tilannetta ohjaukselliseksi. Myös omaisten ohjaus ja tukeminen on useissa tutkimuksissa osoitettu olevan puutteellista. (Kääriäinen 2007, 34.)

Laadukas potilasohjaus on yksilöllistä ja riittävää, sen avulla voidaan vähentää sairausmenoja, sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä. Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muun potilaan hoidon osa-alueen. Laadun määrittelyä tosin vaikeuttaa eri osapuolten, eli potilaiden ja hoitohenkilöstön näkökulmien huomioiminen. Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia resursseja, kuten riittävä henkilöstö, hoitajien ohjausvalmiudet sekä aika ja tilat. (Kaila & Kuivalainen 2007, 21; Kyngäs ym. 2007, 20–21; Kääriäinen 2007, 22.)

Potilasohjauksen ja riittävän tiedon antamisen on todettu lisäävän tyytyväisyyttä ja turvallisuudentunnetta sekä vähentävän epävarmuutta, potilaiden ja omaisten yhteydenottojen tarvetta, sairaalahoidon tarvetta ja sairaalassaoloaika. Tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon sekä edistää hänen valmiuksiaan itsensä hoitamiseen. Potilaan ja omaisen saama ohjaus ja opetus vähentävät sairauteen liittyvää ahdistusta ja pelkoja. (Kaila & Kuivalainen 2007, 21; Lipponen ym. 2006, 10; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju sekä ostopalvelut asettavat haasteita ohjauksen laadun toteutumiselle. (Kääriäinen 2007, 22.) Potilasohjauksen jatkuvuus hoidonkulun eri vaiheissa voidaan varmistaa kirjaamalla ohjausprosessi tarkasti hoitosuunnitelmaan. Avohoidon lisääntyminen edellyttää, että potilaiden tarpeet kohdataan ja potilaita ohjataan niin, että he hallitsevat itsehoidon. (Lipponen ym. 2006, 1,11.)

Yksi potilasohjauksen hyvinkin käyttökelpoinen osa-alue on demonstraatio. Se on havainnollistamisella tehtyä ohjausta, jonka tarkoituksena on antaa potilaalle selkeä kuva siitä, miten toimenpide suoritetaan ja tukea potilaan sitoutumista hoitoon. Demonstrointi ja suullinen ohjaus on taitojen opettamisessa kirjallista materiaalia tehokkaampaa. Demonstraatiota käytetään potilasohjauksessa silloin, kun kysymyksessä on motoristen taitojen opettaminen ja käytännön taitojen harjoittaminen. Demonstraatiota voidaan käyttää osana ohjausta, kun potilas itse tai omainen tulee jatkossa suorittamaan hoitotoimenpiteen, esimerkiksi suoliavanteen hoitamisen. (Kygäs ym. 2007, 128–131; Lipponen ym. 2006, 57–59; Väärälä 2010, 5.) Käyttipä hoitaja mitä ohjaustapaa tahansa, hänen tulee välttää ammattitermejä ja puhua niin, että asiakas ymmärtää asiat (Kygäs ym. 2007, 44).

3.1.1 Voimaa ohjaukseen

Liimataisen ym. (2005) mukaan voimaantuminen ja voimavarakeskeisyys (empowerment) on viime vuosina tunnistettu yhdeksi potilasohjauksen keskeiseksi tavoitteeksi. Voimavarakeskeisen potilasohjauksen tavoitteena on potilaan psyykkisen voimantunteen saavuttaminen, jolloin hän voisi ottaa asteittain enemmän vastuuta sairautensa itsehoidosta ja omasta terveydestään. Voimaantuminen voi syntyä silloin, kun potilaalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa itseään koskevien asioiden käsittelyyn ja päätöksentekoon. Voimavarakeskeinen ohjaus rakentuu potilaan aikaisempien kokemusten ja tietojen pohjalle. Ohjauksen keskiössä ovat potilaan arkipäivän tarpeet ja selviytyminen, hänen piilevät voimavaransa, toimintatavat ja tukiverkot. (Liimatainen ym. 2005; Siitari & Tupamäki 2007, 11–12.)

Voimavarakeskeisen potilasohjauksen tunnuspiirteitä ovat aktiivinen osallistuminen, tasavertaisuus, autonomia, reflektiotaito sekä hallinnan tunteen lisääntyminen. Voimaantuminen ei ole pysyvä tila, jos esimerkiksi potilaan psyykkisessä tilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia, voivat hänen voimavaransa vähentyä. (Siitari & Tupamäki 2007, 12.) Voimavaralähtöinen työtapo edellyttää hoitosuhdetyöskentelyä ja suhteeseen liittyvän tunteensiirron merkityksen oivaltamista (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 17). Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa hoitajan kuuntelutaidot ovat tärkeä tekijä. Ohjauksen lopulla hoitajan tulee tiivistää ja kerrata potilaan kanssa tärkeimmät sei-

kat. Keskustelun kertaaminen ja tiivistäminen auttavat potilasta selkiyttämään ajatuksiin. (Pohjola-Katajisto 2008, 16.)

Voimavarakeskeisyys ja voimaantuminen liittyvät myös hoitajan työssä jaksamiseen, haluun kehittyä omassa työssään sekä kehittää työtään. Edellytys potilaiden voimaantumiselle on voimaantunut hoitaja. Hoitotyöntekijän voimaantuminen näkyy ongelmien ratkaisutaitona, toimintana yhteisen päämäärän hyväksi, avoimena vuorovaikutuksena sekä haluna ja kykynä vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin. (Liimatainen ym. 2005.)

3.1.2 Potilas ohjattavana

Kirurginen potilas on henkilö, joka joutuu jonkin sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi tilanteeseen, jossa leikkaus on todennäköinen tai välttämätön (Lassila & Paso 2007, 5). Useimmiten ihminen hakeutuu hoitoon omasta aloitteestaan: hän päättää asiasta itse ja menee esimerkiksi terveyskeskukseen, yksityisvastaanotolle tai ensiapuun. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan halua osallistua hoitoonsa. He saattavat kokea voimansa vähäisiksi ja tietonsa riittämättömiksi, jolloin he ikään kuin oikeuttavat hoitotyön ammattilaiset toimimaan puolestaan ja ajamaan omia asioitaan. Hoitajan on tunnistettava, minkälaiseen osallistumiseen potilaalla on voimavaroja. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 80–83.)

Sairaus ja kriisi voivat heikentää potilaan kykyä vastaanottaa tietoa, siksi on tärkeää asettaa ohjattavia aiheita ja asioita tärkeysjärjestykseen. Potilailla on erilaisia ohjaustarpeita sairauden eri vaiheissa, joten hoitajan täytyy miettiä, mitkä asiat ovat sillä hetkellä tärkeimpiä potilaalle ja minkälaisia asioita hän on valmis oppimaan. (Kyngäs ym. 2007, 30.) Jos potilas sairastaa esimerkiksi verenpainetautiä ja tuntee itsensä terveeksi, hän ei välttämättä ota vastaan saamiaan ohjeita elämäntavoista ja lääkityksestä. Tällöin potilasohjauksen tärkein työkalu on motivointi. Potilaan oppimisvalmiuksilla, motivaatiolla, taidoilla ja tiedoilla on huomattava vaikutus ohjauksen onnistumiseen. (Kyngäs ym. 2007, 31–34; Pohjola-Katajisto 2008, 20.)

Opittavan asian yksilöllisellä merkityksellä potilaalle on myös tärkeä osuus ohjauksen tuloksellisuudessa. Ohjaus tulisi aina aloittaa potilaan taustojen selvittämisestä, jotta ohjaus olisi potilaslähtöistä. Näin voidaan todella vastata potilaan tarpeisiin. Jos poti-

laan taustatekijöitä ei huomioida, samassa tilanteessa olevia potilaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. Tällöin potilaiden ohjaaminen ei perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 26–28; Pohjola-Katajisto 2008, 25, 29; Väärälä 2010, 7.) Potilaiden mielestä on helpompi omaksua ohjeet ja sitoutua noudattamaan niitä, jos he ymmärtävät ohjeiden merkityksen omalle hyvinvoinnilleen (Lassila & Paso 2007, 18).

Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen aktiivisuutensa lisääntyisi ja hän pystyisi ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä saavuttamaan mahdollisimman hyvin ne tavoitteet, joiden vuoksi hoitoa annetaan (Lipponen ym. 2006, 1). Hyvä potilaan ohjaus aistii tilanteen, hyödyntää potilaan voimavaroja ja mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa (Luostarinen 2004, 41).

Ohjausta tulisi muistaa antaa potilaille kaikissa terveyden- ja sairaanhoidon yksiköissä ja erilaisissa tilanteissa. Päivystykseen hakeutuvan potilaan oireet voivat olla hänelle hyvinkin pelottavia ja ennen kokemattomia. On tärkeää, että potilas ja omaiset ovat selvillä tilanteesta ja hoidon kulusta. Ohjauksella voidaan varmistaa potilaan osallistuminen vointinsa mukaan tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin. Erityisen merkittävää on potilaan osallistuminen häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Teho-osastolla potilas tarvitsee tukea ja kannustusta sekä motivointia tilanteen ymmärtämiseen. Sairauden akuuttivaiheessa potilaat ja omaiset pohtivat sen hetkistä tilannetta, mutta myös selviytymistä eteenpäin. (Lipponen ym. 2006, 12–13.)

Nuorille potilaille tulisi antaa ohjausta heidän ikätasolleen sopivalla tavalla, ei liian virallisesti eikä myöskään lapsellisesti. Nuoret voivat olla hyvin kiinnostuneita hoitonsa yksityiskohdista, mutta ristiriitatilanteita saattaa syntyä, jos hän ei halua vanhempiaan tai huoltajaansa mukaan ohjaustilanteeseen. Näistä tapauksista on aina keskusteltava ja sovittava tilannekohtaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 29.) Luottamuksen syntyminen on edellytys toimivalle ja hyvälle hoitosuhteelle nuoren kanssa. Nuoruusikään liittyvä nopea fyysinen kehitys tuo haasteita nuoren kohtaamiselle, mutta nuoren kehitysvaiheen tunnistaminen ja hienotunteisuus auttavat hoitajaa löytämään oikeat työtavat ja sanat vaikeissakin hoitotilanteissa. (Mäkelä ym. 2001, 69.)

Ikääntyneiden ohjaaminen on haasteellista, koska potilaalla saattaa olla huono näkö tai kuulo, fyysisiä rajoitteita tai muistihäiriöitä. Ikääntynyt potilas hyötyy ydinasioihin painottuvasta, lyhytkestoisesta ja usein toistuvasta ohjauksesta. Muistihäiriöisen potilaan läheisten osallistuminen ohjaukseen on hyvä suunnitella tilanteen mukaan ja hyvissä ajoin. (Kyngäs ym. 2007, 29–30.) Useissa hoitotyön tutkimuksissa ikääntyneet toivovat saavansa hoitajilta enemmän aikaa. He tarvitsevat toisen ihmisen läsnäoloa ja kuulluksi tulemistä. (Mäkelä ym. 2001, 84.)

Potilaalla voi olla kulttuuriin tai uskontoon liittyviä asioita, jotka tulee huomioida hänen hoidossaan ja ohjauksessaan. Vieraskieli voi lisätä potilaan turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa hänen osallistumista ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 36.) Wathenin (2007) mukaan, etnisten vähemmistöryhmien kanssa työskennellessä tärkeää on kuuntelu- ja havainnointiherkkyys. Monikulttuurinen hoitotyö edellyttää hoitajalta luovuutta. Kokonaisvaltainen, kulttuurinmukainen ja yksilöllinen ammatillinen hoitotyö edellyttää myös perustietoja kulttuurisista tekijöistä sekä niiden vaikutuksista ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja sairauteen. (Wathen 2007, 11–12.)

