

Potilasohjauksen johtaminen perusterveydenhuollossa

-hoitotyön johtajien näkökulma

Hoitotieteen
Pro gradu -tutkielma

Laatija:
Milka Virmajoki

Ohjaajat:
Professori Helena Leino-Kilpi
Yliopistonlehtori Heli Virtanen

Helmikuu 2024
Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Milka Virmajoki

Otsikko: Potilasohjauksen johtaminen perusterveydenhuollossa -hoitotyön johtajien näkökulma

Ohjaajat: THT, professori Helena Leino-Kilpi, TtT, yliopistonlehtori Heli Virtanen

Sivumäärä: 47 sivua, 8 liitesivua

Päivämäärä: Helmikuu 2024

Tutkimuksen aihe ja lähtökohdat: Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen johtamista perusterveydenhuollossa. Potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä sekä yksi hoitotyön ydintoiminnoista. Hoitotyön johtamisella varmistetaan potilasohjauksen toteutuminen ja laatu. Vaikka potilasohjauksella voidaan lisätä elämänlaatua, laadukkaita elinvuosia ja saavuttaa merkittäviä säästöjä terveyspalvelujärjestelmän ja kansantalouden näkökulmasta, on potilasohjauksen johtamisesta vain niukasti tietoa ja siihen liittyvä tutkimus on vähäistä.

Tarkoitus ja tavoite: Tämän kuvailevan poikkileikkaustutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen johtamista perusterveydenhuollon terveysasemilla hoitotyön lähi- ja keskitason johtajien näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen johtamisen käytännöistä ja kehittämiskohteista perusterveydenhuollon kontekstissa.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimuksen tiedonantajina toimivat kahden suomalaisen suuren kaupungin terveysasemien keski- ja lähijohtoon kuuluvat hoitotyön johtajat (n=6), joiden alaisina työskenteli potilasohjausta toteuttavia hoitotyöntekijöitä. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastattelulla ja analysoitiin laadullisella induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulokset: Potilasohjauksen johtamisessa ei ole vakiintuneita käytäntöjä, eivätkä hoitotyön johtajat tunnista potilasohjauksen johtamisen prosessia. Silti hoitotyön johtajien työssä on tunnistettavissa potilasohjauksen johtamisen toimintoja, jotka ovat potilasohjauksen tunnistaminen, potilasohjauksen resursseihin vaikuttaminen, potilasohjauksen osaamisen varmistaminen, kirjalliset toimintaohjeet sekä valvonta, arviointi ja kehittäminen. Potilasohjauksen johtamista voidaan kehittää prosessin tunnistamisella, suunnittelemalla, luomalla ja arvioimalla käytäntöjä sekä kouluttamalla hoitotyön johtajia ja hoitajia prosessin kaikissa vaiheissa.

Johtopäätökset: Potilasohjauksen johtamiseen liittyviä toimintoja sisältyy hoitotyön johtajien työhön ja jotta potilasohjauksen johtamista voitaisiin kehittää, tulee potilasohjauksen johtamisen prosessi ensin tunnistaa, luoda siihen liittyvät yhteiset toimintatavat sekä arvioida toimintaa systemaattisesti.

Avainsanat: potilasohjaus, terveysneuvonta, hoitotyön johtaminen, hoitotyön johtaja

Master's thesis

Subject: Nursing science

Author: Milka Virmajoki

Title: Patient education management in primary health care - the perspective of the nurse managers

Supervisors: PhD, RN, Professor Helena Leino-Kilpi, PhD, University lecturer, RN Heli Virtanen

Number of pages: 47 pages, 8 appendix pages

Date: February 2024

Background: This study describes the management of nurses' patient education in primary health care. Patient education is an active and target-oriented interaction process between the nurse and the patient. It is also one of the key components of nursing. Nursing management and leadership play a vital role in the providing and quality of nurses' patient education. Although patient education can increase the quality of life and quality-adjusted life years and, also provide remarkable savings in the health services and national economy, still there is only a slight information about the patient education management and there are only a few studies about the patient education management.

Aim and purpose: The aim of this descriptive cross-sectional study is to describe the management of nurses' patient education in health centres from the perspective of nurse managers in front-line and middle management. The purpose of this study is to provide knowledge about the practices in patient education management and the recommendations for further development.

Methods: The was collected with semi-structured individual interviews of nurse managers (n=6) working in front-line and middle management in health centres of two large cities in Finland. Patient education was provided by the nurses working in the health centres. The data was analysed with inductive content analysis.

Results: There is neither common practice in the management of patient education, nor nurse managers could recognise the process of patient education management. Still, the elements of patient education management are present in the work of the nurse managers and were related to recognising patient education, affecting patient education resources, education, evaluation and development. Patient education management can be improved by identifying the process, planning, creating and evaluating the practices and educating nurse managers and nurses throughout the process.

Conclusions: Some practices of patient education management already contain in the work of the nurse managers and the process of patient education management needs to be recognised before it is possible to construct common practices and evaluate and develop the patient education management systematically.

Keywords: patient education, health education, counseling, nursing management, nursing leadership, nursing administration

SISÄLTÖ

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Johdanto | 7 |
| 2 | Keskeiset käsitteet | 9 |
| 2.1 | Potilasohjaus | 9 |
| 2.2 | Potilasohjauksen johtaminen | 11 |
| 3 | Tiedonhaku | 15 |
| 4 | Kirjallisuuskatsaus | 17 |
| 5 | Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat | 20 |
| 6 | Tutkimuksen empiirinen toteutus | 21 |
| 6.1 | Tutkimuksen aineistonkeruu, kohderyhmä ja otos | 21 |
| 6.2 | Aineiston analyysi | 22 |
| 7 | Tulokset | 24 |
| 7.1 | Potilasohjauksen toteutuksen johtaminen | 24 |
| 7.2 | Potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun yhteydessä olevat johtamiseen liittyvät tekijät | 28 |
| 7.3 | Potilasohjauksen johtamisen kehittäminen | 31 |
| 8 | Pohdinta | 34 |
| 8.1 | Tutkimuksen luotettavuus | 34 |
| 8.2 | Tutkimuksen eettisyys | 36 |
| 8.3 | Tutkimustulosten tarkastelu | 36 |
| 8.4 | Johtopäätökset | 39 |
| 8.5 | Jatkotutkimusehdotukset | 40 |
| | Lähteet | 41 |
| | Liitteet | 48 |
| | Liite 1. Taulukko tietokannoista ja hakusanoista | 49 |
| | Liite 2. Taulukko tutkimuksista | 51 |
| | Liite 3. Haastattelun runko | 55 |

Kuvio 1. Tiedonhakuprosessi (mukaiillen PRISMA Flow Diagram)

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysista

Taulukko 2. Potilasohjauksen toteutuksen johtaminen

Taulukko 3. Potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun yhteydessä olevat tekijät

Taulukko 4. Potilasohjauksen johtamisen kehittämiskohteet

1 Johdanto

Potilasohjaus on hoitotyön ydintoiminto, jota on tarkasteltu johtamisen näkökulmasta varsin niukasti. Potilasohjaus on hoitotyöntekijän ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jossa terveyteen liittyvät tiedot ja taidot lisääntyvät ja/tai asenteet muuttuvat terveyttä edistävällä tavalla. Yksilön terveyteen liittyvät tiedot ja taidot ovat yhteydessä terveysongelmien syntymiseen ja hoitamiseen sekä elämänhallintaan (esim. Chahardah-Cherik ym. 2018; Finbråten ym. 2020; O'Meara ym. 2019), minkä lisäksi yksilön vastuu omasta hoidostaan on kasvanut pitkäaikaisten terveysongelmien lisääntymisen ja hoitoaikojen lyhentymisen myötä (Friberg ym. 2012). On havaittu myös, että hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen käytännöt perustuvat enemmän osaston rutiineihin ja hoitotyöntekijöiden omiin kokemuksiin kuin koulutukseen ja näyttöön perustuvaan tietoon (Klemetti ym. 2018). Lisäksi on huolestuttavaa, että vaikka hoitotyöntekijöiden asenne täydennyskoulutusta kohtaan on positiivinen, alhainen itseluottamus, kritiikin pelko ja organisaatiokulttuuri voivat heikentää täydennyskoulutuksessa opittujen asioiden hyödyntämistä (Azimirad ym. 2021). Hoitotyön johtaminen on keskeisessä asemassa potilasohjauksen toteutumisen laadun ja kehittämisen kannalta.

Potilasohjauksen johtaminen on hoitotyön johtajan tekemää työtä, jonka tavoitteena on potilasohjauksen edellytysten turvaaminen, toteutumisen varmistaminen ja arviointi sekä potilasohjauksen laadun kehittäminen. Potilasohjauksen johtamista koskeva vähäinen tutkimus pyrkii määrittämään tutkittavaa aihetta ja kuvaamaan vallitsevia olosuhteita. Tämä viittaa siihen, että potilasohjauksen johtaminen sekä siihen liittyvä käsitteistö vaativat vielä täsmentämistä. Myös tutkimustulokset viittaavat tähän: hoitotyön johtajat eivät kokeneet olevansa vastuussa potilasohjauksesta, eikä kirjallisia ohjeita tai toimintamalleja ollut (esim. Bergh ym. 2015a, Bergh ym. 2015b, Bergh ym. 2012, Hätönen ym. 2010). Myös kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että potilasohjauksen johtamisessa on ongelmia (katso kappale 4).

Johtamistutkimus terveydenhuollon kontekstissa on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja se on pääasiassa keskittynyt kuvaamaan käytännön johtamisjärjestelmää terveydenhuollon professioiden näkökulmasta (Lammintakanen ym. 2016). Johtamisen vaikutusta hoitotyöhön ja hoitotyöntekijöihin on tutkittu, mutta tulokset ovat suuntaa antavia ja lisätutkimusta tarvitaan (esim. Cummings ym. 2021, Niinihuhta & Häggman-Laitila 2022). Vaikka johtamisen on todettu olevan hyvin samankaltaista alasta riippumatta (Viitala & Jylhä 2019),

luo terveydenhuollon toimintaympäristö johtamiselle omat erityispiirteensä, minkä vuoksi tarvitaankin terveydenhuollon kontekstissa toteutettua johtamistutkimusta. Tämän haastattelututkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen johtamista perusterveydenhuollon kontekstissa. Tutkimus sijoittuu kahden suuren suomalaisen kaupungin terveysasemille ja terveystieteiden keskeisille poliklinikoille. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen johtamisen käytännöistä sekä tunnistaa mahdollisia kehittämiskohteita potilasohjauksen johtamisessa terveysasemilla.

Potilasohjaus terveysasemilla on hoitotyön toiminto, joka koskettaa suurta osaa Suomen väestöstä. Terveysasemat ovat keskeinen osa koko suomalaisen terveydenhuollon perustaa (STM 2013). Vuonna 2020 tilastoitiin 27,3 miljoonaa terveystieteidenkäyntiä, joista 41,7 % oli perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntejä. Terveystieteen keskeisistä käytti 4,3 miljoonaa asiakasta, joka on noin 77 % koko väestöstä. (Mölläri ym. 2021.) Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen, SOTE-uudistuksen, myötä kuntien perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu siirtyi 1.1.2023 alkaen hyvinvointialueille (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)). Sosiaali- ja terveydenhuollon mittavan organisaatiomuutoksen myötä potilasohjauksen merkitys on vain lisääntynyt. Potilasohjauksen paremmalla johtamisella saavutettavat tulokset voivat olla erittäin merkittäviä niin yksilön, kansanterveyden kuin yhteiskunnallisten resurssienkin näkökulmasta.

2 Keskeiset käsitteet

Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat potilasohjaus (engl. patient education) ja sen johtaminen hoitotyössä (engl. patient education management in nursing). Potilasohjaus on ammatillisesti koulutetun hoitotyöntekijän ja potilaan välistä tasa-arvoista vuorovaikutusta, jossa potilaan terveyteen liittyvät tiedot ja taidot lisääntyvät ja/tai asenteet muuttuvat terveyttä edistävällä tavalla. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Pender ym. 1996, Pueyo-Garrigues ym. 2019, Virtanen ym. 2007). Potilasohjauksen johtamista ei ole selkeästi määritelty eikä aiheeseen liittyvä käsitteistö ole vakiintunutta. Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen johtamiseksi ymmärretään ne johtamisen toiminnot, joita hoitotyön johtajat tekevät mahdollistaakseen, arvioidakseen ja kehittääkseen potilasohjauksen toteutusta ja laatua.