Perhe ja vertaisryhmät nähdään tärkeänä voimavarana potilaan kuntoutumisessa. Sosiaalinen tuki helpottaa kriiseissä ja muutokseen sopeutumisessa. Perhe ja ystävät voivat jakaa potilaan tilanteen aiheuttamaa taakkaa henkisesti ja emotionaalisesti ja auttaa konkreettisilla toimenpiteillä tai taloudellisesti. He voivat myös auttaa elämässä syntyvien ongelmatilanteiden hahmottamista ja hallintaa. Omaisten läsnäolo ohjauksessa auttaa tulkitsemaan ja käyttämään tietoa sekä välttämään väärinkäsityksiä. Potilas tekee helpommin lisäkysymyksiä, kun vierellä on joku tuttu henkilö. Omaiset odottavat tukea ja heidänkin ohjaustarpeensa tulisi huomioida, sillä ohjaus vähentää omaisten ahdistuneisuutta ja parantaa heidän kykyään tukea potilasta. (Kääriäinen 2007, 33–34, 121; Lipponen ym. 2006, 1, 33)

3.1.3 Hoitaja ohjauksen antajana

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa hoitohenkilöä kertomaan potilaalle selkeästi ja ymmärrettävästi hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja hoidon vaihtoehdoista niin, että potilas kykenee osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoidajan tehtävä on kyetä arvioimaan potilaan tilanne ja

voimavarat sekä potilaan omaksuma tieto, jonka varassa hänen on toimittava kotona (Luostarinen 2004, 6).

Hoitajille potilaiden ohjaustarpeiden arviointi on haastavaa, koska tarpeet vaihtelevat potilaiden taustatekijöiden mukaan. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan terveydentila ja siinä tapahtuvat muutokset, ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet sekä sairauden laatu ja sen vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään. (Kääriäinen 2007, 33.) Lipponen ym. (2006) kertoo, että erään tutkimuksen mukaan noin puolet potilaista halusi keskustella tunteistaan tai mielialoistaan hoitajien kanssa. Potilaat tarvitsevat hoitajien antamaa emotionaalista tukea pelkojen ja epävarmuuden käsittelyyn.

Ohjausta suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon se, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän jo tietää sairaudestaan. On myös hyvä muistaa, että vastasairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa ja sillä hetkellä hänen vastaanottokykynsä ohjauksen suhteen ei ole paras mahdollinen. (Lipponen ym. 2006, 10.) Hoitajan pitää tietää se, mitä potilaan tulisi tietää ja oppia. Hoitajan tulee myös hallita hyvin ohjattavan aiheen sisältö (Pohjola-Katajisto 2008, 18). Ohjaustilanteessa hoitaja voi käyttää liikaa valtaa, eikä näin anna potilaalle tilaa. Hän voi hallita tilannetta kysymyksillään potilaalle, puheen määrällä, keskeyttämällä potilaan puheenvuoron ja valitsemalla ohjauksen aiheet. (Liimatainen ym. 2005.)

Kirurgiset asiakkaat ovat sairaalassa usein vain lyhyen aikaa ja huolehtivat omasta hoidostaan lähinnä kotioloissa. Leikkaukseen liittyvä ohjaus on useimmiten samantyyppistä. Kaikille leikkauksiin tuleville kerrotaan leikkauksen vaatimista etukäteistoimista, kuten mahdollisesta painonpudotuksesta, syömisen ja juomisen välttämisestä ennen leikkausta ja itse leikkaustapahtumasta. Lyhytkestoisessa ja usein kertaluoteisessa pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen ohjauksessa on kuitenkin omia erityispiirteitä. Esimerkiksi polventähystykseen tulevan asiakkaan ohjaus toteutetaan luultavimmin hyvin eri tavoin kuin kohdunpoistoon tulevan. (Kyngäs ym. 2007, 30.) Luostarisen (2004, 40) mukaan kirurginen potilas tarvitsee tietoa kivun hoidosta, lääkityksestä, hygienian hoidosta, toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista ja siitä, miten tulee toimia ongelmien ilmetessä kotiutumisen jälkeen.

Terveydenhuollon ammattilaisen tulee jatkuvasti täydentää koulutustaan sekä kehittää taitojaan. Potilasohjausta ajatellen tämä merkitsee kliinisten tietojen pitämistä ajan ta-

salla, ohjauksen sisältöjen, vuorovaikutustaitojen ja suunnittelutaitojen ylläpitämistä sekä kehittämistä. Näin voidaan taata, että potilas saa pätevää, oikeaa, asianmukaista ja juuri hänen tilanteeseensa sopivaa ohjausta päätöksenteon ja valintojen tueksi. (Kyngäs ym. 2007, 17; Kääriäinen 2007, 102–103.) Jotta hoitaja voisi kehittyä ohjauksen antajana, hänen tulee säännöllisesti arvioida myös omia ohjaustaitoja, joko itse tai yhdessä potilaan tai asiakkaan kanssa. Ohjauksen onnistumista voi arvioida sen riittävyydellä, yksilöllisyydellä ja potilas- tai asiakaslähtöisyydellä. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Tehokas potilasohjaus on hoitajalle tärkeä työväline vaikuttaakseen potilasta positiivisiin elämänmuutoksiin. Carpenterin ja Bellin (2002) mukaan, hoitajat eivät kuitenkaan aina osaa ja ymmärrä ohjaus- ja opetusprosessia, jolla saisi hyvät tulokset. Useat hoitajat kertoivat, että heille ei ole opetettu, kuinka potilasta ohjataan ja opetetaan. Tutkimuksessa kartoitettiin hoitajien opetusvalmiuksia, jonka jälkeen heille pidettiin luentoja ja ryhmäkeskusteluja aiheesta. Parin kuukauden jälkeen hoitajien taitoja arvioitiin uudelleen ja tuloksista voitiin huomata, että potilasohjauksen valmennuksesta oli ollut hyötyä. Tärkeimpänä oppimiskeinona pidettiin oman työnsä arviointia. (Carpenter & Bell 2002, 157–161.)

Potilasohjauksessa hoitaja tarvitsee erityisesti vuorovaikutus-, viestintä- sekä johtamistaitoja. Viestintätaidoissa painottuvat ammatillisen osaamisen lisäksi henkilökohtainen persoona ja rohkeus kohdata ihminen ihmisenä. Hoitajan tehtävänä on kannustaa potilasta luottamaan kykyihinsä sekä tukea oma-aloitteisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 41; Pohjola-Katajisto 2008, 15, 18.) Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa hoitotyötä tekevien ammattitaitoa. Ne luovat perustan yhteistyölle osastolla ja toimimiseen erilaisissa ohjaustilanteissa. Ilman vuorovaikutustaitoja hoitajan on vaikea vaikuttaa ohjattavaan myönteisellä ja tuloksellisella tavalla. Ammatillista vuorovaikutusta voi oppia harjoittelemalla, tiedostamalla asenteitaan ja tarvittaessa muuttamalla niitä. (Lipponen ym. 2006, 24.)

Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksella pyritään edistämään ohjattavan hoitoon sitoutumista (Lipponen ym. 2006, 24). Onnistunut vuorovaikutus edellyttää, että tilanteeseen osallistuvat kunnioittavat toisiaan. Hoitajan tulee olla vilpittömästi kiinnostunut toista ihmistä kohtaan ja hänen asiaansa kohtaan sekä asiallinen. Hoitajalla täytyy olla taito ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kyky tehdä kysymyksiä. Myös havainnointikyky ja

kuuntelutaito edistävät vuorovaikutuksen ja näin ollen myös ohjauksen onnistumista. (Lipponen ym. 2006, 25.)

Hoitajan on kiinnitettävä huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen, kuitenkin sanallinen viestintä edustaa vain pientä osaa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Eleet ja liikehdintä paljastavat vuorovaikutustilanteessa enemmän kuin sanat, yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. Sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, eleet ja kehon kieli. Ihmisen on vaikea kontrolloida sanatonta viestintää, koska niitä lähetetään paljon tiedostamattomasti. Ristiriita sanallisen ja sanattoman viestinnän välillä voi viedä uskottavuutta sisällöstä ja jopa estää vuorovaikutustilanteen onnistumisen. Hoitaja voi tehdä havaintoja potilaan tunnetilasta tarkkailemalla hänen kehonkieltänsä, vaikka potilas ei haluaisi asioista puhuakaan. (Kyngäs ym. 2007, 38–39; Lipponen ym. 2006, 25; Mäkelä ym. 2001, 13–14; Pohjola-Katajisto 2008, 16.)

Tietyissä tilanteissa ohjauksen antajan on kiinnitettävä erityistä huomiota sanattomaan ja sanalliseen viestintäänsä. Tällaisia ovat muun muassa haasteelliset, vaativat tai riippuvaiset potilaat. Aggressiivisen ja/ tai päihderiippuvaisen henkilön kohtaamisessa tulee aistien valpastua huomaamaan myös potilaan antamat sanattoman viestinnän vivahteet. Tällaisissa tilanteissa kannattaa pysytellä mahdollisimman neutraalissa ja tasaisessa viestinnässä, koska jopa kasvojen ilmeellä voi provosoida negatiivista käyttäytymistä. Matala, rauhallinen ja tasainen puhetyyli yleensä rauhoittaa kiihtynyttä potilasta. (Pohjola-Katajisto 2008, 21.)

3.1.4 Ohjaustilanteen ympäristö ja osasto

Ohjauspaikan valinta on yksi olennainen edellytys ohjauksen onnistumiselle. Ohjaustilanteeseen sopii parhaiten sellainen huone tai tila, joka on valoisa, rauhallinen ja hyvin äänieristetty. Huoneen kylmyys tai liiallinen lämpötila tai auringon häikäisy saattavat rasittaa keskustelijoita. Ohjatessaan potilasta hoitajan pitäisi istua samalla tasolla potilaan kanssa, koska näin voi vaikuttaa tasavertaisuuden tunteeseen. Sopiva välimatka riippuu keskustelijoista, mutta yleensä se on puoli metriä. (Kyngäs ym. 2007, 36–38; Lipponen ym. 2006, 26; Pohjola-Katajisto 2008, 14.)

Ohjaustilanteissa tulisi aina turvata potilaan yksityisyys niin, että ulkopuoliset eivät saisi tietoonsa potilaan yksityisiä asioita. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) velvoittaa hoitohenkilöstön pitämään salassa potilaan tai hänen perhettään koskevat tiedot niin, etteivät ne joudu sivullisten tietoon. Potilaan kanssa keskusteltaessa potilashuoneessa, jossa on muitakin ihmisiä, kannattaa käyttää neutraaleja ilmaisuja ja huomioida hienovarainen puhetyyli. (Luostarinen 2004, 42–43.) Vasta kun potilas kokee olonsa turvalliseksi ja tilanteen luottamukselliseksi, hoitaja voi saada riittävästi tietoa potilaan ohjausta ja auttamista varten. Juuri ennen kotiinlähtöä annettu ohjaus voi epäonnistua. (Pohjola-Katajisto 2008, 19; Torkkola ym. 2002, 30.)

Ympäristön mukavuus koetaan osaksi palvelun laatua. Lipposen ym. (2006, 26) mukaan tulo osastolle sävyttyi voimakkaasti sen mukaan, oliko ilmapiiri iloinen ja myönteinen. Tilojen kauneus ja siisteys, rauhallisuus, viihtyisyys ja virkistävyys merkitsevät potilaille paljon. Koko ensivaikutelma sairaalasta saattaa muotoutua opasteiden sijoittelun ja kirjallisten ohjeiden yhteneväisyyden mukaan. Palokosken (2007, 53) tekemän tutkimuksen mukaan, potilaat kiinnittävät huomiota osaston fyysiseen ympäristöön. Potilaat kokevat erityisen epämiellyttävänä, jos heitä joudutaan hoitamaan käytävällä, ”käytävä ei ole hoitopaikka”.

3.1.5 Hoitoalan kiireen ja erikoistumisen vaikutus ohjaukseen

Viime aikoina tapahtuneet muutokset ovat pakottaneet hoitavan henkilökunnan toimimaan voimakkaammin potilaan puolestapuhujana. Työn liiallinen kuormittavuus, ajan puute yksittäistä potilasta kohden sekä hoitohenkilöstön vähyys ovat seurauksia varojen käytön vähentämisestä hoitoalalla. Hoitotyöntekijöiden kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen sekä vuorovaikutuksen laatuun. Jos potilas aistii hoitajan kiireen, hän ei välttämättä kysy kaikkia kysymyksiään, eikä tunne, että hänen asiaansa kunnioitetaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 93; Kyngäs ym. 2007, 37.)