2.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus on käsitteenä moniulotteinen ja siitä esiintyy erilaisia määrittelyjä ja tulkintoja. Synonyymeina on käytetty termejä terveysneuvonta (engl. health education), ohjaus (engl. counseling) ja terveyden edistäminen (engl. health promotion). Yleensä potilasohjaus, terveysneuvonta ja ohjaus mielletään yksilökeskeiseksi toiminnaksi (esim. Kääriäinen & Kyngäs 2005, Pueyo-Garrigues ym. 2019), kun taas terveyden edistäminen käsittää laajemmin terveyden edistämiseen tähtäävän toiminnan myös yhteisön ja yhteiskunnan tasolla (WHO 2023). Potilasohjausta voidaan toteuttaa myös ryhmän ja yhteisön tasolla, esimerkiksi tietyn potilasryhmän osalta, mutta tässä tutkimuksessa keskitytään yksilötasoiseen, hoitotyöntekijän ja potilaan välillä tapahtuvaan, ohjaukseen.

Potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta potilaan ja hoitotyöntekijän välillä. Käsiteanalyysissa ohjauksen edellytyksiksi on tunnistettu ohjaajan ammatillinen vastuu sekä ohjausvalmiudet (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävät teoriat (esim. Pender ym. 2006) painottavat lisäksi yksilön voimavaroja, oppimisvalmiutta ja kykyä omaksua ja soveltaa tietoa. Ohjauksen seurauksena voi tapahtua oppimista (Heikkinen 2011, Lynggaard 2017), voimavaraistumista (Eskolin ym. 2023, Tuominen 2023), itseohjautuvuuden lisääntymistä (Greenwood 2017), hoitoon sitoutumista (Pedersen 2022, Wu 2022), terveyden edistymistä (Niksadat ym. 2019) ja kansantaloudellisia säästöjä (Heikkinen 2011, Kääriäinen & Kyngäs 2005), mutta tämän tuloksen saavuttamiseksi tarvitaan sekä hoitotyöntekijän että potilaan aktiivista toimintaa.

Potilaan laillisiin oikeuksiin Suomessa kuuluu saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5§). Potilasohjauksella turvataan osittain potilaan tiedonsaantioikeutta (Inkeroinen ym. 2023), minkä lisäksi potilasohjaus on terveydenhuollon ammattilaisten potilaille välittämää motivointia, opastusta ja tukea terveyden hoitoon (Cutilli 2020, Lääketieteen sanasto, www.terveyskirjasto.fi. 2022). Potilasohjaus on myös keskeinen osa hoitotyötä. Valmentaminen ja opettaminen kuuluvat hoitajan perusosaamiseen (Flinkman ym. 2017, Meretoja & Leino-Kilpi 2001).

Potilasohjaus on kehittynyt hoitokulttuurin muutoksen mukana kuluneen sadan vuoden aikana. Liberalistisen hoitokäytännön noustessa holhoavan paternalismin rinnalle on potilaan asema muuttunut passiivisesta vastaanottajasta aktiiviseksi jaetun päätöksenteon osapuoleksi (Hoving ym. 2010). Potilaan odotetaan ottavan yhä enemmän vastuuta omasta hoidostaan, jolloin yksilön omaan terveyteensä liittyvät tiedot ja taidot ovat yhä keskeisemmässä asemassa terveysongelmien syntyminen ja hoitamisen sekä elämäntilanteen kannalta (esim. Chahardah-Cherik ym. 2018, Finbråten ym. 2020, O'Meara ym. 2019). Potilasohjaus on yksi tärkeimmistä yksilön itsehoitoa ja terveyttä edistävästä tekijöistä (Niksadat ym. 2019) ja sen merkitys hoitotyössä on vain korostunut pitkäaikaisten terveysongelmien lisääntymisen ja hoitoaikojen lyhentymisen myötä (esim. Friberg ym. 2012, OECD 2023, WHO 2021).

Kansanterveyden ja -talouden näkökulmasta on havaittu, että potilasohjauksen avulla voidaan lisätä laadukkaita elinvuosia ja ehkäistä tuottavuuden vähenemistä (Stenberg ym. 2018). Esimerkiksi tiedollisesti voimavaraistumista tukevan Internet-perustaisen potilasohjausmenetelmän avulla potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyi, kun samaan aikaan organisaatiolle aiheutuvat potilasohjauksen kustannukset voitiin puolittaa (Heikkinen 2011). Myös ravitsemukseen ja painonhallintaan sekä liikuntaan ja päihteidenkäyttöön liittyvä neuvonta ja ohjaus on osoitettu kustannusvaikuttavuudeltaan tehokkaaksi (Kiiskinen ym. 2008). Potilasohjauksen avulla voidaan myös vähentää sairaalahoitajaksojen sekä ensiapu- ja lääkärikäyntien määrää (Stenberg ym. 2018, Tuominen 2023) sekä edistää toimenpiteistä toipumista (esim. Kesänen ym. 2017) ja ohjaus on siten merkittävä terveydenhuollon resurssien näkökulmasta.

Potilasohjaus on siis hoitotyön ydintoiminto, jolla voidaan saavuttaa merkittäviä tuloksia niin yksilön, ryhmän, organisaation kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. Tästä huolimatta on havaittu, että hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen käytännöt perustuvat

enemmän osaston rutiineihin ja hoitotyöntekijöiden omiin kokemuksiin kuin koulutukseen ja näyttöön perustuvaan tietoon (Klemetti ym. 2018). Ohjauksen arvioinnin näkökulmasta on myös havaittu, että tieto potilaan tietoon liittyvistä odotuksista, ei välttämättä ole hoitotyöntekijöiden käytössä ohjausta suunniteltaessa (Johansson ym. 2014, Klemetti ym. 2015). Potilasohjausta voidaankin toteuttaa eri tavoilla ja ohjausmuotojen kirjo on laaja. Tässä tutkimuksessa keskitytään yksilötasoiseen, hoitotyöntekijän ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuvaan ohjaukseen. Tässä tutkimuksessa ei käsitellä potilasohjausta muissa konteksteissa, kuten ryhmämuotoista ohjausta tai väestön tasolla tapahtuvaa terveysvalistusta, yksipuolista tiedonantoa. Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen johtamista perusterveydenhuollossa.

2.2 Potilasohjauksen johtaminen

Potilasohjaus on hoitotyön ydintoiminto, jonka johtaminen on osa hoitotyön johtamisen kokonaisuutta. Tässä tutkimuksessa hoitotyön johtamisella tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvan ammattinimikesuojattujen hoitotyöntekijöiden toteuttaman ammatillisen hoitotyön johtamista. Hoitotyön johtaminen on keskeistä koko hoitotyön prosessissa: suunnittelussa, toteuttamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Johtamisella luodaan yleisesti edellytykset asiakaslähtöiselle, turvalliselle ja vaikuttavalle hoitotyölle, koska sillä voidaan vaikuttaa muun muassa hoitotyön tuloksiin (esim. Alloubani ym. 2019, Backman 2022, Cummings ym. 2018, Van der Heijden ym. 2017) ja laatuun (esim. Warshawsky ym. 2022), työhyvinvointiin ja alalta poistumaan (esim. Abdelhafiz ym. 2016, Cummings ym. 2018, Niinihuhta & Häggman-Laitila 2022, Van der Heijden ym. 2017) sekä hoitajien osaamiseen (esim. Azimirad ym. 2021, Cummings ym. 2021).

Hoitotyön johtamisen näkökulmasta potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä sekä suunnitelmallinen ja moniulotteinen prosessi, jonka tunnistaminen ja arvioiminen ovat sen kehittämisen lähtökohtia. Potilasohjausta johtaessaan hoitotyön johtaja huolehtii siitä, että potilasohjauksen edellytykset toteutuvat, potilasohjaus toteutuu ja sen laatua arvioidaan sekä kehitetään. Potilasohjauksen edellytyksiin sisältyy hoitotyöntekijän riittävä ammatillinen osaaminen ja ohjausvalmiudet (Eskolin ym. 2023, Kääriäinen & Kyngäs 2005), potilasohjauksen toimintamahdollisuuksien turvaaminen eli käytettävissä on riittävästi aikaa, asianmukaiset tilat, ohjausmateriaalia, välineistöä ja tutkimustietoa (Bergh ym. 2012, Kääriäinen & Kyngäs 2005) sekä organisaation tasolla henkilöstön välisen yhteistyön

rakenteiden, työnjaon ja toimintamallien luominen (Bergh ym. 2012, Kanninen ym. 2021, Kääriäinen & Kyngäs 2005). Potilasohjauksen toteutumista voidaan seurata esimerkiksi HaiPro-järjestelmän ja potilaspalautteiden avulla. Toteutumisen laatua voidaan myös arvioida potilaspalautteiden avulla, joissa ohjauksella on usein tärkeä rooli. Esimerkiksi laajan suomalaisen potilaspalautetutkimuksen perusteella (Richards ym. 2023) potilaat antavat monipuolista palautetta ohjauksesta, ja heidän arviointejaan voitaisiin käyttää aikaisempaa enemmän ohjauksen kehittämisessä. Systemaattista toimintamallia potilasohjauksen johtamiseksi ei kuitenkaan ole vielä raportoitu.

Potilasohjauksen johtamista voidaan tarkastella esimerkiksi ihmis- ja asiajohtamisen näkökulmista (Bennis & Nanus 1986, Cope & Murray 2017) sekä hoitotyön johtamisen rakenteiden kautta (Bjerregård Madsen ym. 2020, Niiranen 2014, Terkamo-Moisio ym. 2021). Perinteinen ajatus ihmisten johtamiseen keskittyvästä johtajuudesta (engl. leadership) ja asioihin suuntautuneesta johtamisesta (engl. management) (Bennis & Nanus 1986) on pelkistetty tapa lähestyä johtamista, kun taas hoitotyön johtamisen rakenteellisessa kuvauksessa (esim. Bjerregård Madsen ym. 2020 Niiranen 2014, Terkamo-Moisio ym. 2021) asiaa lähestytään johtamisen tasojen ja työtehtävien jakaantumisen kautta.

Potilasohjauksen johtaminen sisältää sekä ihmis- että asiajohtamisen elementtejä ja potilasohjauksen johtaminen voidaankin nähdä joko ihmiseen kohdistuvana tai asiaan kohdistuvana johtamisena riippuen siitä, kummasta näkökulmasta ohjausta tarkastellaan tai mitä ohjauksen osa-aluetta käsitellään. Ihmisjohtamisessa, johtajuudessa, on kyse ihmisten johtamisesta, vuorovaikutuksesta ja ihmissuhteista. Ihmissuhdesuuntautuneita eli relaationaalisia johtamistapoja ovat muun muassa transformationaalinen (Niinihuhta ym. 2022), tunneälykäs, valmentava ja osallistuva johtaminen (Cope & Murray 2017) sekä palveleva johtaminen (Trastek ym. 2014). Hoitotyön johtamisessa nämä johtamistyyli on liitetty positiivisiin henkilöstövaikutuksiin, kuten työtyytyväisyyden ja työhyvinvoinnin lisääntymiseen (esim. Cummings ym. 2018, Niinihuhta ym. 2022), organisaatioon sitoutumiseen, tehokkaaseen työskentelyyn ja tuottavuuden kasvamiseen, positiivisiin hoitotuloksiin sekä stressin vähentymiseen (Cummings ym. 2018).