Terveydenhuollon ammatit ovat muotoutuneet terveydenhuollon organisaatioissa tehtäväkeskeisiksi. Lähtökohtana ovat olleet asiakkaiden tarpeet. Ongelmia on syntynyt siinä, että ammatit ovat etäännyneet toisistaan ja asiakas jaetaan vaivojensa mukaisesti osiin. Kunkin alueen erikoisosaajat ottavat vastuun omasta alueestaan, jolloin kokonaisuudesta ei ole vastuuta välttämättä kenelläkään. Lipposen ym. (2006, 19) mukaan oh-

jauksen organisointia kehittämään voi nimittää oman työryhmän, jonka tavoitteina on selkeyttää vastuujakoa, varmistaa ohjauksen saantia, turvata hoidon jatkuvuuden ja yhteneväisten käytänteiden käyttöä sekä mahdollistaa yhteistyön sujumista.

3.1.6 Kirjallinen potilasohje

Kirjallisten potilasohjeiden tarve on kasvanut lähinnä siitä syystä, että hoitoajat ovat lyhentyneet ja hoitohenkilökunnalla jää kiireen vuoksi vähemmän aikaa potilaan suulliseen ohjaukseen. Kirjallisen potilasohjeen avulla potilaat pystyvät lisäämään tietoaan, säilyttämään saamansa tiedon, palauttamaan asian mieleensä sekä selvittämään mahdollisia väärinymmärryksiä. Sen avulla myös omaiset ja muu hoitohenkilöstö ovat tietoisia potilaalle annetuista ohjeista. Kirjallinen ohjausmateriaali on vaikuttava ja taloudellinen menetelmä silloin, kun se tukee suullista ohjausta, mutta ei korvaa tätä. (Kääriäinen 2007, 35; Torkkola ym. 2002, 7.)

Kirjallinen potilasohje on myös hyvänä tukena kun potilas saa kotiinsa kutsun toimenpiteeseen ja hänen valmistautuessa siihen. Se myös auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. Kirjallisena annetut ohjeet parantavat potilaiden itsehoitovalmiuksia. (Lipponen ym. 2006, 66–67; Torkkola ym. 2002, 24, 31.)

Hyvässä ohjeessa asiat on laitettu järjestykseen, tärkeät asiat ohjeen alkuun ja vähemmän tärkeät loppuun. Teksti voidaan jakaa myös aihepiireittäin, esimerkiksi virtsatieinfektioon liittyvä potilasohje: oireet, diagnosointi ja hoito. Neuvot ja ohjeet pitää aina perustella, jotta potilas ymmärtää niiden tärkeyden ja noudattaa niitä. Otsikointi ja kappalejaot rytmittävät tekstiä ja auttavat potilasta löytämään jonkin tietyn asian tekstistä nopeasti. Lääketieteellisiä termejä ja vierasperäisiä sanoja pitäisi käyttää vain yhdessä suomenkielisten sanojen kanssa, jotta potilas ei joutuisi arvailemaan niiden oikeaan merkitystä. (Hyvärinen 2005, 1769–1773.)

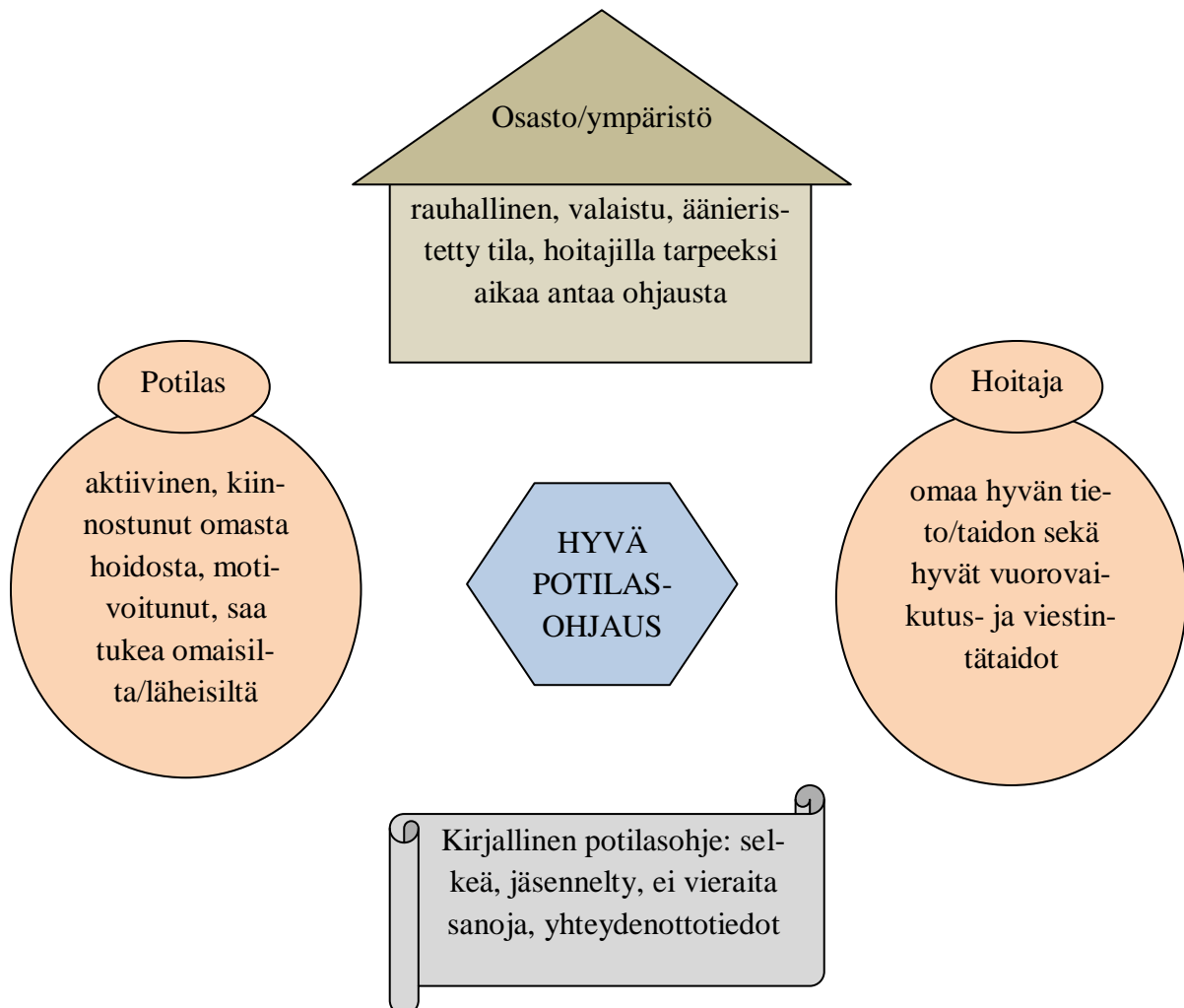
Olennaista kirjallisessa ohjeistuksessa on ohjeiden oikeellisuus ja miten asiat niissä kerrotaan. Kirjalliset potilasohjeet on usein kirjoitettu liian vaikeaselkoisesti ja vaativat aikaisempaa tietämystä asiasta. Ohjeet yleensä sisältävät asianmukaista tietoa, mutta usein niistä voi puuttua jotain potilaan kannalta olennaista tietoa. Hoitajien laadittaessa

kirjallisia ohjeita, olisi hyvä luetuttaa ne henkilöllä, joka ei ole hoitoalalla. Potilasohje on selkeä ja ymmärrettävä vasta silloin, kun potilas on ymmärtänyt ohjeen. (Lipponen ym. 2006, 66–67, 70; Torkkola ym. 2002, 34–35.)

Kyngäksen ym. (2007, 73) mukaan on arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Tämä osoittaa, että ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä.

Alla olevaan kuvioon (kuvio 2) olen koonnut tiivistetysti tekijät joilla saadaan aikaan hyvä potilasohjaus. Se vaatii potilaan voimavaroja, hoitajan ammattitaitoa sekä asianmukaista tilaa. Kirjallinen ohje toimii puheen tukena ja potilaan muistilappuna.

KUVIO 2. Hyvään potilasohjaukseen liittyvät tekijät



3.2 Potilaan kotiuttaminen

Kotiutuminen sairaalasta vaatii yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä sujuvaa kommunikointia eri ammattihenkilöiden välillä. Onnistunut kotiutuminen yli alue- ja palvelurajojen toimii vain hyvällä suunnittelulla ja yhteistyöllä. (Keskinen 2008, 5.) Potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistaminen avohoitoon on tärkeää, sairaalassaoloajat ovat lyhyitä ja monissa tapauksissa potilas kykenee vasta pitkän ajan kuluttua käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä uusia haasteita. (Lipponen ym. 2006, 15.)

Potilaan kotiuttaminen edellyttää potilaan toimintakyvyn, voimavarojen ja eri vaihtoehtojen huolellista arviointia. Kotiutumista valmisteleva hoitaja tarvitsee laaja-alaisesti tietoa potilaan elämästä. Kotiutumista varten tehdään suunnitelma, jossa määritellään potilaan kotiutumisvalmius, kotiutumisajankohta sekä ennen kotiutumista tarvittava ohjaus. Myös potilaan mahdollisesti tarvitsemat apuvälineet, kodin muutostyöt sekä kotona tarvittavat palvelut tulee suunnitella ja toteuttaa etukäteen. (Keskinen 2008, 7-8.)

Osana turvallista ja laadukasta kotiutumista on potilaan mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä takaisin sairaalaan tai vaihtoehtoisesti omalääkäriin tai kotihoitoon. Potilaan turvallisuuden tunnetta riittää usein lisäämään pelkkä tieto siitä, mihin voi ottaa yhteyttä, jos kotona ilmenee ongelmia. Erityisen laadukasta potilaslähtöistä kotiuttamista olisi tehdä potilaan vointia kartoittava puhelinyhteydenotto jonkin ajan päästä kotiutumisesta. (Keskinen 2008, 11.)

Potilasohjauksen painoalueita kotiutuksessa ovat sairauden hoidon ja elintapojen selvittäminen, selviytyminen ja avun tarve kotona sekä jatkohoito ja mahdollisten kontrolliaikojen ja niiden yhteystietojen antaminen. Potilaalle ja omaisille on hyvä kertoa vertaistuen mahdollisuuksista ja yhteystiedoista. Potilaan kotiinlähtötilanteessa on selvitettävä kaikki epäselvät asiat, jotta ne eivät jää askarruttamaan potilasta ja mahdollisesti johda väärinkäsityksiin hoidosta, jolla voisi olla suurtakin haittaa potilaalle. (Lipponen ym. 2006, 15.)

Jo sairaalaan tulovaiheessa tulisi tunnistaa ne potilaat, joiden kotiutuminen hoidon jälkeen saattaa tulla olemaan haasteellista sekä ne, joilla on ennakoitavissa ongelmia kotona selviytymisessä. Riskikotiutuja on esimerkiksi dementiaa sairastava potilas tai pit-

kään tai toistuvasti sairaalahoidossa ollut potilas. Väestön ikääntyminen antaa haasteita myös potilaiden kotiuttamiseen. Monet potilaat tulevat tarvitsemaan kotona kotihoidon apua pärjätäkseen. Jos potilas tarvitsee kotihoidon palveluja, kotihoidon henkilöstön on tiedettävä potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa. Tiedottaminen on yksilövastuuisen hoitotyön myötä enenevässä määrin siirtynyt sairaalassa omahoitajien vastuulle. Sanallisen tiedon lisäksi kirjallisen informaation välittäminen jatkohoidosta vastaaville on hoidon jatkuvuuden ja saumattomuuden kannalta tärkeää. Keskeisenä yhteistyön välineenä toimivat potilaan hoito- ja palvelusuunnitelma sekä hoitotyön lähete. Myös kotiutumispalavereita pidetään tärkeinä. (Keskinen 2008, 7-8.)

Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus edesauttavat sujuvaa ja onnistunutta ohjausta ja kotiutusta. Omahoitaja vastaa vuoronsa aikana kaikista potilaan asioista, hoitotoimenpiteistä, lääkärinkierrosta ynnä muusta. Näin hoitaja tutustuu potilaaseen kokonaisvaltaisesti, ymmärtää hänen tilanteensa ja osaa antaa hänen tarpeilleen sopivaa hoitoa. Omahoitaja luo turvallisuuden tunnetta potilaaseen ja hänen on helpompi keskustella tutun hoitajan kanssa asioistaan. Kotiutuminen onnistuu yleensä paremmin, kun hänet kotiuttaa hoitaja, joka valmistellut kotiutusta potilaan kanssa, antanut ohjausta, hoitanut tarvittavat kotiavut ja mahdolliset tulevat kontrollikäynnit. (Iivanainen ym. 1998, 28–31; Keskinen 2008, 24–25; Lehtonen 2010, 9–10.)

Kotiutuessaan potilaalla tulisi olla tiedot sairaudesta, toipumisesta, tarvittavasta levosta ja liikunnasta, lääkkeistä, kivun hoidosta sekä kotona mahdollisesti esiin tulevista asioista. Pelkästään suulliset jatkohoito-ohjeet ovat riittämättömät, tarvitaan myös kirjallisia ohjeita esim. lääkityksestä ja siitä, mitä voi itse tehdä kuntoutumisensa eteen. (Keskinen 2008, 20–21; Lehtonen 2010, 6–7.) Lassilan ja Pason (2007, 17) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan kirurgiset potilaat pitivät tärkeimpänä tietää komplikaatioista, oireista, lääkityksestä, jokapäiväisestä hoidosta ja kotona selviytymisestä. Tieto komplikaatioista ja riskeistä ei lisää potilaiden ahdistusta vaan erilaisten ikävienkin vaihtoehtojen tiedostaminen koetaan enimmäkseen rauhoittavana. (Lassila & Paso 2007, 12.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (2009) on tehnyt muistilistan hyvän kotiuttamisen kriteereistä. Potilaan kanssa tulee selvittää hänen näkemyksensä sairaudesta tai tehdystä leikkauksesta ja kartoittaa muidenkin vaikuttavien tekijöiden vaikutus hänen elämäänsä. Kotiutussuunnitelma tulee aloittaa viimeistään ensimmäisenä hoito-päivänä ja arvio kotiutuspäivämäärästä tulee antaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa poti-

laalle, hänen läheisille ja vastaanottavalle taholle. Omaiset on hyvä ottaa mukaan jo alkuvaiheessa, jotta he voivat tukea potilaan kuntoutumista. Kotihoidon-ohjaus tulee aloittaa jo kotiutumista edeltävänä päivänä, jotta potilas ehtii kysytellä asioita ja kysyä mieleen tulevat kysymykset. Potilaalle tulee antaa selkeät hoito-ohjeet, mieluiten useilla eri menetelmillä; suullisesti, kirjallisesti, demonstroimalla, sähköisesti ym. Potilaan apuvälineiden tarve, kodinmuutostöiden, tukipalveluiden ja jatkokuntoutus tarpeet tulee arvioida ja toteuttaa ennen kotiutusta. Kontrolliaika tai seuranta-arvio jatkohoitopaikkaan tulee selvittää potilaalle. Hänelle tulee myös antaa kaikki tarvittavat dokumentit, kuten loppulausunto, päivitetty lääkelista ja reseptit, tarvittavat todistukset sekä jatkohoitopaikalle jatkohoito- ja kuntoutusohjeet.

Onnistuneen kotiutumisen tulostekijöiksi on kuvattu potilaan kannalta: tyytyväisyys, hoitotyön tarpeiden tyydyttyminen ja maksimaalisen toipumisen mahdollistaminen. Sairaalan kannalta tekijät ovat sairaalapaikkojen ja voimavarojen mielekäs käyttö sekä sairaalajaksojen lyheneminen. Hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeä tekijä on avohoidossa työskentelevien tietoisuus siitä, mitä potilas heiltä tarvitsee. (Keskinen 2008, 5-6.)

Hendersonin ja Zerniken (2001) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat, jotka eivät saa (tarpeeksi) hoito-ohjeita kotiutuksen yhteydessä, ottavat useimmin yhteyttä hoitopaikkaan. Hoito-ohjeita annetaan yleensä hyvin haavanhoitoon, joka on kaikkien nähtävillä, mutta kivunhoitoon, jonka vain potilas tuntee, ei anneta niin hyvää ohjausta. Hoitajan täytyy varmistaa, että potilas on ymmärtänyt kaiken ja antaa potilaalle aikaa esittää kysymyksiä. Vaikka nykyaikana jokainen voi etsiä internetistä kaikenlaista tietoa ja leikkaukset ovat vähemmän invasiivisia, hoitajien täytyy silti muistaa antaa potilaille ohjausta ja kertoa tulevasta toimenpiteestä. Hyvät kirjalliset potilasohjeet vähentävät yhteydenottoja 1-2 viikon päästä kotiutumisesta, koska potilaat voivat epävarmuuden hetkellä tukeutua niihin ja palauttaa mieleensä annettuja ohjeita. (Henderson & Zernike 2001, 435–441.)

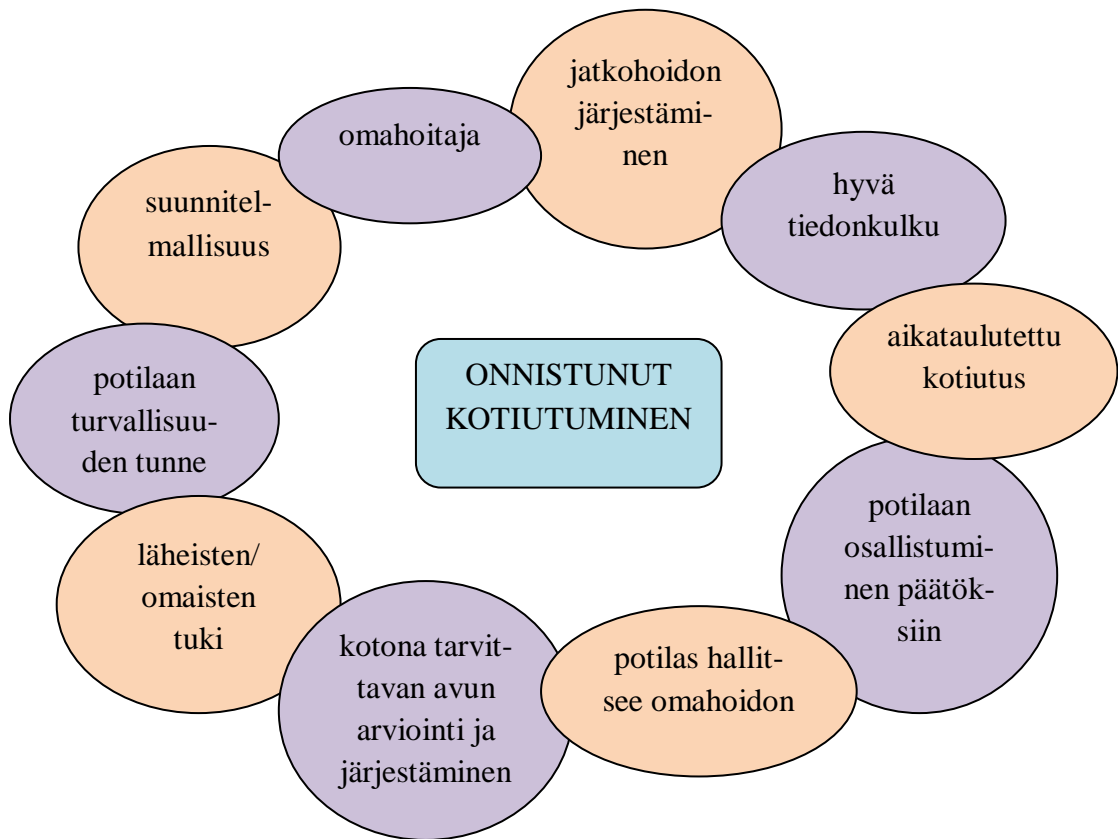
Kotiutuminen epäonnistuu useimmiten tiedonkulun ja yhteistyön puutteeseen. Jos potilas kotiutetaan liian huonokuntoisena tai kotona ei ole kuntoon nähden riittävästi apua, potilas voi joutua palaamaan osastolle tai terveyskeskukseen. Myös potilaan epävarmuus omasta selviytymisestä, yksinäisyys tai turvattomuuden tunne haittaavat kotiutusta. Erityisesti ensimmäiset päivät ja yöt sekä ensimmäinen viikko ovat kriittisintä aikaa. Keskinen (2008) mukaan, useat tutkimukset osoittavat potilaiden kokevan saaneensa

kotiutumiseensa, sairauteensa ja sen hoitoon sekä lääkitykseen liittyen liian vähän tietoa ja keskustelumahdollisuuksia. Potilaiden mielestä heillä ei ollut mahdollisuuksia osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon eikä heidän mielipiteidensä huomioitu tarpeeksi. Potilaat, omaiset ja jatkohoidosta vastaava taho olivat usein tyytymättömiä, jos kotiutumisasajankohta ilmoitettiin liian myöhään, tämä ei luo hyvää pohjaa onnistuneelle kotiutumiselle. (Keskinen 2008, 13–14.)

Keskisen (2008) tekemässä tutkimuksessa kuvataan hyvän kotiutumisen edellytyksiä. Hänen mukaansa hyvä kotiutuminen edellyttää hyvää tiedonkulkua ja yhteistyötä. Oleellista yhteistyössä olisi saada aikaan yhteiset näkemykset ja tavoitteet. Omaisiin tulisi luoda mahdollisimman pian aktiivisesti kontaktia. Säännölliset hoitokokoukset ovat tärkeitä ja kotihoidon toivottiin osallistuvan aktiivisesti niihin. Toimintakyvyn kokonaisvaltainen ja moniammatillinen arviointi sekä potilaan ja omaisten hyvä ohjaus, riittävä tieto sairaudesta, sen kulusta, jatkohoito-ohjeista, lääkkeistä ja liikkumisesta vaikuttavat Keskinen mukaan hyvään kotiutumiseen. Tärkeää on myös tieto, mihin taahan potilas ja omaiset voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä ja mistä saa apua. Kotona tarvittavien apujen selvittäminen ja järjestäminen valmiiksi ennen kotiutumista on tärkeää. (Keskinen 2008, 25–27.)

Seuraavalla sivulla olevaan kuvioon (kuvio 3) olen koonnut tekijät, joilla potilaan kotiutuminen on sujuvaa. Tärkeää on, että potilas on saanut ohjausta ja tuntee kotiin menon turvalliseksi. Potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan, yhteistyön sujuminen tuo potilaallekin luottamuksen tunteen hoitopaikkoja kohtaan. Kotiutuspäivä pitäisi sopia hyvissä ajoin, jotta potilas voi valmistautua siihen ja hänelle voidaan järjestää tarvittavat avut ja apuvälineet.

KUVIO 3. Onnistuneen kotiutumisen edellytykset



4 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Tästä syystä valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän omaan työhöni. Tarkoituksena on kertoa mistä asioista kotiutuneet potilaat soittavat osastolle ja pohtia niille syitä sekä esittää kehittämissuhteita yhteydenottojen vähentämiseksi. On kuitenkin muistettava, että tutkimusta tehdessä todellisuutta ei voi pirstoa oman mielen mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen tapahtumat vaikuttavat samanaikaisesti toinen toisiinsa ja on mahdollista löytää niistä monensuuntaisia suhteita. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.)

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti ja kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan ihmisiä tiedon keruun lähteenä ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Omassa tutkimuksessa kohdejoukkona toimivat hoitajien merkinnät, joihin on kelpuutettu kyseiseltä osastolta kotiutuneiden potilaiden puhelinyhteydenottojen aiheet. (Eskola & Suoranta 1999, 18; Hirsjärvi ym. 2009, 161, 164.)