Asiajohtamisessa keskitytään työtehtäviin, aikarajoihin ja ohjeisiin (Cummings ym. 2018). Tehtäväsuuntautuneita johtamistapoja ovat transaktionaalinen, autokraattinen, instrumentaalinen, laissez-faire eli ”hällä-väliä” ja eristyvä johtamistapa (Cope & Murray 2017). Näiden johtamistyylien henkilöstövaikutukset on arvioitu neutraaleiksi tai jopa

negatiivisiksi verrattuna relaationaaliseen johtamiseen (Cummings ym. 2018) ja ihmissuhdesuuntautunutta johtamista onkin pidetty hoitoyön johtamisessa toimivana lähestymistapana (Cope & Murray 2017, Trastek ym. 2014). Vaikka tiedetään, että johtamistyyllillä on vaikutusta hoitotyöntekijöiden työhyvinvointiin, tarvitaan vielä lisätutkimusta, jotta voidaan huomioida ja määrittää tarkemmin epäsuorien ja välillisten tekijöiden vaikutusta (Niinihuhta & Häggman-Laitila 2022). Ihmis- ja asijaohjantamista ei voida myöskään reaali maailmassa täysin irrottaa toisistaan, jolloin johtamistyytlejäkään ei voida nähdä toisiaan poissulkevinä. Hoitotyön johtamisessa tarvitaan sekä ihmis- että asijaohjantamista ja päästökseen tavoitteeseen, johtajan tulee osta yhdistää näitä elementtejä ja johtamistyytlejä tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitotyön johtajan osaamisella on keskeinen rooli johtamistyössä (González-García ym. 2021, Gunawan & Aunguroch 2017, Gunawan ym. 2022).

Potilasohjauksen johtamista voidaan tarkastella myös organisaatorakenteen näkökulmasta johtamisen tasojen mukaan: lähi- keski- ja strateginen johto (Niiranen 2014, Terkamo-Moisio ym. 2021). Hoitotyön johtajia ovat johtamisen eri tasoilla työskentelevät hoitotyöntekijöiden esihenkilöt, hallinnolliset ja koordinoivat johtajat sekä hoitotyön kehittämisestä vastaavat johtajat. Hoitotyön johtajien nimikkeitä ovat esimerkiksi apulaisosastonhoitaja, osastonhoitaja, hallintoylihoitaja, koordinoiva ylihoitaja ja sairaalaylihoitaja. Usein lähi- ja keskitason hoitotyön johtajat ovat hoitajataustaisia, strategisella tasolla hoitotyön johtaminen voi olla myös esimerkiksi lääkäritauksaisen terveystalveluiden johtajan vastuulla (Kangasniemi ym. 2018, Kantanen 2017). Lähi-, keski- ja strategisen johtamisen tasoilla (Niiranen 2014, Terkamo-Moisio ym. 2021) johtamisen toiminnot eivät rajoitu selkeästi eri tasoihin, vaan niin apulaisosastonhoitajan kuin ylihoitajankin työssä esiintyy työtehtäviä kaikilta johtamisen tasoilta (Bjerregård Madsen ym. 2020). Oleellista on, että johtamistyötä tehdään systemaattisesti ja pitkäjänteisesti (esim. Kanninen ym. 2021) aloittaen hoitotyön johtajan osaamisvaatimusten määrittelystä (González-García ym. 2021, Gunawan & Aunguroch 2017).

Potilasohjauksen johtamisen konkretiaa kuvataan Niirasta (2014) mukaillen johtamisen eri tasoilla. Lähijohtaja, kuten osastonhoitaja, toimii työntekijöiden ja ylemmän johdon välisenä viestinviejänä, hän välittää ylemmältä johdolta tulevat ohjeet, toimintamallit ja viestit potilasohjaukselle toteuttaville hoitotyöntekijöille, kuuntelee hoitotyöntekijöitä ja vie heidän näkemyksiään ylemmän johdon tietoon. Lähijohtaja varmistaa hoitotyöntekijöiden ammatillisen potilasohjausosaamisen, kannustaa ja tukee työntekijöitä eri ohjausmenetelmien hyödyntämisessä, on läsnä ja vuorovaikutuksessa sekä toimii työntekijöiden työparina

haastavissa tilanteissa. Keskitason johtaja, kuten hallintoylihoitaja tai koordinoiva ylihoitaja, toimii puolestaan viestinviejänä strategisen johdon ja lähijohdon välillä. Keskitason johtaja varmistaa potilasohjauksen toteutumisen ja tavoitteiden saavuttamisen, seuraa laatua, varmistaa potilasohjauksen toimintaedellytysten toteutumista esimerkiksi järjestelemällä olemassa olevia resursseja, on aktiivisesti vuorovaikutuksessa ja kannustaa organisaation strategian mukaiseen toimintaan. Johtamisen ylimmällä tasolla eli strategisessa johdossa työnkuvaan kuuluu tavoitteiden asettaminen ja kokonaisuuksista sekä kokonaistuloksellisuudesta huolehtiminen, johtoryhmän ja tiimien kautta johtaminen, resurssien varmistaminen niin, että asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa, kokonaisuuksista huolehtiminen ja esikuvana toimiminen sekä kannustaminen. Strateginen johtaja voi myös toimia esittelijänä poliittisessa päätöksenteossa. Strategisen johtamisen tasolla potilasohjauksen johtaminen on arvojohtamista, resursointia ja tietoista panostusta potilasohjauksen mahdollisuuksien parantamiseksi.

Yhteenvedona voidaan todeta, että johtamisen tasoja tai ihmissuhde- ja tehtäväorientoitunutta johtamista ei voida irrottaa kontekstista yksittäisenä osana, vaan johtaminen muodostuu toisiaan tukevista, yhtenäisen kokonaisuuden muodostavista osista. Vaikka organisaatio- ja hoitokulttuuriin vaikuttaminen tapahtuu suurelta osin johtamisen kautta (Murray ym. 2018; Ost ym. 2020), tarvitaan hoitokulttuurin muutokseen muutakin kuin strategisen johdon linjaus tai lähijohdon pyrkimys tehdä asioita uudella tavalla. Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen johtaminen on hoitotyön johtajan tekemää työtä, jonka tavoitteena on potilasohjauksen edellytysten turvaaminen, toteutumisen varmistaminen ja arviointi sekä potilasohjauksen laadun kehittäminen. Potilasohjauksen johtaminen on johdonmukaista, läpi organisaation kulkevaa työskentelyä, jossa hyödynnetään eri johtamistyyliä ja tehdään yhteistyötä niin hoitotyön johtajien kuin eri johtamisen tasojenkin välillä.

3 Tiedonhaku

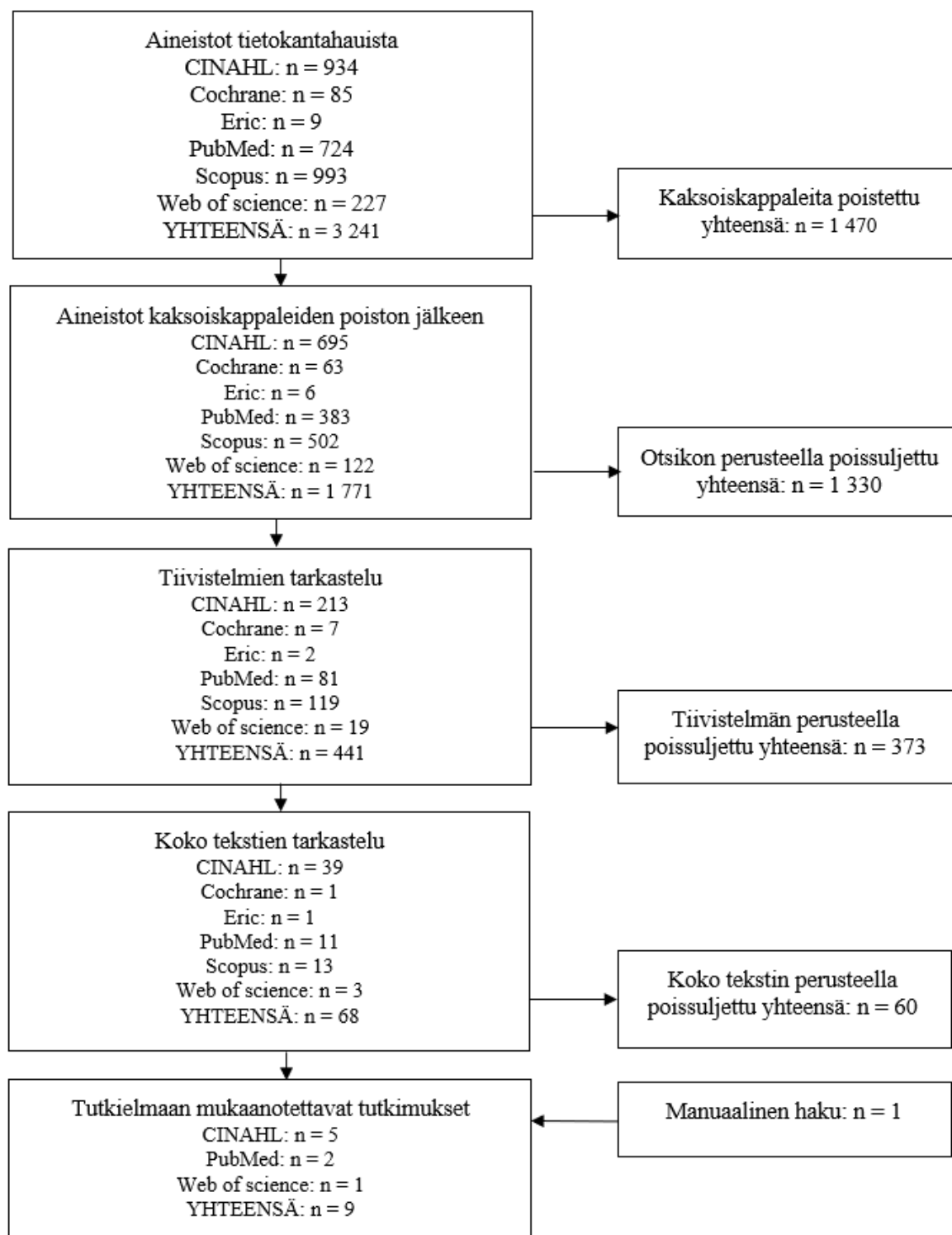
Potilasohjauksen johtamisen tutkimusta selvittävä sähköinen tietokantahaku tehtiin huhtikuussa 2023 kuuteen kansainväliseen tietokantaan (CINAHL (Ebsco), Cochrane Library, Eric (Ebsco), PubMed, Scopus (Elsevier), Web of Science) ja sitä täydennettiin manuaalisella haulla. Tietokantahakua varten tutkija muodosti kaksiosaisen hakulausekkeen, jossa hakusanoina käytettiin potilasohjausta ja sen synonyymeja ("patient education*" OR "patient-education*" OR "health education*" OR "counseling*" OR "health information*" OR "health promoti*") sekä hoitotyön johtajiin ja johtamiseen viittaavia termejä ("nurse manager*" OR "nurse management*" OR "nursing management*" OR "nurse leader*" OR "nursing leader*" OR "nurse executive*" OR "nurse administrator*" OR "head nurse*"). Hakulausekkeen muodostamiseksi tehtiin lukuisia testihakuja ja lopullinen hakulauseke muotoiltiin Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan informaatikon avulla. Käytetyt hakulausekkeet ja hakutulosten määrä on kuvattu taulukossa tietokantakohtaisesti (Liite 1. Taulukko tietokannoista ja hakusanoista). Manuaalisessa haussa hyödynnettiin Google Scholaria sekä luettiin tietokantahaulla valikoituneiden artikkeleiden lähdeluettelot ja tutustuttiin kirjoittajien muihin julkaisuihin.

Katsaukseen valittiin vertaisarvioituissa lehdissä julkaistuja englanninkielisiä tutkimusartikkeleja, joista oli saatavilla koko teksti. Pois jätettiin katsausartikkelit ja editorial julkaisut sekä muut kuin englanninkieliset artikkelit. Katsaukseen valittiin hoitajan ja potilaan/asiakkaan välistä yksilötasoista potilasohjausta käsitteleviä artikkeleja, joissa oli tunnistettavissa johtamisen tai hoitotyön johtajan näkökulma.

Tietokantahaku tuotti yhteensä 3 241 tulosta, joista kahden tutkijan luokittelun seurauksena poistettiin 1 470 kaksoiskappaletta. Otsikkotasolla käytiin läpi 1771 viitettä. Jatkoon valittiin otsikot, jotka käsittelevät potilasohjausta, neuvontaa tai hoitotyön johtamista. Tiivistelmiä luettiin 441 kappaletta ja koko tekstin tarkasteluun päädyttiin 68 artikkelin kohdalla. Hakuprosessin aikana aineistosta karsittiin tutkimuksia, joiden aihe oli tutkimuksen kannalta epäoleellinen: itsehoito, kivunhallinta, terveystiedon opetus, hoitajiin tai hoitotyön johtajiin kohdistuvat terveysneuvontainterventiot, väestötasoinen tai yhteisön terveysneuvonta sekä potilasohjauksessa käytettävä kirjallinen materiaali. Lopullinen aineisto muodostuu 9 artikkelista, joista 8 löytyi tietokantahaulla ja 1 manuaalisen haun avulla. Manuaalisessa haussa luettiin tietokantahaussa löytyneiden artikkeleiden lähdeluettelot ja hyödynnettiin Google Scholar -hakukonetta. Valitut artikkelit käsittelevät hoitajien ja kättilöiden toteuttamaa

yksilötasoista potilasohjausta ja neuvontaa hoitotyön johtajien tai johtamisen näkökulmasta.

Tiedonhakuprosessi on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Tiedonhakuprosessi mukailten PRISMA 2020 Flow Diagram (Page ym.2021)

4 Kirjallisuuskatsaus

Potilasohjauksen johtamista on tutkittu niukasti, valintakriteerit täyttäviä tutkimusartikkeleita löytyi yhdeksän kappaletta ja ne on julkaistu vuosien 1992 ja 2020 välisenä aikana (Liite 2. Taulukko tutkimuksista). Aihetta on tutkittu sekä laadullisin (n=5) että määrällisin (n=4) menetelmin. Tutkimus on luonteeltaan pääosin kuvailevaa ja pyrkii määrittämään aihetta ja lisäämään ymmärrystä kulloisellakin tutkimushetkellä.

Tutkimuksissa aineistonkeruumenetelminä on käytetty fokusryhmähaastatteluja (Bergh ym. 2015a, Bergh ym. 2015b, Fereidouni ym. 2019, See ym. 2020) ja yksilöhaastattelua (Fereidouni ym. 2019, Paulse ym. 2020). Kuvailevissa poikkileikkaustutkimuksissa aineisto kerättiin kyselyiden avulla (Bergh ym. 2012, Hätönen ym. 2010, Latter ym. 1992, Seyedin ym. 2015). Kahdessa kyselyssä oli lisäksi avoimia kysymyksiä, joiden vastaukset analysoitiin laadullisesti (Bergh ym. 2012, Hätönen ym. 2010). Katsaukseen valitut tutkimusartikkelit pyrkivät lisäämään ymmärrystä potilasohjauksen johtamisesta ilmiönä ja sen esiintymisestä hoitotyön reaali maailmassa sekä kuvaamaan nykyhetkeä sellaisena kuin se on ja tuomaan esiin potilasohjausta johtamisen näkökulmasta.

Potilasohjauksen johtamisen tutkimuksesta ei ole tehty katsausta, jossa laadun systemaattista raportointia olisi kuvattu. Tähän katsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden laatu arvioitiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) julkaisemien ja Hoitotyön tutkimussäätiön kääntämien arviointikriteereiden avulla (Hotus 2021). Tutkimusartikkelit arvioitiin käyttäen Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle -lomaketta (alkup. Lockwood ym. 2015) ja Kriittisen arvioinnin kriteeristö -lomaketta (alkup. Moola ym. 2017). Katsaukseen otettiin mukaan kaikki tutkimukset, joiden pistemäärä oli vähintään puolet maksimipisteistä. Laadunarvioinnin perusteella hylättiin katsauksen aineistosta yksi määrällinen tutkimus, joka olisi ollut aiheeltaan soveltuva. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteereillä (alkup. Lockwood ym. 2015) arvioidut tutkimukset pisteytettiin, maksimipistemäärä oli 10 ja tutkimusten saavuttamat pistemäärät olivat 6, 7, 8, 9 ja 9. Tulosta heikentäneet ongelmat liittyivät puutteisiin tutkijan roolin kuvaamisessa ja metodologisten ratkaisujen niukkaan kuvaukseen. Kriittisen arvioinnin kriteeristössä (alkup. Moola ym. 2017) maksimipistemäärä oli 8 ja tutkimusten pistemäärät arvioinnissa 4, 6, 7 ja 8. Seitsemän pistettä saanut tutkimus ei pystynyt saavuttamaan maksimipisteitä, koska osa laadunarviointilomakkeen kysymyksistä ei ollut sovellettavissa tutkimukseen. Metodologisia ongelmia tutkimuksessa ei kuitenkaan havaittu. Laadunarvioinnissa matalat pisteet annettiin, koska tutkimuksen kohderyhmää ja

tutkimusolosuhteita oli kuvattu hyvin niukasti, itse mittausprosessia ei kuvattu ollenkaan. Tutkijat itse tunnistivat vain otokseen liittyvän rajoituksen, mutta sen vaikutusta tutkimuksen tulokseen ei tarkasteltu. Laadunarvioinnin pisteytys on esitetty tutkimuskohtaisesti liitteessä 2. Taulukko tutkimuksista.

Potilasohjauksen johtamista on kuvailtu tutkimuksissa sen puuttumisen kautta ja tutkimuskirjallisuuden perusteella näyttäisi siltä, että potilasohjausta on tarkasteltu johtamisen näkökulmasta vielä varsin rajallisesti, eikä potilasohjauksen johtamista koskeva käsitteistö ole vielä jäsentynyt (Bergh ym. 2015a, Bergh ym. 2015b, Bergh ym. 2012, Fereidouni ym. 2019, Hätönen ym. 2010, Latter ym. 1992, Palse ym. 2020, See ym. 2020, Seyedin ym. 2015). On havaittu myös, että potilasohjaus on yksi useimmiten toteutumatta jäävistä hoitotyön toiminnoista, koska siihen liittyvä työnjako ei ole selkiintynyt ja sitä pidetään epävirallisena ja muun työn ohessa tapahtuvana toimintona (esim. Bergh ym. 2015a, 2015b, 2012, Hätönen ym. 2010, See ym. 2020, Seyedin ym. 2015).

Tarve potilasohjauksen rakenteiden kehittämiseksi on tunnistettu useissa tutkimuksissa. Bergh ym. (2012, 2015a, 2015b) mukaan potilasohjausta ei ole organisoitu järjestelmällisesti eikä vastuunjako ole selkeä. Sama teema toistui läpi tutkimusmateriaalin: potilasohjaus koettiin epäviralliseksi ja muiden töiden ohessa tapahtuvaksi, työnjako ja roolit olivat epäselvät (Fereidouni ym. 2019, See ym. 2020). Potilasohjaus toteutui usein vain osittain (Hätönen ym. 2010, Latter ym. 1992, Seyedin ym. 2015), koska prosessia ei ole standardoitu tai kuvattu kirjallisesti (Seyedin ym. 2015, Fereidouni ym. 2019). Useimmiten potilasohjaukseen liittyviä yhteisesti sovittuja käytäntöjä tai toimintaohjeita ei ollut olemassa (Hätönen ym. 2010).

Potilasohjaukseen liittyvät organisatoriset tekijät (johdon tuki, kirjalliset toimintamallit/ohjeet, opetusmateriaali), ympäristöön liittyvät tekijät (aika, paikka ja häiriötön ympäristö) ja ammatilliseen yhteistyöhön liittyvät tekijät (hoitotyöntekijöiden ja muiden ammattiryhmien välinen sekä hoitotyöntekijöiden keskinäinen yhteistyö) vaativat kaikki selvennystä, jotta potilasohjaus voisi toteutua systemaattisesti organisoidusti (Bergh ym. 2012).

Hoitotyön johtajat eivät myöskään selkeästi tunnista vastuutaan potilasohjauksesta ja heille potilasohjaus vaikutti organisoimattomalta toiminnolta, jolla ei vielä ollut riittävää rakennetta, jotta sitä olisi voitu arvioida erillisenä hoitotyön toimintona. (Bergh ym. 2015a, 2015b.) Potilasohjaukseen liittyvässä keskustelussa lääketieteelliset, ekonomiset ja organisatoriset ulottuvuudet ohittivat didaktisen diskurssin (Bergh ym. 2015a) ja johtajat

kokivat juridiset, taloudelliset, lääketieteelliset ja organisatoriset tehtävät potilasohjausta tärkeämmiksi (Bergh ym. 2015b). Potilasohjauksessa toteutumatta jäi useimmiten potilaan osallisuuteen ja yksilöllisyyden huomioimiseen sekä ohjauksen arviointiin liittyvät osa-alueet (Hätönen ym. 2010, Latter ym. 1992, Seyedin ym. 2015). Potilasohjauksen puutteellisuutta perusteltiin kiireellä ja potilasohjaukseen kannustamattomalla organisaatiokulttuurilla (Paulse ym. 2020, See ym. 2020). Tarkasteltujen tutkimusten perusteella potilasohjauksen johtamisen tutkimus vaikuttaakin olevan vielä hyvin alussa, eikä aihe ole kovin selkeästi jäsentynyt. Empiirinen alueen tutkimus on niukkaa ja tuottaa selvän perustan myös tämän tutkimuksen toteuttamiseen.

5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen johtamista perusterveydenhuollon terveysasemilla hoitotyön lähi- ja keskitason johtajien näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen johtamisen käytännöistä sekä mahdollisista kehittämiskohteista terveysasemilla. Aihetta on tutkittu vasta vähän ja potilasohjauksen johtamisen kehittämiseksi tarvitaan lisää tutkimusta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitotyön johtajat johtavat potilasohjauksen toteutusta?
2. Mitkä johtamiseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun?
3. Miten potilasohjauksen johtamista tulisi kehittää?

6 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tässä laadullisessa kuvailevassa poikkileikkaustutkimuksessa pyritään johtajien arkikokemuksia tieteellisesti analysoimalla tuottamaan uutta näkemystä tutkittavaan asiaan. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina, jotka tallennettiin ja litteroitiin tutkijan toimesta. Litteroitu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Graneheim ym. 2017), jonka tulosten avulla vastattiin tutkimuskysymyksiin.

6.1 Tutkimuksen aineistonkeruu, kohderyhmä ja otos

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin 09/2021–02/2022 välisenä aikana. Tutkimusaineisto kerättiin kahden suuren suomalaisen kaupungin perusterveydenhuollon organisaatioista. Tutkimukseen haluttiin mukaan julkisen sektorin toimipaikkoja, joissa toteutetaan sairaudenhoitoa avoterveydenhuollon kontekstissa. Ennaltaehkäisevät palvelut, kuten neuvola ja kouluterveydenhuolto, jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Perusterveydenhuolto tarjoaa matalan kynnyksen sairaanhoitopalveluita kaikenikäisille ja kattaa siten suuren osan väestöstä. Vuonna 2021 Suomessa oli avoterveydenhuollon lääkärikäyntejä noin 700 kpl tuhatta asukasta kohden ja muita avosairaanhoidon käyntejä noin 1100 kpl tuhatta asukasta kohden (Koivisto ym. 2022).

Tämän tutkimuksen tiedonantajina toimivat hoitotyön keski- ja lähijohtoon kuuluvat esihenkilöt (n=6), joiden alaisina työskenteli aineistonkeruun aikaan potilasohjausta toteuttavia hoitotyöntekijöitä. Haastateltavien valinta tehtiin harkinnanvaraisesti, koska valituissa organisaatioissa työskentelevien hoitotyön johtajien oletettiin tietävän tutkittavasta aiheesta. Tiedonantajien rekrytointi suoritettiin terveystalvorganisaatioissa työskentelevien nimettyjen yhdyshenkilöiden avulla. Tutkija toimitti yhdyshenkilöille tutkimusta koskevan tiedotteen, suostumuslomakkeen ja tieteellisen tutkimuksen tietosuojailmoituksen, jotka yhdyshenkilöt välittivät kaikille alueensa hoitotyön johtajille. Tutkimuksesta kiinnostuneet hoitotyön johtajat ottivat yhteyttä tutkijaan sähköpostitse, ja tutkija sopi tiedonantajien kanssa yksilöhaastattelujen ajankohdista.

Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla (Liite 3. Haastattelun runko) Zoom-verkkokokousohjelman avulla. Kirjallinen suostumuslomake toimitettiin tiedonantajille rekrytoinnin yhteydessä ja suullinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta tallennettiin

haastattelunauhoituksen alkuun. Puolistrukturoitua haastattelua varten tutkijalla on haastattelukysymykset etukäteen suunniteltuina, jolloin haastattelu on kokemattomalle tutkijalle helpommin hallittava ja aikaa säästävä aineistonkeruumenetelmä strukturoimattomaan haastatteluun verrattuna (Holloway & Galvin, 2016). Haastattelut aloitettiin heti tutkimusluvan saamisen jälkeen ja osallistujien rekrytointia jatkettiin, kunnes tutkimusaineisto alkoi saturoitua ja haastatteluissa ei ilmennyt enää merkittäviä uusia näkökulmia tutkittavaan asiaan (Holloway & Galvin, 2016). Homogeenisestä ryhmästä, tässä tapauksessa perusterveydenhuollon avohuollossa työskentelevät hoitotyön johtajat, valitun otoksen kooksi määräytyy aineiston saturoitumisen perusteella useimmiten 6–8 osallistujaa (Holloway & Galvin, 2016).

Haastattelut toteutettiin ja tallennettiin haastateltavien luvalla Zoom-etäyhteyden avulla. Haastattelutallennuksessa ei ole näkyvissä haastateltavan nimeä tai kuvaa, koska videokuva suljettiin haastattelun ajaksi ja tiedonantajat numero-koodattiin. Tallenteet ovat kestoaltaan 32–49 minuuttia, keskimääräinen haastattelun pituus oli 40 minuuttia. Haastatteluissa, tallentamisessa tai tallenteiden laadussa ei ilmennyt teknisiä ongelmia. Haastattelun jälkeen aineisto litteroitiin ja aineistosta muutettiin tai poistettiin tiedot, joiden perusteella haastateltavan henkilöllisyys saattaisi tulla ilmi. Litteroinnin jälkeen aineistoa käsiteltiin vain kirjallisessa muodossa.

6.2 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin keväällä 2023 laadullisen induktiivisen sisällönanalyysin avulla (Graneheim ym. 2017). Induktiivisessa analyysissä pyrittiin tuottamaan tietoa potilasohjauksen johtamisen käytännöistä ja kehittämiskohteista. Tutkijan oma tulkinta pidettiin vähäisenä, jotta tuloksena olisi mahdollisimman todenmukainen kuvaus hoitotyön johtajien arkikokemuksesta.

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla aineisto kokonaisuuden hahmottamiseksi ja aineiston tuntemuksen vahvistamiseksi (Guba & Lincoln 1989, Holloway & Galvin 2016). Tämän jälkeen aineisto vietiin NVivo 20 -laadullisen analyysin ohjelmistoon, jonne luotiin kolme koodia, yksi kullekin tutkimuskysymykselle. Ohjelmistossa aineisto luettiin jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla uudelleen alusta loppuun ja tekstistä poimittiin samalla kysymykseen vastaava sisältö, alkuperäinen ilmaus. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen

koodattiin tekstistä yhteensä 65, toiseen kysymykseen 114 ja kolmanteen kysymykseen 28 alkuperäistä ilmausta.

Alkuperäiset ilmaukset tuotiin tekstinkäsittelyohjelmaan, kun kaikkiin tutkimuskysymyksiin liittyvä sisältö oli poimittu tekstistä. Tekstinkäsittelyohjelmassa luotiin kolmisarakkeinen taulukko (Alkuperäinen ilmaus, Tiivistys, Katgoria) kutakin tutkimuskysymystä kohti. Alkuperäiset ilmaukset tuotiin taulukoiden Alkuperäinen ilmaus -sarakkeeseen, yksi kullekin riville, minkä jälkeen aineiston analyysi jatkui ilmausten sisällön tiivistämisellä. Tässä vaiheessa kaikki alkuperäiset ilmaukset käytiin läpi, niiden keskeinen sisältö kirjattiin taulukon seuraavassa sarakkeeseen (Tiivistys). Esimerkiksi kun alkuperäinen ilmaus oli: *”jos mä aattelen et meil on niinku vastaanottolistatkin, niin se että siellä pitää olla aikaa, tasausaikoja ja ne pitää olla ne vastaanotot tarpeeks, niihin aikaa tarpeeks yleensäkin niihin vastaanottoihin”* (H1), tiivistettiin ilmaus muotoon: *riittävästi aikaa vastaanotolle*. Kun kaikkien ilmausten sisältö oli tiivistetty, etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joiden perusteella aineisto järjestettiin kategorioiksi. Edellä esitetyn esimerkin alkuperäinen ilmaus kuuluu kategoriaan *Työhön ja sen resursseihin vaikuttaminen* ja vastaa tutkimuskysymykseen 1. Miten hoitotyön johtajat johtavat potilasohjauksen toteutusta? Edellä kuvattu esimerkki on esitetty taulukossa 1. Näin alkuperäinen haastatteluaineisto tiivistettiin ja tiivistetty sisältö yhdisteltiin asiasisällön mukaisiksi kategorioiksi. (Graneheim ym. 2017, Guba & Lincoln 1989, Holloway & Galvin 2016.)

| Alkuperäinen ilmaus | Tiivistys | Kategoria |
|--|---------------------------------|--|
| H1: jos mä aattelen et meil on niinku vastaanottolistatkin, niin se että siellä pitää olla aikaa, tasausaikoja ja ne pitää olla ne vastaanotot tarpeeks, niihin aikaa tarpeeks yleensäkin niihin vastaanottoihin | riittävästi aikaa vastaanotolle | Työhön ja sen resursseihin vaikuttaminen |

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä.

Kategorioita tarkastellessa huomattiin niiden sisältävän lukuisia erilaisia ja eritasoisia asioita, joten sisällön selkiyttämiseksi ja analyysin luotettavuuden lisäämiseksi kategorioiden sisältö eriteltiin vielä alakategorioihin. Kategorioiden sisältämät tiivistykset ja alkuperäiset ilmaukset käytiin läpi ja asiasisällöltään yhteneväiset kokonaisuudet yhdistettiin alakategorioiksi. Näin saatiin aikaan kategorioiden sisältöä selittävät alakategoriat. (Graneheim ym. 2017, Guba & Lincoln 1989, Holloway & Galvin 2016.)

7 Tulokset

Tutkimukseen osallistuneet hoitotyön johtajat eivät tunnistanee potilasohjauksen johtamista omana prosessinaan, vaan sen nähtiin kulkevan osana muuta työtä, ja potilasohjaukseen sekä sen johtamiseen liittyvä työnjako ja roolit olivat täsmentymättömiä. Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi haastatteluaineisto tiivistettiin kategorioiksi, jotka jakaantuvat alakategorioihin. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla sisältö on tiivistetty kuuteen kategoriaan, toisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen kohdalla muodostettiin kussakin viisi kategoriaa. Jokainen kategoria sisältää kahdesta seitsemään alakategoriaa. Kategoriat ja alakategoriat on kuvattu tämän osion tutkimuskohtaisissa alaluvuissa taulukoiden avulla ja kuvausta rikastetaan sanallisella, aineistoon perustuvalla kuvauksella.

7.1 Potilasohjauksen toteutuksen johtaminen

Potilasohjauksen toteutuksen johtamiseen liittyvä aineisto jaettiin analyysissä kuuteen kategoriaan ja näiden alakategorioihin. Kategoriat ja alakategoriat on esitetty Taulukossa 2. Potilasohjauksen toteutuksen johtaminen

Taulukko 2. Potilasohjauksen toteutuksen johtaminen

| Kategoria | Alakategoriat |
|--|---|
| POTILASOHJAUKSEN TUNNISTAMINEN | Potilasohjaus tunnistetaan ja siitä keskustellaan Epäonnistumiset huomataan Potilasohjaus ei ole erillinen toiminto |
| POTILASOHJAUKSEN RESURSSIIN VAIKUTTAMINEN | Henkilöstöjärjestelyt Potilasohjauksen huomiointi rekrytointitilanteessa Ajan ja paikan järjestäminen potilasohjaukselle Selkeä työnjako Työkulttuurin tunteminen Potilasohjauksen tehostaminen Hoitajan työparina työskentely ja osaamisen jakaminen |
| POTILASOHJAUKSEN OSAAMISEN VARMISTAMINEN | Täydennyskoulutus hoitajalähtöisesti Potilasohjauksen huomiointi koulutus suunnittelussa Koulutusmyönteinen ilmapiiri Perehdytykseen panostaminen Osaamisvaatimusten määrittely |
| KIRJALLISET TOIMINTAOHJEET | Potilasohjauksen toimintamallit Kirjalliset potilasohjeet |
| VALVONTA, ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN | Potilaspalautteisiin reagointi Potilasohjauksen toteutumisen valvonta Toimintatapojen arviointi |
| POTILASOHJAUKSEN TOTEUTUKSEN JOHTAMISEN ONGELMAT | Ei tunnisteta potilasohjauksen johtamista Potilasohjauksesta ei keskustella Ei aikaa potilasohjauksen johtamiselle Epäselvä työnjako Kirjallisten toimintaohjeiden puuttuminen |

Potilasohjauksen tunnistaminen on keskeistä sen johtamisessa. Haastateltujen johtajien yksiköissä potilasohjaus tunnistettiin vaihtelevasti. Toisaalla potilasohjauksesta keskusteltiin avoimesti arjessa, kun taas joissain yksiköissä potilasohjauksesta puhuttiin vain silloin, kun siihen liittyvä epäonnistuminen tuli ilmi esimerkiksi HaiPro-ilmoituksen myötä.

Haastatteluissa kävi ilmi myös, että yksiköissä potilasohjaus ei ole erillinen toiminto, vaan se nähtiin useimmiten muun toiminnan ohessa tapahtuvana ja epävirallisena. Potilasohjausta ei ole eriteltyä tehtäväkuvauksissa, eikä siitä keskustella hoitotyön johtajien kesken, minkä seurauksena hoitotyönjohtajien oli vaikea tunnistaa potilasohjauksen johtamiseen liittyviä toimintoja.

Potilasohjauksen resursseihin vaikuttaminen on yksi potilasohjauksen toteutuksen johtamiskeinoista. Hoitotyön johtajat vaikuttavat henkilöstöjärjestelyihin asemansa mukaan joko sijoittelemalla olemassa olevaa henkilöstöresurssia tai vaikuttamalla käytettävissä olevan henkilöstöresurssin määrään. Potilasohjauksen huomiointi rekrytointitilanteessa on mahdollista, kun hoitotyön johtaja tekee rekrytoinnissa potilasohjausosaamisen lisääntymistä ja kehittymistä tukevia valintoja. Ajan ja paikan järjestäminen potilasohjaukselle koettiin ainakin jossain määrin mahdolliseksi, joskin olemassa olevat tilaratkaisut ja vähäinen käytettävissä oleva aika asettivat omat rajoituksensa. Selkeä työnjako ja työkuultuurin tunteminen koettiin yhdeksi ratkaisuksi vähäisten käytettävissä olevien resurssien aiheuttamiin haasteisiin: *”resurssit on ne mitkä ne on mutta sisäisellä työn järjestelyllä pystyy vaikuttamaan ja tietysti se on sitten tapa millä tehdään töitä”*(H2). Haastateltavat kokivat tärkeäksi, että johtaja tuntee työpaikkansa ilmapiirin ja työkuultuurin. Potilasohjauksen tehostamiseksi on lisätty uusia potilasohjauskanavia ja hoitajavastuuta, mutta potilasohjauksen tehostumiseen nämä toimet eivät aina pyrkimyksestä huolimatta ole johtaneet. Hoitajan työparina työskenteleminen ja osaamisen jakaminen liittyi monimutkaiseen tai haastaviin tilanteisiin: *”jos hoitaja on sitä jo niinku selvitelly ja miettii niinku ja et hän ei vaan niinku tiedä, että mitä tän kanssa tekis, niin ehkä sit se et yhdessä mietitään tai sit se et mulla saattaa jo olla jotain semmosta tietoo mitä nyt, tai mä voin konsultoida jotain jonka kautta sit saadaan se asiakkaan asia tai sitte just se sillä tavalla et saadaan se ohjaus toteutumaan siinä hyvin”* (H1).