Laadullista tutkimusmenetelmää kuvataan ymmärtämistä ja tulkintaa korostavana menetelmänä. Suomalaisissa laadullisen tutkimuksen oppaissa tutkimusta kuvataan sanoilla kvalitatiivinen, ihmistieteellinen, pehmeä, ymmärtävä ja tulkinnallinen tutkimus. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 9, 23, 27.) Kvalitatiivista tutkimusta tekevän tutkijan on tiedettävä joka vaiheessa mitä on tekemässä. Tämä kehoitus liittyy sekä tutkimuksen tekniseen toteutukseen että tutkijan eettiseen vireyteen, jokainen tutkimus sisältää omat eettiset ongelmansa. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 69.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineistoa voidaan kerätä monella tavalla (Vilka 2007, 100). Tutkimusaineistoksi soveltuvat esimerkiksi ihmisen puhe, kuva- ja tekstiaineistot, kirjoitelmat, aikakausi- ja ammattilehdet, esineet sekä arkistomateriaali. Mitä tahansa materiaalia käytettäessä, tulkinta muodostuu vasta, kun tutkija luokittelee tutkimusaineiston ja tulkitsee sen teoreettisen viitekehysten avulla. (Vilka 2007, 100, 131.)

4.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyöni aihe tuli työelämästä. Kyseessä olevalla osastolla oli jo pidemmän aikaa seurattu hoitohenkilökunnan toimesta mistä asioista potilaat soittavat kotiututtuaan. Osaston käsityksen mukaan potilailta tulevat puhelut vievät suuren ajan hoitohenkilökunnan ajasta. Kartoittamalla puheluiden sisältöä oli tavoitteena saadun tiedon kautta parantaa hoitotyön ohjausta potilaiden kotiutuessa. Osastonhoitaja oli pyytänyt hoitajia kirjaamaan paperille kotiutuneilta potilailta tulleita soittoja ylös. Paperilla oli seuraava teksti:

”Mitä potilaat soittavat?”

”Kirjoita vapaamuotoisesti minkälaisia asioita potilaat puhelimessa kysyvät, mikä heillä on epäselvää ja mihin asia liittyy. Kiitos!”

He olivat kirjanneet paperille puhelinsoittoja 25.7.–22.8.2009 välisenä aikana. Työelämäpalaverin jälkeen pyysin heitä kirjaamaan potilaiden puheluita vielä 1.10.–5.12.2009 välisenä aikana, jotta saisin enemmän materiaalia työhöni. Pyysin osastonhoitajaa käyttämään samaa paperia kuin he olivat aikaisemminkin käyttäneet. Paperit sijaitsivat hoitajien kanslian pöydällä, johon oli helppo kirjata potilaalta tullut puhelu ylös. Hoitajat kirjoittivat paperille päivämäärän ja lyhyesti asian, jonka takia potilas oli soittanut.

4.2. Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä sekä tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä aineisto pyritään tiivistämään ja nostamaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Sen jälkeen voidaan vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa. (Eskola & Suoranta 1999, 138, 175–176.)

Ensimmäinen lähestyminen aineistoon kannattaa useimmiten tehdä tematisoinnin kautta. Teemoittelu on suositeltava aineiston analysointitapa jonkin käytännöllisen ongelman ratkaisemisessa. Usein kvalitatiivisen aineiston analysointi jätetään tematisoinnin nimissä tapahtuneeksi sitaattikokoelmaksi. Teemoittelun jälkeen aineisto voidaan tyypi-

tellä, jossa aineisto ryhmitellään etsimällä samankaltaisuuksia. Parhaimmillaan tyyppitely tiivistää ja kokoaa aineiston selkeiksi ryhmiksi. (Eskola & Suoranta 1999, 175–176, 179, 182.)

Kvalitatiiviseen aineistoon voi soveltaa myös kvantitatiivisia (numeraalisia) lukutapoja. Asetettuihin tutkimusongelmiin voidaan vastata kvantitatiivisten mittaustulosten avulla. Mittaus tapahtuu frekvenssi- tai volyymimittauksena eli lasketaan kuinka monta kertaa jostakin asiasta on kirjoitettu tai kuinka usein jotain termiä käytetty. (Eskola & Suoranta 1999, 13, 186.)

Omassa tutkimuksessani kirjattuja puheluita oli yhteensä 67, niistä 62 oli tullut kotiutuneilta potilailta. Lisäksi kaksi puhelua oli tullut jatkohoitopaikan hoitajalta, jotka liitin aineistooni, koska niissä oli kyse kotiutuneen potilaan asioista. Kolmea kirjattua puhelua en ottanut mukaan aineistooni, koska niissä ei ollut kyseessä kotiutuneen potilaan soitto. Joissakin puheluisa kyseltiin muutamaa eri asiaa samalla kertaa. Kun erittelin kaikkien puheluiden aiheet, niitä kertyi yhteensä 70 (=n).

Aloitin aineiston työstämisen kirjoittamalla taulukkoon pelkistetyn tekstin soittojen aiheista. Esimerkiksi haavanhoito-ohjeita potilaat olivat kyselleet 13 kertaa, joten kirjoitin sen taulukkoon vain kertaalleen ja lisäsin perään x13. Sen jälkeen aloin jaotellaan niitä yläluokkiin, joita aikoisin verrata keskenään ja kertoa mistä asioista kotiutuneet potilaat ottavat yhteyttä osastolle.

Opinnäytetyöni tekemisen aikana, olin ollut kyseessä olevalla osastolla harjoittelussa. Yläluokat muodostin miettimällä asioita, joita olin havainnut hoitajien käyvän läpi sekä mitä asioita kirjallisuudesta nousi esiin potilaan kotiutuksesta osastolta. Potilaalle annetaan lääkärin tekemät asiakirjat, todistukset ja epikriisi sekä reseptit, kerrotaan tulevasta jatkohoidosta ja laboratoriovastauksista. Hänelle annetaan ohjausta kivunhoitoon, haavanhoitoon, ohjeita liikkumisesta, suihkussa käymisestä ja saunomisesta sekä mahdollisista komplikaatioista ja mitä tehdä niitä epäiltäessä.

5 TULOKSET

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"B-todistus" x2	Lääkärin tekemät asiakirjat
"sairausloma asiaa" x3	
"todistus vakuutusyhtiötä varten"	
"sairauslomatodistus"	
"E-todistus"	
"lomake kuntoutumiseen"	
"epikriisi puuttuu"	
"saanut väärän potilaan lääkärinlausunnon"	
"todistusasiaa"	

Lääkärin tekemät asiakirjat

17 prosenttia eli 12 kotiutunutta potilasta kyseli lääkärin kirjoittamia papereita, kuten "B-todistus", "todistus vakuutusyhtiötä varten", "sairauslomatodistus", "E-todistus" ja "lomake kuntoutumiseen". Yhdessä tapauksessa potilas oli "saanut väärän potilaan lääkärinlausunnon" ja toisessa "epikriisi puuttuu" kokonaan. Hoitajat olivat kirjanneet potilaiden tiedusteluja myös termeillä "sairausloma asiaa" sekä "todistusasiaa".

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"kontrolliaika"	Jatkohoito
"aika polille/osastolle"	
"jatkokontrolliaika" x2	
"jälkitarkastusaika"	
"jälkinäyttö"	

Jatkohoito

Leikkauksen jälkeistä lääkärin tai hoitajan tapaamista voidaan kutsua monella eri nimellä. Yhdeksälle prosentille (n=6) potilaista jatkohoito oli epäselvää ja he kyselivät asiaa seuraavilla termeillä: "kontrolliaika", "aika polille/osastolle", "jatkokontrolliaika", "jälkitarkastusaika" sekä "jälkinäyttö".

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"jatkohoitoaikasta kysytty potilaan lääkitystä"	Lääkitys/reseptiasiat
"ab-kuurin jatko"	
"lääkeresepistä puuttuu määrävän lääkärin tiedot"	

Lääkitys/reseptiasiat

Kirjausten mukaan kolmessa tapauksessa kyseltiin lääkitykseen ja resepteihin liittyviä asioita, kuten ”*jatkohoitoaikasta kysytty potilaan lääkitystä*” ja ”*ab-kuurin jatko*”. Yhdessä tapauksessa ”*lääkeresepistä puuttuu määrävän lääkärin tiedot*”.

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"kipu" x2	Kivun hoito
"kipua - tarvitsee kipulääkeresepin"	
"repivää kipua"	
"leikkausalue kipeytynyt"	

Kivun hoito

Kotiutuneista potilaista seitsemää prosenttia (n=5) häytti jonkinlainen kipu. Kipua ilmaistiin seuraavilla tavoilla: ”*kipu*”, ”*kipua - tarvitsee kipulääkeresepin*”, ”*repivää kipua*” sekä ”*leikkausalue kipeytynyt*”.

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"laboratorio(ulosteviljely)vastausten kysely"	Laboratoriovastaukset
"bakteeriviljelyvastausten kysely" x2	

Laboratoriovastaukset

Kolme potilasta oli kyselty laboratoriovastaustensa perään. Kaksi heistä kysyi bakteeriviljelyn ja yksi ulosteviljelyn vastauksia.

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"operaation jälkeinen vaiva" x2	Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot
"hengenahdistusta"	
"dreenivuoto lisääntynyt"	
"leikkausalue turvoksissa"	
"punktion tarve" x3	
"nestekertymä" x2	
"leikkaushaavan alue kovettunut"	
"vatsa ei ole toiminut leikkauksen jälkeen"	

Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot

Usein kysyttynä aiheena, 17 prosenttia (n=12) kaikista puheluista, oli leikkauksen jälkeiset komplikaatiot. Potilaita huolettivat seuraavanlaiset asiat: "hengenahdistusta", "dreenivuoto lisääntynyt", "leikkausalue turvoksissa", "leikkaushaavan alue kovettunut" sekä "vatsa ei ole toiminut leikkauksen jälkeen". Aiheesta oli kirjattu myös seuraavilla tavoilla: "operaation jälkeinen vaiva", "punktion tarve" ja "nestekertymä".

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"liikkumisohjeita" x2	Yleiset hoito-ohjeet
"jumppaohjeita" x2	
"voiko mennä saunaan" x2	
"kipsi löystynyt"	
"lasta löystynyt"	
"lastan pidon aika"	

Yleiset hoito-ohjeet

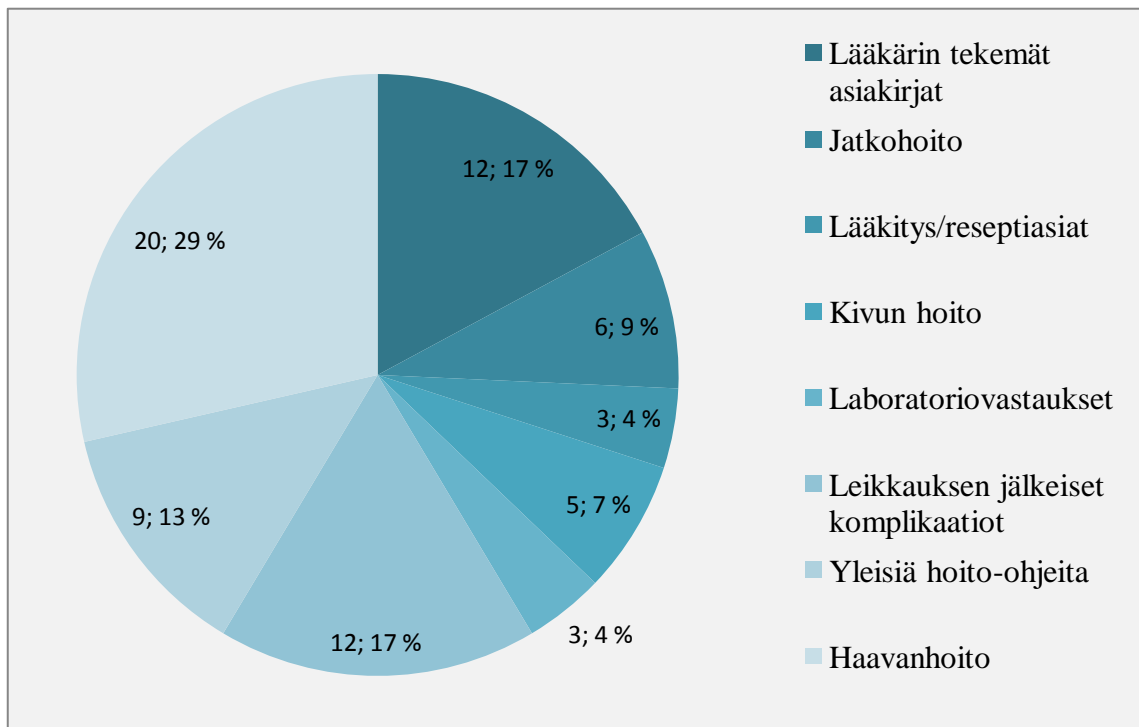
Neljälle kotiutuneelle potilaalle oli epäselvää liikkuminen ja jumpan harjoittaminen leikkauksen jälkeen. Kaksi potilasta tiedusteli saunomislupaa ja kolme potilasta kipsin ja lastan käyttöön liittyvistä asioista. Yleisiä hoito-ohjeita kyseli yhteensä 13 prosenttia (n=9) yhteydenoton tehneistä potilaista.

Puheluiden aiheet	Yläluokka
"haavanhoito-ohje" x13	Haavanhoito
"ompeleiden poistoaika"	
"ommel törröttää haavasta"	
"haava ongelma" x2	
"haavalta tihkuvuotoa"	
"haava infektoitunut"	
"haava märkii"	

Haavanhoito

Eniten potilaat kyselivät haavanhoitoon liittyviä asioita, melkein kolmasosa (=29 %) puheluista liittyi haavan hoitamiseen. Haavanhoidon ongelmia olivat muun muassa "ommel törröttää haavasta", "haavalta tihkuvuotoa" sekä "haava infektoitunut". Yksi potilas kysyi "ompeleiden poistoaikaa" ja 13 potilasta kyseli ohjeita haavansa hoitamiseen.

KUVIO 4. Yhteydenottojen aiheet



Yhteenvedon voidaan todeta, että tutkimukseni mukaan kotiutuneille potilaille epäselvää useimmiten on haavanhoitoon liittyvät asiat. Kuviosta neljä voidaan nähdä, että seuraavaksi useimmiten potilaat kaipaavat lääkärin tekemiä asiakirjoja sekä tietoa leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Lääkärin tekemät asiakirjat

Hoitajien tehtävänä on antaa tehdyt asiakirjat potilaalle. Joskus paperit lähetään potilaalle jälkeenpäin kotiin, jonka yleensä tekee osastonsihteerit. Hoitajan olisi hyvä kysyä potilaalta hänen elämäntilanteestaan ja sairauden tai vamman aiheuttamista seuraamuksista ja varmistaa, tarvitseeko hän sairaslomatoimistusta työnantajalleen tai vakuutusyhtiölle tai esimerkiksi lähetettävä kuntoutukseen. Näin potilaan ei tarvitsisi ottaa yhteyttä osastolle heti kotiututtuaan. Epikriisissä eli loppulausunnossa on usein latinankielisiä termejä ja kaikki potilaat eivät välttämättä niitä ymmärrä. Hoitajan olisi tulisi käydä teksti läpi potilaan kanssa, koska potilaalla on oikeus tietää, esimerkiksi mitä asioita leikkauksessa hänelle on tehty.

Jatkohoito

Lääkärin tarkastuksella tietyn ajan päästä voidaan arvioida leikkauksen ja hoidon onnistumista sekä mahdollisten jatkotoimenpiteiden toteutusta. Aika voidaan antaa jo potilaan kotiutuessa, mutta joskus annetaan tietty aikaväli, johon mennessä tarkastus yritetään järjestää. Joskus potilas voi joutua kyselemään sitä osastolta. Jonoasioita hoitaa yleensä tietty hoitaja, jolle on oma puhelinnumerosa. Numero voisi olla helposti potilaiden löydettäessä, jotta he eivät joutuisi soittamaan osastolle kysellessään omaa kontrolliaikaansa. Se vie niin hoitajien aikaa kuin potilaankin, joka joutuu soittamaan useaan paikkaan selvittäessään asiaansa.

Lääkitys/reseptiasiat

Potilaan siirtyessä toiselle osastolle, lääkekortin päivittäminen on tärkeää hoidonjatkuvuuden turvaamiseksi. Lääkityksestä tulee kertoa potilaalle ohjauksen yhteydessä. Hänen tulee tietää mitä lääkettä, esimerkiksi antibioottia käytetään, kuinka kauan ja montako kertaa päivässä. Vaikka apteekin henkilökunta on lääkkeiden varsinaisia asiantuntijoita, myös hoitajien tulee osata neuvoa potilasta lääkitykseen liittyvissä asioissa.

Kivun hoito

Kivun hoito on tärkeä kirurgisen potilaan hoidon osa-alue, koska kipu haittaa parantumista ja liikkumista. Se voi vaikuttaa potilaan mielialaan ja ammatilliseen luottamukseen hoitajiin sekä lääkäriin. Kipu voi yltyä, jos potilas esimerkiksi kolauttaa leikkauskohdan johonkin tai tekee vääränlaisen liikkeen. Kivun kokeminen on kovin yksilöllistä. Potilaalle pitää kertoa, että kivusta ei ole tarkoitus kärsiä, vaan sitä voidaan hoitaa. Potilaalle tulee antaa selkeät tiedot siitä, mitä ja kuinka paljon kipulääkkeitä hän voi ottaa ja mitä muita keinoja kivun lievittämiselle on. On myös hyvä kertoa, mitä tehdä jos kipu yltyy tai jatkuu pitkään.

Laboratoriovastaukset

Otetuista laboratorionäytteistä tulee kertoa myös potilaalle. Bakteriviljelynäytteiden tulkitseminen ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtyminen on aina tarpeellista. Verikokeiden ja muiden laboratoriovastausten tulkitseminen vaatii lukijalta jonkinlaista asian kokemusta. Tulokset tulisi aina tulkita potilaalle niin, että hän ymmärtää niiden merkityksen.

Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot

Tutkimuksessa esiin nousseet asiat ovat hyvin tavallisia leikkauksen jälkeisiä ongelmia. Leikkausalue voi turvota tai nestettä kerääntyä tiettyyn paikkaan, jolloin nestettä saateen joutua punktoimaan. Leikkauksen ja toipumisen takia potilas voi joutua makamaan sängyssä muutaman päivän ja siitä voi seurata ummetusta ja vatsan toimimattomuutta. Dreenien käyttö kotona vaatii potilaalta sorminäppäryyttä ja eritteen määrän tarkkaa seurantaa. Joskus potilaat saattavat laiminlyödä jälkihoidon, jolloin komplikaation riski kasvaa. Siinä saattaa olla syynä puutteellinen ohjaus, asian tärkeyttä ei ole painotettu tarpeeksi tai potilas on unohtanut sen. Kirjallisista ohjeista potilas voisi tarkistaa, minkälaisista oireista hänen tulee ottaa yhteyttä osastolle ja minkälaiset kuuluvat normaaliin kuntoutumiseen ja paranemiseen.

Yleisiä hoito-ohjeita

Usealle suomalaiselle saunominen on tärkeä asia. Tilanteissa, joissa saunominen on kielletty tietyn aikaa, tulisi asiaa painottaa potilaalle. Myös erilaiset liikkumis- ja jumppausohjeet ovat tärkeitä. Potilaalle tehty leikkaus voi olla pieni, mutta vaikuttaa hänen liikkumiseensa merkittäväällä tavalla. Jos ohjeita ei anneta, potilas voi välttää liikkumista tai tehdä sen väärällä tavalla, jolloin se voi vaarantaa hänen toipumista. Jumppaus ja

liikunta voi usein vähentää kipua ja turvotusta sekä edistää parantumista ja esimerkiksi ylläpitää raajan liikeratoja. Tässäkin kohdassa kirjalliset ohjeet ovat tärkeitä. Potilas voi niistä kerrata mitkä asiat ovat sallittuja ja mitkä eivät. Lasta ja kipsi pitävät raajan osan liikkumattomana ja auttavat sitä paranemaan. Niiden tulee olla hyvin istuvia, jotta ne ovat toimivia. Joissain tapauksissa, kun leikkauksesta kuluu aikaa ja turvotus vähenee, kipsi tai lasta voi löystyä. Silloin on tärkeää, että sitä kiristetään. Potilaalle tulee kertoa tästä mahdollisuudesta ja kuinka hänen tulee toimia.

Haavanhoito

Haavan hoito voi olla potilaalle vaikeaa, jos hän ei esimerkiksi kestä nähdä verta. Leikkaushaava voi alkaa vuotamaan tai tulehtua kotiutumisen jälkeen. Haavanhoitoon saatetaan liittyä ompeleita tai hakasia ja erilaisia haavanhoitotuotteita, kuten rasvalappuja, geelejä, harsotaitoksia tai teippejä. Potilas voi olla hämmentynyt eri tuotenimistä ja niiden ominaisuuksista. Potilaalle olisi hyvä kertoa, että kotiuduttuaan hän joutuu usein itse hankkimaan tuotteet ja maksamaan ne. Jotkin tuotteet ovat kovin arvokkaita ja siitä tulisi mainita potilaalle, jotta se ei tule yllätyksenä hänelle. Jossain tapauksissa tietty tuote saattaa olla hankkimatta, koska potilas kokee, ettei hänellä ole siihen varaa. Selvitäkseen haavanhoidosta hyvin, potilas tarvitsee perusteellisen ohjauksen ja kirjallisen ohjeen, jossa kerrotaan haavanhoidosta ja -tuotteista eri paranemisvaiheissa. Ohjeessa tulee myös kertoa muun muassa, saako haavaa kastella sekä miten tarkkailla haavaa tulehduksen kannalta.

6.2 Vertailua muihin tutkimuksiin

Lipposen ym. (2006, 1) mukaan, potilaiden ohjausta on tutkittu suhteellisen paljon. Saatua tietoa on hajanaista eikä anna selkeää kuvaa ohjaukseen liittyvistä ongelmista, sen vaikutuksista ja ohjauksen laadusta. Potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan käsitysten selvittäminen ohjauksesta on tärkeää, koska monissa tutkimuksissa on todettu, että heidän käsityksensä ohjauksesta poikkeavat toisistaan.

Lassilan ja Pason (2007) tekemän tutkimuksen mukaan, kirurgiset potilaat halusivat enemmän tietoa komplikaatioista, riskeistä, oireista, tehdystä toimenpiteestä ja itsehoitosta. He halusivat näitä tietoja jo hoidon alkuvaiheessa. Potilasohjauksen toivottiin olevan enemmän yksilöllisempää ja henkilökohtaisempaa. Kirurgiset potilaat tarvitsevat

tietoa siitä, miten kaikki päivittäiset toiminnot suoritetaan heti leikkauksen jälkeen. (Lassila & Paso 2007, 16–19.)

Palokosken (2007) tekemän tutkimuksen perusteella kotiutunut kirurginen potilas tietää hyvin peseytymiseen liittyvistä asioista, kotona käytettävistä lääkkeistä sekä mihin ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Leikkaushaavan hoito ja liikunnan harrastaminen olivat myös hyvin hallussa. Haavanhoidon tarkkailusta ja hoitoon mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista potilaat tiesivät vähiten. Usealla potilaalla oli ollut kipua, joka oli häntä tannut hänen joka päivästä elämää. Kotiutuneiden potilaiden yhteydenottojen aiheina yleisimmin olivat kipuun ja haavanhoitoon liittyvät asiat. Muita syitä oli ollut ”nilkkaturvotus”, ”tromboflebiitti”, ”virtsatietulehdus”, ”sairasloman pituus liian lyhyt”, ”lääkintävoimistelijan ohjeista” ja ”laboratoriokokeista kysyttävää”. (Palokoski 2007, 42–46.)

Lassila & Paso (2007) ja Palokoski (2007) ovat tutkineet potilaiden kokemuksia saamansa ohjauksen riittävydestä ja kotona selviytymisestä kotiutumisen jälkeen. Tutkimusten tulokset ovat samankaltaisia kuin tämän opinnäytetyön tulokset. Kirurgiset potilaat kaipaavat tarkkaa tietoa haavanhoidosta, komplikaatioista, liikkumisesta sekä itsehoitosta. Jos kotiutunut potilas ottaa yhteyttä osastolle, syynä useimmiten on epätietoisuus haavanhoidosta tai epäily komplikaatiosta. Mielestäni tärkeää on myös hoitajien vahvuuksien ja heikkouksien määrittäminen ohjauksen antamisesta ja potilaiden kotiuttamisesta. Lehtonen (2010) on tehnyt tutkimukset potilaan kotiuttamisesta hoitajien näkökulmasta ja Väärälä (2010) potilasohjauksesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. He tuovat esille merkille pantavia asioita, joita hoitoalan ammattilaiset voivat työssään kehittää.