Potilasohjauksen osaamisen varmistaminen luo edellytyksiä laadukkaaseen potilasohjauksen toteutumiseksi. Haastatteluissa hoitotyön johtajat kertoivat, että nykyhetkellä

potilasohjaukseen liittyvä täydennyskoulutus tapahtuu lähinnä hoitajien omasta aloitteesta. Johtajat tunnistivat tarpeen potilasohjauksen huomioimiselle koulutussuunnittelussa ja koulutusmyönteisen ilmapiirin tärkeyttä korostettiin. Perehdytykseen panostamista pidettiin myös tärkeänä, joskin henkilöstöressurssin riittämättömyys todettiin haastavan perehdytyksen toteutumista. Haastateltavat tunnistivat tarpeen potilasohjaukseen liittyvien osaamisvaatimusten määrittelylle. Erillisiä vaatimuksia tai osaamistasoa ei oltu määritelty organisaatioissa erikseen ja hoitajan peruskoulutuksen ajateltiin olevan tämänhetkinen osaamisvaatimustaso, vaikka joissain tehtävissä, kuten diabeteshoitajan vastaanotto, osaamista odotettiin olevan enemmän.

Kirjalliset toimintaohjeet potilasohjauksen johtamisen toteutuksessa muodostavat standardoidun toimintatavan, jonka avulla potilasohjauksen toteutumista ja laatua voidaan johtaa systemaattisesti. Potilasohjauksen kirjallinen toimintamalli oli käytössä vain yhdessä yksikössä, jossa johtajan käytössä oli potilasohjauksen erikoistumisopintoihin perustuva potilasohjauksen toimintamalli. Haastatellut johtajat mainitsivat myös hoitajien potilasohjauksessa käyttämät kirjalliset potilasohjeet, joskin materiaalin ajantasaisuus ja sijainti organisaation tietojärjestelmissä mietitytti johtajia.

Valvonta, arviointi ja kehittäminen ovat tärkeä osa potilasohjauksen toteutuksen johtamisen prosessia. Potilasohjauksen toteutumisen valvonta nähtiin haastatteluissa osana hoitotyön johtajan vastuualuetta. Valvonnan keinoiksi mainittiin käytännön työn seuraaminen ja hoitajien tekemien kirjausten lukeminen. Potilaspalautteiden seuranta mainittiin yhtenä keinona hoitotyön laadun arvioinnissa. Potilaspalautteen systemaattinen kerääminen, läpikäynti ja palautteen vieminen potilastyötä tekeville hoitajille nähtiin tärkeänä osana hoitotyön johtajan työtä. Haastatellut hoitotyön johtajat pitivät potilasohjauksen onnistumisen mittarina potilailta saadun palautteen ohella HaiPro -järjestelmän ilmoituksia - jos potilasohjauksesta ei tullut HaiPro-ilmoituksia, ajateltiin sen olleen onnistunutta. HaiPro -järjestelmän avulla hoitotyön johtajat myös poimivat potilasohjaukseen liittyviä kehittämiskohteita. Toimintatapojen arviointi kuvattiin haastatteluissa kykyisten käytäntöjen kyseenalaistamisena ja se toimi kehittämistyön lähtökohtana.

Potilasohjauksen toteutuksen johtamisen ongelmat ovat haastatteluissa esiin nostettuja haasteita, joiden vuoksi potilasohjauksen johtaminen ei toteutunut tai siinä oli haasteita. Haastatellut hoitotyön johtajat eivät tunnistaneet potilasohjauksen johtamista. He kokivat, että

potilasohjauksen johtaminen on tiedostamatonta, näkymätöntä ja vaikeaa hahmottaa. Haastateltaville potilasohjaus johtamisen näkökulmasta oli aiheena entuudestaan tuntematon, ja osa koki heränneensä ajattelemaan asiaa uudella tavalla. Potilasohjauksesta ei joissain haastateltujen hoitotyön johtajien yksiköissä keskusteltu johtajien kesken lainkaan ja hoitotyöntekijöidenkin kanssa vain, jos siinä esiintyi ongelmia tai puutteita. Vähäinen keskustelu aiheesta ja potilasohjauksen heikko tunnistaminen liittyivät toisiinsa, kun haastateltavan mukaan hoitotyöntekijät eivät aina tiedä, milloin kyseessä on potilasohjaus ja milloin tavanomainen hoitotilanne. Hoitotyön johtajat toivat haastattelussa esiin myös ettei potilasohjauksen johtamiselle ole aikaa. Arkea kuvattiin monelta osin selviytymistaisteluksi, jossa aikaa jää vain pakollisista asioista suoriutumiseen. Arjen kerrottiin olevan kiireistä ja siihen kerrottiin kuuluvan jäsentymätöntä ja ylimääräistä työtä, jonka ei koettu kuuluvan johtajan vastuualueelle. Epäselvä työnjako yhdistettynä riittämättömiin resursseihin ja hallitsemattomaan tiedon määrään sai arjen tuntumaan selviytymiseltä, jossa jatkuvasta suorittamisesta huolimatta ajaudutaan entistä suurempaan ahdinkoon. Monet kokivat haastattelutilanteen tervetulleena hengähdystaukona ajattelulle ja asioiden jäsentämiselle: *”kiva et hetkeks saa niinku keskittyä ajattelemaan tämmösiä oikeesti tärkeitä asiota joita ei voi sitte ajatella tai ei oo niinku aikaa ajatella. Tulee aika paljon sitte semmosia mielikuv... tai omiaki ajatuksia ja semmosia ideoita”* (H4). Myös kirjallisten toimintaohjeiden puuttuminen heikensi potilasohjauksen johtamisen mahdollisuuksia. Haastatteluissa kävi ilmi, että kirjallisia toimintaohjeita ei ollut tai niiden olemassaolosta ei ollut tietoa. *”No tota kyllä meillä on tietysti kaikenlaisia ohjeita olemassa ja sitten niinkun en osaa tohon ihan silleen exact sanoa että miten se sitte olis suhteessa potilasohjaukseen nimenomaisesti”* (H4)

Yhteenvedona potilasohjauksen toteutuksen johtaminen on täsmentymätön ja vaihtelevasti toteutuva osa-alue hoitotyön johtajien työssä. Potilasohjauksen kirjallisten toimintaohjeiden puuttumisesta on pitkä matka siihen, että yksikössä on käytössä erikoistumiskoulutuksen avulla rakennettu kirjallinen toimintamalli. Toisaalla potilasohjaus tunnustetaan ja siitä keskustellaan, kun toisessa ääripäässä aiheesta ei puhuta, eikä potilasohjausta nähdä erillisenä hoitotyön toimintona. Potilasohjauksen johtamisen tunnistaminen oli vaikeaa kaikille haastatelluille hoitotyön johtajille. Tarve kohdennetulle ja suunnitelmalliselle potilasohjaukseen liittyvälle koulutukselle näyttäytyi läpi aineiston. Arjen selviytymistaistelusta huolimatta hoitotyön johtajat kokivat pystyvänsä vaikuttamaan käytännön potilasohjaustyöhön ja sen resursseihin.

7.2 Potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun yhteydessä olevat johtamiseen liittyvät tekijät

Potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun yhteydessä olevat johtamiseen liittyvät tekijät jaoteltiin viiteen kategoriaan (resurssit, kohtaaminen, hoitaja, potilas ja organisaatio), joissa kussakin on neljästä kuuteen alakategoriaa. Analyysin tulokset kuvataan tässä osiossa sanallisesti, minkä lisäksi ne on tiivistetty taulukkoon 3. Potilasohjauksen laatuun ja toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Taulukko 3. Potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun yhteydessä olevat johtamiseen liittyvät tekijät

| Kategoria | Alakategoriat |
|--------------|--|
| RESURSSIT | Riittävä aika Riittävä henkilöresurssi Sopiva paikka Ohjausmateriaali |
| KOHTAAMINEN | Molemminpuolinen vuorovaikutus Hoitajan vuorovaikutustaidot Potilaan turvallisuuden tunne Ohjauksen ymmärtämisen varmistaminen Potilasohjauksen tunnistaminen Potilaslähtöisyys |
| HOITAJA | Hoitajan osaaminen Hoitajan motivoituneisuus Työkokemus Näyttöön perustuvuus Ohjauksen kirjaaminen |
| POTILAS | Potilaan yksilöllisten tarpeiden ja kokonaisuuden huomiointi Kommunikaation haasteet Lähiympäristön huomiointi Oman hoitonsa johtajuus |
| ORGANISAATIO | Koulutus Tiedonkulku Yhteiset käytännöt Olosuhteet |

Resurssit potilasohjauksen toteutumisessa ja laadussa voivat vahvistaa tai heikentää potilasohjauksen toteutumista ja laatua. Riittävä aika ja sopiva paikka nousivat haastatteluissa vahvasti esiin tekijöinä, joiden puuttuminen heikentää potilasohjausta. Hoitotyön johtajat toivat esiin, miten kiire on arkipäivää ja sen olemassaolo on enemmän sääntö kuin poikkeus. ”Tähänkin vois sanoa sen ikuisesti kaikille sen kiireen, mut ei sitä tartte sanoo koska se on vähän meillä jo klisee mutta tota kyllä siinä niinkun se kun se [potilasohjaus] on vuorovaikutusta kuitenkin” (H3). Tärkeänä pidettiin myös rauhallista ja häiriötöntä tilaa, jossa

on mahdollista keskittyä potilasohjaukseen. Riittävä henkilöresurssi tunnistettiin keskeiseksi tekijäksi koko potilastyön ja sitä kautta potilasohjauksen mahdollistumisen kannalta. Ohjausmateriaali eli ohjauksen tukena käytettävä kirjallinen materiaali mainittiin myös, vaikka sen ajantasaisuus ja löydettävyyys myönnettiin haasteiksi.

Potilaan ja hoitajan välinen kohtaaminen on keskeinen tapahtuma potilasohjauksen toteutumisessa. Molemminpuolinen vuorovaikutus on hoitotyön johtajien mukaan vastavuoroista ja edellyttää sekä potilaan että hoitajan osalta aktiivista osallistumista. Hoitajan vuorovaikutustaidot mainittiin keskeisenä tekijänä potilasohjauksessa, minkä lisäksi potilaan turvallisuuden tunne luo haastateltujen johtajien mukaan hyvät edellytykset potilasohjauksen onnistumiselle. Ohjauksen ymmärtämisen varmistaminen vahvistaa hoitotyön johtajien mielestä potilasohjauksen laatua. Potilasohjauksen johtamisen kannalta on olennaista, että myös hoitajat tunnistavat potilasohjauksen. Potilasohjauksen määrittelystä ja tunnistamisesta lähtevää problematiikkaa tuotiin esiin: *”sanamäärittely on mun mielestäni jo vaikee et se voi olla semmosta keskusteluakin mitä on koko ajan ja silti se on ohjausta ja sitte ko kuitenkin ohjaus täytyis olla sellasta et sitä kans vähä arvioidaan et onko asia ymmärretty ja onko se menny perille ja toimitaanko niin”*(H2). Potilaslähtöisyys on haastateltavien mukaan potilaan tarpeiden kuuntelua ja potilasohjauksen mukauttamista potilaan tarpeiden mukaisesti.