Lehtosen (2010, 22–30) tutkimuksessa hoitajat kokivat potilaan kotiuttamisen kokonaisvaltaiseksi hoitotyön koordinoimiseksi. Tutkimuksen mukaan onnistunut kotiutuminen vaatii kotitilanteen ja kotona selviytymisen kartoitusta. Yksilövastuinen hoitotyö, kotiuttamisen suunnittelu ja ilmoittaminen kotihoitoon tukevat onnistunutta kotiuttamista. Hoitajat kaipasivat yhtenäisiä toimintaohjeita ja yhteistyön kehittämistä kotipalvelun kanssa. Hoitohenkilökunnan mielestä kotiutuksen toteuttamiselle tulisi olla enemmän aikaa ja kirjaamista pitäisi kehittää johdonmukaisemmaksi.

Väärälä (2010, 4) kertoo, että ohjauksen heikkoudet liittyvät hoitohenkilökunnan mukaan työjärjestelyihin, ajan ja henkilökunnan puutteeseen, kirjallisiin ohjeisiin sekä potilaiden kysymyksiin. Ongelmana pidetään myös sitä, että ohjauksen käytännöt ja ohjauksen sisällöt vaihtelevat eri yksiköissä ja eri ammattihenkilöiden ohjauksessa. Keskeisenä kehittämishaasteena pidetään sopimista yhtenäisistä, koko henkilökuntaa koskettavista toimintaohjeista. Ohjauksen yhdeksi epäkohdaksi nähdään myös puutteellinen kirjaaminen, josta pitäisikin hoitajien mukaan tulla vakiintunut käytäntö. Lyhyet hoitoajat vaikuttavat ohjauksen ongelmallisuuteen, koska potilaat eivät ehdi oppia lyhyessä ja tiiviissä jaksossa ohjattuja asioita.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Koska aihe tuli osastolta ja he olivat jo keränneet aineistoa ennen kuin edes valitsin aiheen, en itse varsinaisesti osallistunut aineiston keruun ollenkaan. Työn hitaan etenemisen takia, hain tutkimusluvan vasta tammikuussa 2011. Tämä toki vaikuttaa työn eettisyyteen, mutta toisaalta tutkimusaineisto oli jo kerättyä ja työn teoriaosuus alkoi edetä vasta loppuvuodesta 2010 ja silloin luvan hakeminenkin tuli aiheellista.

Opinnäytetyölupa päätöksen mukaan, työssä ei saisi näkyä potilaiden henkilöllisyys. Tämän olen huomionut aineistoa käsiteltäessä niin, että kerron vain yhteydenoton syyn, enkä sen taustoja, esimerkiksi minkälaisessa leikkauksessa potilas on ollut. Koska työssäni saisi mainita yhteistyökumppani vain Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, päätin että kirjoitan opinnäytteeseen tulevat otteet puheluiden aiheista niin, ettei niistä pystyisi päättelemään, minkä alan kirurgisesta osastosta on kyse. Jotkin hoitajat olivat kirjanneet papereihin myös omat nimikirjaimet, mutta niitä en aio käyttää työssäni millään lailla, koska ne eivät ole oleellista tietoa.

Hoitajien käsialat olivat paikoin vaikeasti luettavia ja aivan kaikista ei tullut täysin varmasti selville, että kyseessä oli juuri osastolta kotiutuneen potilaan yhteydenotto. Otin kuitenkin kaikki aineistooni mukaan, koska osastolla mietittiin, minkälaisiin potilailta tulleiden puheluiden selvittelyyn hoitajien aikaa kuluu. Työharjoittelukokemukseni kyseessä olevalla osastolla auttoi tulkitsemaan kirjattuja puheluita. Kaikki ajanjakson puhelut eivät välttämättä tulleet kirjattua, koska hoitajat eivät aina työntouhussa muista

kirjata puheluita paperille. Aineistoa on kuitenkin sen verran, että tulokset ovat mielestäni suuntaa antavia.

Kirjallisuutta pyrin hakemaan mahdollisimman laajasti eri lähteistä, oppikirjoja, tutkimustietoa ja artikkeleita. Lähes kaikki materiaalini, kahta lukuun ottamatta, on 2000-luvulta. Otin käyttöön myös ulkomailla tehtyjä tutkimuksia, yhden Ruotsista ja yhden Australiasta, molemmat artikkelit oli kirjoitettu englanniksi. Lukiessani kirjallisuutta, pyrin käyttämään kriittistä näkökantaa ja miettimään aina, onko tämä kirjoitettu potilaan vai hoitajan näkökulmasta. Useissa kappaleissa on useita lähdeviitteitä, mikä viittaa siihen, että tieto on tärkeää ja useat kirjoittajat ovat asiasta samaa mieltä.

6.4 Pohdintaa opinnäytetyön tekemisestä

Aiheen valinta oli helppo ja se tuntui heti alkuun mielenkiintoiselta. Olen ollut töissä ja työharjoitteluissa monilla osastoilla ja olen usein nähnyt puutteita ohjauksen antamisessa sekä potilaiden kotiuttamisessa. Osastoilla harvoin on sellaisia tiloja, johon hoitaja voi mennä potilaan kanssa keskustelemaan. Usein potilaan asioista puhutaan potilashuoneessa, missä voi olla samaan aikaan useita muitakin potilaita ja heidän omaisiinsa. Ohuet verhot antavat hieman näkösuojaa, mutta eivät lainkaan yksityisyyden suojaa, kun saatetaan keskustella hyvin arkaluontoisistakin asioista. On hyvä muistaa, että sellaisessa tilanteessa potilas ei välttämättä uskalla kysyä kaikkea askarruttavia asioita, mikä voisi olla hyvinkin tarpeellista hoidon onnistumisen kannalta.

Omien kokemusteni perusteella potilaat saattavat saada kovin erilaisia hoito-ohjeita eri hoitajilta, lääkäreiltä, fysioterapeuteilta sekä muilta hänen hoitoonsa osallistuvilta hoitotyöntekijöiltä. Eriävät hoito-ohjeet vähentävät potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaan ja antavat sekavan vaikuteltaman hoidosta. Potilaan hoito saattaa merkittävästi heiketä, jos hänellä ei ole selkeitä omahoito-ohjeita. Osastoilla on usein kiirettä ja ohjaus saatetaan toteuttaa käytävällä, oven suussa tai muuten vaan hätäisesti. Osastoilla tulisi olla riittävästi henkilökuntaa, jotta potilaan hoito kokonaisuudessa voitaisiin toteuttaa hyvin.

Olen ollut kyseessä olevalla kirurgisella osastolla työharjoittelussa opinnäytetyöni tekemisen aikana. Vaikka en tässä työssä osastosta suoranaisesti kerrokaan uskon, että

pystyin tuomaan työhöni selkeyttä ja saamaan työni sisällön vastaamaan osaston toiveita, koska tunnen osaston ja sen niin sanotun potilasmateriaalin.

Työelämäpalaverin (lokakuussa 2009) jälkeen opinnäytetyön aikataulu ja suunnitelma tuntuivat selkeältä. Työn tekeminen alkuun oli kuitenkin hidasta ja hankalaa. Tein työtä yksin ja en heti saanut itsestäni irti, että olisin perehtynyt opinnäytetyön tekemiseen kunnolla. Kirjallisuuteen tutustuminen ja aihealueen rajaaminen viivästyivät ja pian tajusin, että työn valmistuminen viivästyy ennalta sovitusta. Tuntui myös, että opiskelun muut kiireet juuri sillä hetkellä, kun olisi pitänyt aloittaa opinnäytetyön kirjoittaminen, vaikeuttivat keskittymistäni.

Vasta kesän 2010 jälkeen aloin toden teolla tekemään opinnäytetyötä ja se edistyi nopeasti. Keväällä 2011 minulla oli opiskelusta jäljellä enää muutama koe sekä opinnäytetyö, joten ehdin paneutua tähän paremmin. Otin yhteyttä osaston yhteyshenkilöön ja keskustelimme millaisen työn esittelyn hän haluaisi. Opponenttien puuttuminen varsinaisessa työn tekemisvaiheessa hieman harmitti, koska olisin mielelläni ottanut kommentteja vastaan tekemistäni valinnoistani työn suhteen. Tukeuduin kuitenkin ohjaavaan opettajaan sekä muutamiin läheisiini, jotka saivat lukea työtäni kyllästymiseen asti.

Tutkimusmenetelmän valintaa mietin pitkään ja vasta siinä vaiheessa, kun aloin purkamaan ja avaamaan tuloksia, valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän. Kun sain opinnäytetyöni tekemisen hyvään vauhtiin, se sujui luontevasti ja nopeasti. En ole aikaisemmin tehnyt näin mittavaa kirjallista työtä, joten se luultavasti vaikutti valmistumisen viivästymiseen sekä työn lopputulokseen. Mielestäni kuitenkin opin työn tekemisestä paljon. Tiedonhaku ja kirjallisuuteen tutustuminen käy nykyään helpommin ja nopeammin. Osaan paremmin löytää tekstistä oleelliset asiat ja katsoa sitä myös kriittisellä silmällä. Olen työssäni jo paljon antanut ohjausta ja kotiuttanut potilaita, mutta opinnäytetyön tekemisen myötä olen syventänyt omaa tietämystäni ja osaamistani sekä potilasohjauksesta että potilaan kotiuttamisesta.

6.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitohenkilökunnan työn kehittämisen kannalta olisi tärkeää saada koulutusta potilasohjauksen antamisesta sekä oman työn arviointia ja palautteen saamista säännöllisin väliajoin. Osastolla voisi olla jonkinlainen yhtenäinen kotiuttamissuunnitelma, josta kotiuttava henkilö voisi tarkistaa tarvittavat toimenpiteet ja selvittävät asiat, jotta kotiuttaminen onnistuisi.

Ohjauksen antaminen on yksi tärkeimpiä hoitajien tehtäviä osastolla ja siihen tulisi olla heillä tarpeeksi aikaa. Omahoitajuuden toteutuminen edesauttaa potilaat kokonaistilanteen tuntemusta ja näin ollen myös parantaa ohjauksen antamista sekä kotiutuksen onnistumista. Olisi ihanteellista, jos hoitajilla voisi olla käytössä huone, johon he voisivat mennä keskustelemaan potilaan ja hänen omaistensa kanssa.

Ollessani osastolla harjoittelussa huomasin, että he eivät käytä potilasohjauksessa kovinkaan paljoa kirjallista materiaalia. Osastolla hoidetaan potilaita, joille on tehty isoja leikkauksia ja jotka vaativat pitkän kuntoutumisajan ja potilaalta sitoutumista itsehoitoon. Kirjalliset potilasohjeet ovat tärkeä osa hyvää potilasohjausta ja vaikuttavat siihen, kuinka hyvin potilas osaa hoitaa itseään kotiututtuaan. Tuotokseen johtavina opinnäytteinä voisi tehdä erilaisia kirjallisia potilasohjeita, joita hoitajat voisivat sitten käyttää ohjauksen apuvälineenä.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia potilaiden kokemuksia ohjauksesta sekä sen vaikutusta kotona pärjäämiseen. Hoitohenkilökunnan kannalta voitaisiin tehdä tutkimus, kuinka hyvin he mielestään osaavat antaa potilasohjausta sekä onko heillä siihen mielestään tarpeeksi aikaa. Hoitajien päivittäistä ajankäyttöä voisi myös kartoittaa. Siinä voisi selvittää kuinka paljon aikaa hoitajat käyttävät potilaiden ohjaukseen, kirjaamiseen, hoito- toimenpiteisiin, lääkärin kanssa keskusteluun ym.

LÄHTEET

- Carpenter, J. & Bell, S. 2002. What do nurses know about teaching patients? *Journal for Nurses in Staff Development*. 18(3). 157–161.
- Eskola, J. & Suoranta J. 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2009. *Prosessin standardit ja hyvän kotiutamisen kriteerit*. Julkaistu 4.6.2009. Luettu 19.3.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,27986,28014,28023>
- Henderson, A. & Zernike, W. 2001. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 35(3). 435–441.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uusitettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?: hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 16/2005. 1769–1773.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1998. *Hoitotyön käsikirja*. 7. tarkistettu painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Impakti* 6/2007. 21.
- Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaista – katkeamaton hoitoketju. *Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma*. Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Lassila, S. & Paso, S. 2007. *Kirurgisen potilaan ohjaus potilaan näkökulmasta - kirjallisuuskatsaus*. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Lehtonen, M. 2010. *Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitajien kokemuksia potilaan kotiutuksesta*. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 39. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Luostarinen, S-M. 2004. Hyvän kotiuttamisen kriteereitä. Potilaan kotiutuminen päiväkirurgisesta yksiköstä. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: TummaVuoren kirjapaino Oy.

Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Pohjola-Katajisto, A. 2008. Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Siitari, H. & Tupamäki, E. 2007. Lapsellamme on epilepsia – Ohjaisitko meitä? Hoitotyön koulutusohjelma. Lasten ja nuorten suuntautumisvaihtoehto. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väärälä, S. 2010. Hoitajien näkemyksiä sisätautipotilaan ohjauksesta. Hoitotyön koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Wathen, H. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

LIITE 1: Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tekijä(t) (Julkaisuvuosi) Teoksen nimi	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Carpenter Jo & Bell Shirley (2002) What do nurses know about teaching patients?	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä hoitajat tietävät potilasohjauksesta (kuinka hyvin he osaavat) ja voidaan-ko hoitajia opettamalla saada parempaa potilasohjausta aikaiseksi.	Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisella menetelmällä. Ensimmäisessä osassa hoitajilta (=44) tiedusteltiin lomakkeen avulla kuinka hyvin he osaavat ohjauksen menetelmät. Sen jälkeen hoitajille pidettiin opetusta ohjauksen antamisesta, jonka jälkeen testi tehtiin uudelleen.	Hoitajien potilasohjaus-tuntemus nousi merkittävästi opetuksen jälkeen. Hoitajien kouluttaminen on kannattavaa ja sitä pitäisi tehdä säännöllisin väliajoin.
Henderson Amanda & Zernike Wendy (2001) A study of the impact of discharge information for surgical patients	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää saavatko kirurgiset potilaat tarpeeksi tietoa ja ohjausta haavan ja kivunhoidosta, jotta heidän ei tarvitsisi hakeutua terveydenhuollon vastaanotolle kotiutumisensa jälkeen.	Tutkimus toteutettiin 158 potilaalle, jotka saivat kirjallisen kyselylapun ohjauksen laadusta täytettäväksi heti kotiutumisen jälkeen ja 1-2 viikon päästä heille soitettiin kotiin ja kysyttiin olivatko he pärjänneet annetulla ohjauksella ja onko heidän täytynyt hakeutua terveydenhuollon vastaanotolle leikkauksen jälkihoidon takia.	Useimmat potilaat, jotka eivät tunteneet saaneensa tarpeeksi ohjausta, olivat joutuneet hakeutumaan terveydenhuollon asiakkaaksi kotiutumisen jälkeen. Useat hyvinkin ohjatut potilaat tunsivat hie-man epävarmuutta omasta hoidostaan 1-2 viikon jälkeen kotiutumisesta.
Keskinen Päivi (2008) Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaala- sta – katkeaman hoitoketju	Työn tarkoituksena oli kuvata terveyskeskussairaalan hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoiton näkökulmista, ja laatia näiden edellytysten pohjalta hyvää kotiutumista arvioiva mittari.	Tutkimustehtäviin haettiin vastauksia aiemmista tutkimuksista, PALKO-hankkeesta ja terveyskeskussairaalan henkilökunnalle suunnatulla sähköpostikyselyllä. Aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksella 14 kotimaisesta ja 11 ulkomaisesta tutkimuksesta sekä kahdella avoimella ky-	Hyvään kotiutumiseen vaikuttavina tekijöinä potilaat toivat useimmiten esiin riittävän jatkohoidon ohjauksen, johon kuului tiedon saanti, ohjaus ja kotihoito-ohjeet. Henkilökunnan mielestä keskeisimmin hyvää kotiutumista edesauttaa hyvä tiedonkulku ja yhteistyö.

		symyksellä sairaalan eri ammattiryhmiä edustavalta tiedonantajalta. Saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.	
Kääriäinen Maria (2007) Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen	Tutkimus oli kaksivaiheinen. Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Toisen vaiheen tarkoituksena oli määrittellä ohjauskäsite ja testata käsitteen rakenne.	Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin postikyselynä potilailta (n=844) ja hoitohenkilöstöltä (n=916). Aineiston analyysissä käytettiin perus- ja monimuuttujamenetelmiä sekä sisällönanalyysiä. Toisessa vaiheessa ohjauskäsite määriteltiin käsiteanalyysillä. Ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset yhdistettiin ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi.	Potilaista kaksi viidennestä piti ohjausta kokonaisuudessaan kiitettävänä, yli puolet hyvänä ja 4 % huonona. Ne, joilla sairaus oli ollut yli kolme vuotta arvioivat ohjauksen laadun paremmaksi kuin alle kolme vuotta sairastaneet. Ohjauksen kokonaisuutta selittivät potilaslähtöinen ohjaustoiminta, hoitohenkilöstön ohjausmenetelmien hallinta ja tiedot, taidot, asenteet sekä ohjauksen riittävyys että osasto hoitoyksikkönä.
Lassila Sanna-leena & Paso Sanna (2007) Kirurgisen potilaan ohjaus potilaan näkökulmasta - kirjallisuuskatsaus	Tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla kirurgisten potilaiden ohjausta potilaiden näkökulmasta. Lisäksi he tekivät johtopäätöksiä potilasohjauksen kehittämisestä nousseiden tulosten perusteella.	Kirjallisuuskatsaus, aineisto rajattiin vuosille 1996–2006 ja aineisto piti käsitellä aikuisen kirurgisen potilaan ohjausta potilaan näkökulmasta.	Kaikessa potilasohjauksessa on keskeistä muuntaa terveyteen ja sairauteen liittyvää tietoa potilaalle oma-kohtaiseksi ja jokapäiväiseksi käytännön toiminnaksi. Ohjauksen avulla potilaan ymmärrys sairaudesta ja sen hoidosta lisääntyy ja sairauden hoitoon liittyvä päätöksenteko- ja itsehoitotaidot paranevat.
Lehtonen Maarit (2010) Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitajien kokemuksia potilaan kotiuttamisesta	Työn tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia kotiuttamisesta ja sen sujuvuudesta.	Kvalitatiivinen tutkimus; aineisto kerättiin kyselylomakkeella hoitajilta (=12).	Yksilövastuinen hoitotyö parantaa kotiuttamisen laatua. Henkilökunta toivoo parempaa ohjeistusta kotiuttamisen toteuttamiseen ja yhteydenpitoon kotipalvelun henkilöstön kanssa.

<p>Luostarinen Sirpa-Maaria (2004) Hyvän kotiuttamisen kriteereitä – Potilaan kotiutumisen päiväkirurgisesta yksiköstä</p>	<p>Työn tarkoituksena oli kuvata hyvän kotiuttamisen kriteereitä potilaan kotiutumiseen päiväkirurgisesta yksiköstä. Kriteerien lähtökohdiana olivat aikaisemmat tutkimukset päiväkirurgiseen hoitotyöhön, kotiuttamiseen ja hyvään hoitoon sekä hengellisyyteen liittyen.</p>	<p>Aineisto kerättiin lähtökohdina esitettyjen aiheiden mukaan kirjallisuudesta. Tulosten analysointi tehtiin sisällönanalyysimenetelmää soveltaen.</p>	<p>Tuloksiksi saatiin hyvän kotiuttamisen kriteerit potilaan kotiutumiseen päiväkirurgisesta yksiköstä: mm. hyvä hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tiedonsaannin turvaaminen, hyvä potilaan ohjaus sekä yksityiskohtaiset ja ymmärrettävät kotihoito-ohjeet sekä tehokas kivunhoito.</p>
<p>Palokoski Marjo-Riitta (2007) Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata miten kirurgiset potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin puhelinhaastattelua, joka toteutettiin strukturoidun kyseylomakkeen avulla.</p>	<p>Suurin osa potilaista (87 %) koki selviytyneensä tiedollisesti hyvin leikkauksen jälkeen. Potilaat tiesivät erittäin hyvin peseytymiseen liittyvistä asioista ja kipulääkkeistä sekä yhteydenotosta ongelmatilanteissa. Vähiten potilailla oli tietoa haa-vanhoidon tarkkailusta.</p>
<p>Pohjola-Katajisto Anne (2008) Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset</p>	<p>Tarkoituksena oli pyrkiä löytämään ne edellytykset ja ominaisuudet, jotka pitää huomioida potilasohjauksessa, jotta tulos olisi mahdollisimman onnistunut.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Aineistoon valittiin suomalaiset, vuosina 2001–2007 ilmestyneet, hoitotieteelliset tutkimukset, teokset ja julkaisut sekä ammattilehdet. Tutkimuksesta tehtiin dia-sarja koulutusmateriaaliksi.</p>	<p>Tutkimustuloksissa todettiin, että onnistuneen potilasohjauksen edellytykset koostuvat useista eri osa-alueista, jotka hoitajan tulisi huomioida suunnitellessaan ja toteuttaessaan ohjausta. Ohjauksen kannalta merkityksellisiä edellytyksiä ovat viestintätaidot, kuuntelemisen taito ja havainnointikyky.</p>
<p>Siitari Hanna & Tupamäki Enni (2007) Lapsellamme on epilepsia - Ohjaisitko meitä?</p>	<p>Tarkoituksena oli tuottaa lastensairaanhoitajille sekä hoitajaopiskelijoille helppokäyttöinen ja selkeä ohjausmateriaali</p>	<p>Toiminnallinen työ, ohjausmateriaali kootaan kirjallisuuden perusteella.</p>	<p>Ohjausmateriaali sisältää tietoa voimavara-lähtöisestä ohjauksesta, lasten epilepsia-sairautena sekä epilepsian hoidosta ja</p>

	aali epilepsiaa sairastavan lapsen ja hänen perheensä ohjaukseen.		tutkimuksista, tietoa vertaistuesta sekä vanhempien ja sisarusten tukemisesta.
Väärälä Suvi (2010) Hoitajien näkemyksiä sisätautipotilaan ohjauksesta	Työn tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat toteuttavat potilasohjausta ja mitä ohjausmenetelmiä he käyttävät. Lisäksi työssä selvitetään miten hoitajat huomioivat potilaiden oikeudet antaessaan ohjausta.	Kvantitatiivinen tutkimus kyselylomakkeiden avulla.	Valtaosalle hoitajista potilasohjaus ei tuota vaikeuksia ja he itse kokevat antamansa tiedon olevan ymmärrettävää ja riittävää.. Parannettavaa kuitenkin olisi tiedon antamisesta eri hoitovaihtoehdoista, potilasjärjestöistä, sairauslomasta ja sosiaalietuuksista sekä potilasohjauksen toteutuksen arvioinnista.
Wathen Marja (2007) Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien potilasohjauksesta.	Laadullinen tutkimusmenetelmä, haastateltavina hoitajia (n=11) joilla oli kokemusta maahanmuuttajien potilasohjauksesta.	Maahanmuuttajien käsitykset esimerkiksi terveydestä ja sairaudesta ovat erilaiset kuin sairaanhoitajien ja ne vaikuttavat hoitajien käyttäytymiseen. Hoitajien pitäisi löytää tavat varmistaa, että potilas on saanut tarvitsemansa tiedon ja annettu ohjaus on ymmärretty. Maahanmuuttajiin liittyvistä kulttuurisista tekijöistä ei voi tehdä mitään yleistäviä päätelmiä, koska yksilölliset erot samankin kulttuurin sisällä voivat olla suuria.