Hoitajasta riippuvat tekijät voivat hoitotyön johtajien mukaan olla yhteydessä potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun. Hoitajan osaaminen on haastateltavien mukaan kaikkea sitä tietoa, taitoa ja osaamista, joka hoitajalle on karttunut koulutuksensa ja harjaantumisensa myötä. Hoitajan motivoituneisuus ja kiinnostus ohjattavaa asiaa ja potilasohjausta kohtaan nähtiin hyvänä lisänä, joskaan ei välttämättömänä laadukkaan ohjauksen kannalta. Työkokemuksen katsottiin olevan eduksi, vaikka esiin tuotiin myös nuorempien ja sen myötä kokemattomampien hoitajien oppimis- ja sopeutumiskyky: *”työntekijöiden ikäki vähän vaikuttaa et meil on nyt aika nuorta tai nyt muutamia näitä uusia näitä vakituisia mitkä on tullu niin he on sitte 70-luvulla ja 60-luvullakin jokunen syntyny niin tota nuorilla mä luulen et niil on aika paljon notkeempaa ja nopeempaa ja sit kuitenkin ku on tuore koulutus ja kaikki tällaset just nää ministeriön ja valtakunnantason ohjaukset enempi mielessä niin mä luulen et heil on niinku helpompi omaksua”*. Hoitotyön johtajat odottivat ohjauksen olevan näyttöön perustuvaa ja että hoitajat myös kirjaavat toteutuneen ohjauksen.

Potilas on keskeisessä roolissa potilasohjauksen toteutumisessa, ja hoitotyön johtajat toivat haastatteluissa esiin erilaisia potilaaseen liittyviä tekijöitä, joiden ajattelivat vaikuttavan potilasohjauksen toteutumiseen ja/tai laatuun. Potilaan yksilöllisten tarpeiden ja kokonaisuuden huomiointi voi mahdollistaa laadukkaan potilasohjauksen, kun taas näiden sivuuttamisen arveltiin heikentävän potilasohjausta. Potilaaseen liittyvät piirteet, kuten henkilökohtaiset tiedot, taidot ja kyvyt, elämäntilanne ja terveydentila nousivat haastatteluissa esiin tekijöinä, jotka potilasohjauksessa tulee ottaa huomioon. Erilaiset kommunikaation haasteet, kuten kielimuuri, kuulovamma tai ymmärrykseen ja aisteihin liittyvät puutteet taas kuvattiin potilasohjausta heikentävinä tekijöinä. Haastateltavat toivat esiin myös potilaan lähiympäristön huomioimisen, minkä tärkeyttä korostettiin esimerkiksi muistipotilaan kohdalla. Potilaan oman hoitonsa johtajuus eli halukkuus ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja sitoutua siihen koettiin tärkeäksi hyvässä potilasohjauksessa: *”et se asiakas niinku ymmärtää mist on kyse et tähän niinkun tämmöseen omahoidon tukemiseenhan pyritään ja yritetään niinku sitä et asiakkaat ittekki niinku hoitais vähän sit asioitansa ja itteänsä”* (H6).

Organisaatioon liittyvät tekijät potilasohjauksen toteutumisessa ja laadussa kuvaavat niitä osa-alueita organisaatiotason toiminnassa, jotka hoitotyön johtajat kokivat merkityksellisiksi potilasohjauksen johtamisen kannalta. Olennaiseksi laadukkaan potilasohjauksen toteutumiselle hoitotyön johtajat näkivät yhteisten käytäntöjen olemassaolon, jolloin työnjako ja vastuualueet ovat selkäesti tiedossa niin hoitajien kesken kuin moniammatillisessa yhteistyössäkin. *”onhan se aina sen laadukkaampaa mitä enemmän asiasta on puhuttu ja käyty yhdessä pelisäännöt”* (H3), *”sitte sellanen huolellinen suunnittelu että etukäteen on kaikilla tiedossa et kuka mitäki tekee ja sitte sillä joka tekee niin hän tietää mitä ollaan tekemässä”*(H4). Tiedonkulkuun liittyviä haasteita hoitotyön johtajat kuvasivat erityisesti Covid-19-pandemian aikaisen työskentelyn kautta, jolloin nopeasti vaihtuvat ohjeet hämmensivät niin potilaita kuin henkilökuntaakin. Organisaation tasolla potilasohjauksen olosuhteissa haasteiksi ovat nousseet erilaisten ohjauskanavien päällekkäisyys, ajankäytön huono organisointi ja puutteet työrauhassa sekä potilaan monimutkainen tai puutteellinen hoitopolku. Potilasohjaukseen liittyvä koulutus sisältää organisaatiossa täydennyskoulutuksen ja perehdyttämisen. Koulutus ei haastateltavien mukaan ole suunnitelmallista tai johdettua, sillä hoitotyön johtajien kertoman mukaan koulutustarpeiden arviointi lähtee ennemmin hoitohenkilökunnasta itsestään kuin organisaation tasolta. Tällä hetkellä hoitajan vastuulla on tunnistaa tarve lisäkoulutukselle ja tuoda tarve esiin esimerkiksi kehityskeskustelussa.

Yhteenvedona hoitotyön johtajien mielestä potilasohjauksen toteutukseen ja laatuun ovat johtamisen näkökulmasta yhteydessä käytettävissä olevat resurssit, hoitajaan liittyvät tekijät, potilaaseen liittyvät tekijät, hoitajan ja potilaan kohtaamiseen liittyvät tekijät sekä organisatoriset tekijät. Kokonaisuudessaan johtaminen potilasohjauksen toteutumisessa ja laadussa nähdään potilasohjauksen mahdollistamisena ja otollisten olosuhteiden luomisena, jolloin näiden tekijöiden optimointi voisi parantaa potilasohjauksen laatua. Hoitotyön johtajat tunnistivat haastatteluissa monia potilasohjauksen johtamiseen liittyviä asioita, mutta konkretia vaatii vielä kehittämistä.

7.3 Potilasohjauksen johtamisen kehittäminen

Potilasohjauksen johtamisen kehittämiseen liittyvä aineisto jaettiin analyysissä viiteen kategoriaan (koulutus, tunnistaminen, suunnittelu, prosessi ja arviointi), joissa kussakin on kahdesta kolmeen alakategoriaa (Taulukko 4. Potilasohjauksen johtamisen kehittämiskohteet).

Taulukko 4. Potilasohjauksen johtamisen kehittämiskohteet

| Kategoria | Alakategoriat |
|---------------|---|
| TUNNISTAMINEN | Potilasohjauksen tunnistaminen Potilasohjauksen johtamisen tunnistaminen |
| SUUNNITTELU | Yhteisten toimintatapojen luominen Proaktiivisuus kehittämistoiminnassa |
| TOTEUTUS | Hankkeistaminen Jatkuva kehittäminen |
| ARVIOINTI | Toimintatapojen arviointi ja kyseenalaistaminen Hoitajalähtöisyys kehittämisessä |
| KOULUTUS | Tietoisuuden lisääminen Oman osaamisen ylläpito Koulutuksen kehittäminen |

Potilasohjauksen ja sen johtamisen tunnistaminen on lähtökohta potilasohjauksen johtamisen kehittämiseksi. Potilasohjauksen määrittely ja yhteinen näkemys potilasohjauksen sisällöstä on keskeistä muodostaa, jotta organisaatiossa on yhtenevä käsitys potilasohjauksesta. Tällöin potilasohjaus voitaisiin tunnistaa myös erillisenä hoitotyön toimintona niin yksilön kuin organisaationkin tasolla. Potilasohjauksen johtamisen tunnistamiseksi hoitotyön johtajien on mielestään tärkeää muodostaa ymmärrys potilasohjauksen kokonaisuudesta ja tarkastella oma työtään tästä näkökulmasta. Potilasohjauksen johtamisen toimintoja on jo nyt hoitotyön johtajien työssä, mutta näiden tiedostaminen ja toiminnan näkyväksi tekeminen vaatii asiaan perehtymistä, oivallusta ja pitkäjänteistä työskentelyä.

Suunnitteluun liittyvä kehittämistyö luo pohjaa potilasohjauksen prosessin rakentamiselle. Yhteisten toimintatapojen luominen nähtiin keskeisenä kehityskohteenä niin potilasohjauksen kuin sen johtamisenkin näkökulmasta. Haastatellut johtajat toivat esiin selkeän vastuunjaon ja yhteisten pelisääntöjen puuttumisen. Proaktiivisuutta tarvitaan hoitotyön johtajien mielestä, sillä kehittämiskohteiden aktiivinen ennakointi ja toimeen tarttuminen nähtiin tärkeänä. Johtajat halusivat parantaa toimintaa jo ennen kuin kehittämiskohde näkyisi negatiivisena potilaspalautteena tai haittatapahtumana hoitotyössä.

Toteutuksessa potilasohjauksen johtamisen kehittämisprosessi voidaan nähdä kahdesta näkökulmasta – projektiluontoisena hankkeistamisena tai jatkuvana kehittämisenä. Näkökulmat eivät ole toisiaan poissulkevia vaan voivat olla sekä päällekkäisiä että toistensa osia. Suunnitteleamalla käytännön työtä ja sen kehittämistä, pystytään johtajien mielestä luomaan toimivampia käytäntöjä ja vahvistamaan toimivia prosesseja. Haastatteluissa hankkeistaminen mainittiin yhtenä työn resursoinnin keinona potilasohjauksen johtamisen prosessin kehittämisessä. Työnkuvan selkiyttäminen ja tiedonkulun vahvistaminen mainittiin konkreettisina kehittämiskohteina, minkä lisäksi hoitotyön johtajat pitivät tärkeänä, että potilasohjauksen prosessin kehittäminen on jatkuvaa toimintaa.

Arviointi on keskeinen osa kehittämisprosessia monella tasolla. Potilasohjauksen johtamisen kehittämiseen liittyen haastateltujen hoitotyön johtajien mielestä tulisi lähteä liikkeelle toimintatapojen kyseenalaistamisesta ja arvioinnista. Oman toiminnan tarkastelu ja kyseenalaistaminen nähtiin arvioinnin lähtökohtana – jotta toimintaa voi kehittää, tulee nykyistä toimintaa arvioida kriittisesti ja löytää kohdat, jotka voivat heikentää toiminnan laatua. Hoitotyön johtajat pitivät hoitajalähtöisyyttä tärkeänä kehittämistyön lähtökohtana, koska potilasohjaustyötä tekevien ajateltiin tietävän parhaiten potilasohjauksessa esiintyvistä haasteista. On kuitenkin hyvä muistaa, että hoitotyön johtajalla on kokonaisnäkemys asiasta ja ajatus siitä, mihin suuntaan toimintaa kehitetään, joten potilasohjauksen johtamisen arvioinnissa hoitotyöntekijöiden näkemys on vain yksi osa kokonaisuutta.

Koulutus nähtiin keinona potilasohjaukseen ja sen johtamiseen liittyvän tiedon ja tietoisuuden lisäämisessä sekä oman osaamisen ylläpitämisessä. Johtajien mukaan on tarpeellista järjestää systemaattista koulutusta sekä hoitotyöntekijöille että hoitotyön johtajille, jotta potilasohjauksen johtaminen voitaisiin ymmärtää omana prosessinaan ja potilasohjaus

itsenäisenä hoitotyön toimintona. Vastuu oman osaamisen ylläpitämisessä ja koulutustarpeiden tunnistamisesta tuotiin niin ikään esiin sekä hoitotyöntekijän että hoitotyön johtajan näkökulmasta. Johtajalla on hoitotyöntekijöiden osaamisen lisäksi vastuu myös oman osaamisensa kehittämisestä. Koulutusta on hoitotyön johtajien mukaan tarpeellista kehittää moniulotteisesti, sillä haastattelujen aikaan potilasohjaus puuttui organisaatioiden koulutussuunnitelmista.

Yhteenvedona potilasohjauksen johtaminen on tällä hetkellä jäsentymätöntä ja osittain tiedostamatonta toimintaa, vaikka hoitotyön johtajat tekevät työssään monia potilasohjauksen johtamisen toimintoja. Potilasohjaus tunnistetaan työyhteisöissä vaihtelevasti, sen resursseihin ja olosuhteisiin vaikutetaan ja ymmärrystä pyritään lisäämään koulutuksen avulla.

Potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun vaikuttavat hoitajaan, potilaaseen, kohtaamiseen, organisaatioon ja resursseihin liittyvät tekijät ja potilasohjauksen johtamista tulisikin kehittää edellä mainitut tekijät huomioiden. Hoitotyön johtajat myös tiedostavat potilasohjauksen johtamisen kehittämistarpeen. Kehittäminen lähtee potilasohjauksen ja sen johtamisen tunnistamisesta ja sen kautta toiminnan suunnittelusta, minkä jälkeen voidaan rakentaa ja ottaa käyttöön toimintamalleja, joiden arvioinnista saadaan taas lisää tietoa kehittämisen tueksi. Koulutuksella voidaan lisätä tietoa ja ymmärrystä kaikissa kehittämisprosessin vaiheissa.

8 Pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden toteuttaman potilasohjauksen johtamista terveysasemilla. Tutkimuksessa tuotettiin uutta tietoa potilasohjauksen johtamisen käytännöistä sekä kehittämiskohteista ja kuvattiin siten potilasohjauksen johtamista. Aikaisempi tutkittu tieto aiheesta on niukkaa (katso luku 4) ja tämän tutkimuksen avulla on saatu lisätietoa potilasohjauksen johtamisesta hoitotyössä. Tässä Pohdinta-luvussa tarkastellaan ensin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä, minkä jälkeen tuloksista ja niiden merkityksestä esitetään kriittisiä huomioita. Lopuksi esitetään johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kuvailevassa haastattelututkimuksessa luotettavuus tarkoittaa metodologista eheyttä ja tarkkuutta (Holloway & Galvin 2016). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden periaatteiden avulla (Guba & Lincoln 1989, Holloway & Galvin 2016, Polit & Beck 2010).

Uskottavuudella (engl. credibility) tarkoitetaan laadullisessa haastattelututkimuksessa todenmukaisuutta eli että tutkijan kuvaus ja tulkinta vastaa tiedonantajien kuvausta ja että tutkimustulokset kuvaavat tiedonantajien esille tuomia asioita. Uskottavuuden lisäämiseksi tutkija on kuvannut tutkimusprosessin yksityiskohtaisesti ja avoimesti. Kuvauksessa tuodaan esiin haastateltavien alkuperäisiä ilmauksia ja esitetään, miten näistä on päädytty tutkimuksen tuloksiin. Näin tutkija osoittaa yhteyden tutkimusaineiston ja tutkimuksen tulosten välillä. Tutkija on reflektoinut omaa toimintaansa koko tutkimusprosessin ajan ja tarkastellut kriittisesti tekemiään valintoja ja niiden vaikutuksia sekä pyrkinyt löytämään vaihtoehtoisia selityksiä tekemilleen johtopäätöksille ja saavuttamilleen tuloksille. (Guba & Lincoln 1989, Holloway & Galvin 2016.)

Vahvistettavuudella (engl. confirmability) tarkoitetaan laadullisen tutkimuksen objektiivisuutta eli että lukija pystyy jäljittämään tutkimuksen tulosten syntymisen. Vahvistettavuuden lisäämiseksi tutkija on tehnyt muistiinpanot koko tutkimusprosessista ja aineiston analyysistä. Niiden avulla tutkimusprosessia on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja avoimesti. Aineiston analyysin etenemistä voidaan seurata ja analyysi voidaan toistaa läpinäkyvän kuvauksen avulla. Lukijan tulee pystyä seuraamaan tutkimuksen

etenemistä ja ymmärtämään tehtyjä johtopäätöksiä. Prosessin kuvauksessa tuodaan esiin myös tutkijan havainnot ja pohdinta siitä, miten tutkija on itse vaikuttanut tutkimukseen prosessin aikana. (Guba & Lincoln 1989, Holloway & Galvin 2016.) Tässä tutkimuksessa tutkija on pyrkinyt mahdollisimman objektiiviseen lähestymistapaan, mutta tutkijan oman tulkinnan osuutta analyysivaiheessa ei voida täysin sulkea pois. On mahdollista, että tutkijan oma ennakkokäsitys aiheesta on saattanut vaikuttaa kategoriointivaiheessa.

Siirrettävyydellä (engl. transferability) tarkoitetaan laadullisessa tutkimuksessa sitä, että tietyssä kontekstissa saavutetut tutkimustulokset ovat päteviä samankaltaisissa olosuhteissa tai osallistujilla. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa siirrettävyyden näkökulmasta arvioidaan kuvattun ilmiön esiintymistä muussa vastaavassa kontekstissa. Tässä tutkimuksessa siirrettävyyttä on edistetty kuvaamalla tehdyt ratkaisut, mukaan lukien tutkimusaineiston analyysi, mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja säilyttämällä kuitenkin aineiston monipuolisuus ja sisällöllinen rikkaus. (Holloway & Galvin 2016, Polit & Beck 2010.) Tutkimustulosten siirrettävyys mahdollistaa tulosten hyödyntämisen myös muissa vastaavissa hoitotyön konteksteissa. Tutkija pyrkii kuvaamaan tutkimusympäristön, -prosessin, tutkittavan ilmiön ja olosuhteet kattavasti ja yksityiskohtaisesti, jolloin tutkimustulosten siirrettävyyden arviointi mahdollistuu. Näin voidaan lisätä tutkimuksen tuottamia hyötyjä potilaille, hoitotyölle, hoitotieteelle ja yhteiskunnalle. Haastattelututkimuksen yleistettävyyks on kuitenkin asia, jota sillä ei voida saavuttaa, vaan tulosten analysoimiseksi jatkossa tarvitaan uutta tutkimusta. Tämän tutkimuksen otos oli melko pieni, 6 tiedonantajaa, eivätkä tämän tutkimuksen tulokset ole sellaisenaan siirrettävissä, vaan tutkimuksen avulla on tuotettu uutta tietoa aikaisemmin niukasti tutkitusta aiheesta. Tämän tutkimuksen tulosten avulla voidaan kuitenkin muodostaa käsitystä tutkittavasta aiheesta, tutkimustiedon puutteista ja kohdentaa sen perusteella jatkotutkimusta. Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen johtamisen määrittely tapahtuu melko yleisellä tasolla, vaikka aineisto onkin kerätty perusterveydenhuollon kontekstissa. Potilasohjauksen johtamista ja siihen liittyviä tekijöitä voitaisiin soveltaa muissakin konteksteissa, kuten erikoisairaanhoidossa, mutta tulosten hyödyntämisessä on syytä käyttää harkintaa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen kaikissa vaiheissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012, TENK 2023) ja tutkimuksen eettisessä ennakoarvioinnissa Turun yliopiston eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon 7.6.2021. Tutkimuksen aineistonkeruu aloitettiin yhden kaupungin organisaatiosta ja sitä jatkettiin toisessa kaupungissa riittävän aineiston saavuttamiseksi. Tarvittavat tutkimusluvut saatiin molempien kaupunkien terveystalveista vastaavilta johtajilta 16.8.2021 (9704-2021-3) ja 1.2.2022 (637/07.01.04.01.03/2022).

Tutkimuksen eettisyyttä on tarkasteltu neljän periaatteen avulla: totuudenmukaisuuden, yksityisyyden, luottamuksellisuuden sekä täsmällisyyden näkökulmista (Holloway & Galvin 2016). Totuudenmukaisuuden ja täsmällisyyden varmistamiseksi haastatteluista saatava tieto tallennettiin selkeyttä, perusteltavuutta ja toistettavuutta noudattaen (TENK 2019).

Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla (Holloway & Galvin 2016, TENK 2019).

Äänen kuuluvuus tarkistettiin ennen jokaista haastattelua (Holloway & Galvin 2016).

Haastattelutilanteessa Zoom-verkkokokousohjelman kameraa ei käytetty ja haastateltavan nimi muutettiin numerokoodiksi ennen nauhoitusta, jolloin nauhoitteella on tunnistettavissa ainoastaan haastateltavan ääni. Yksityisyyden ja luottamuksellisuuden vuoksi tutkimusmateriaalin säilyttämisessä, käsittelyssä ja hävittämisessä noudatettiin huolellisuutta. Tallenteet haastatteluista säilytettiin salasanalla suojatussa tiedostossa Turun yliopiston pilvipalvelussa (Seafile) ja tutkijan omalla tietokoneella salasanalla suojattuna, eikä niitä ladattu muualle. Turun yliopiston pilvipalveluun tallennettiin myös varmuuskopiot litteroinneista. Aineiston litterointia ei tehty julkisissa tiloissa. Aineisto hävitetään Pro gradu -tutkimuksen raportoinnin jälkeen. (TENK 2019.)

8.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Hoitotyön johtajien näkemykset potilasohjauksen johtamisesta olivat pääosin samansuuntaisia aikaisemman tutkimuskirjallisuuden (Bergh ym. 2015a, Bergh ym. 2015b, Bergh ym. 2012, Fereidouni ym. 2019, Hätönen ym. 2010, Latter ym. 1992, Paulse ym. 2020, See ym. 2020, Seyedin ym. 2015) kanssa. Vähäinen tutkimuskirjallisuus on kuitenkin osin jo melko vanhaa ja tämän tutkimuksen tuloksista voidaan tunnistaa aiheeseen liittyvää kehitystä.

Tutkimuskirjallisuudessa potilasohjauksen johtamista kuvaillaan lähinnä sen puuttumisen kautta ja potilasohjauksen johtamisnäkökulma kuvataan vielä tunnistamattomana (esim.

Bergh ym. 2015a, 2015b, 2012, Hätönen ym. 2010, See ym. 2020, Seyedin ym. 2015). Vaikka tämänkin tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, ettei potilasohjauksen johtamisessa ole vakiintuneita käytäntöjä, oli kuitenkin havaittavissa, että potilasohjaus tunnistettiin joissain yksiköissä jo hyvin ja yhdessä yksikössä johtajan käytettävissä oli potilasohjauksen kirjallinen toimintamalli. Positiivista kehitystä kuvaa myös se, että haastatteluissa osa johtajista toi esiin kokevansa potilasohjauksen olevan yhä tärkeämpi hoitotyön toiminto, johon tullaan kiinnittämään jatkossa enemmän huomiota.

Aiempien tutkimusten perusteella hoitotyön johtajat eivät tunnistanee vastuutaan potilasohjauksesta (Bergh ym. 2015a, 2015b) ja kokivat siihen liittyvän työnjaon epäselväksi (Bergh ym. 2015a, 2015b, 2012, Hätönen ym. 2010, See ym. 2020, Seyedin ym. 2015). Tämän tutkimuksen mukaan hoitotyön johtajat eivät myöskään tunnistanee potilasohjauksen johtamisen prosessia ja potilasohjauksen kuvattiin kuuluvan kaikille. Positiivista kuitenkin oli, että tässä tutkimuksessa hoitotyön johtajat tunnistivat työstään monia potilasohjauksen johtamiseen liittyviä toimintoja, joskaan niitä ei ole tehty nimenomaisesti potilasohjauksen johtamiseksi, vaan osana muuta työtä. Haastatteluissa hoitotyön johtajat kokivat potilasohjauksen johtamisen aiheena, jota eivät ole aiemmin juurikaan miettineet, mutta haastattelut koettiin ajatuksia herättävinä ja haastateltavat kertoivat kokeneensa oivalluksia niiden aikana. Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen johtamisen kehittämiskohteiksi nimettiin prosessin tunnistaminen ja yhteisten käytäntöjen luominen, mikä vastaa myös aiempien tutkimusten tuloksia (Bergh ym. 2012, 2015a, 2015b, Fereidouni ym. 2019, See ym. 2020). On kuitenkin huomattava, että vastaavaa on todettu jo yli 10 vuotta sitten, joten asian systemaattinen kehittäminen tulisikin tulevaisuudessa olla vahvasti esillä.

Tutkimustuloksiin voivat mahdollisesti vaikuttaa niin tutkijaan kuin haastateltaviin liittyvät tekijät ja tutkijan oman tulkinnan osuus on syytä ottaa huomioon tuloksia tarkastellessa (Graneheim ym. 2017, Holloway & Galvin 2016). Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen johtaminen oli haastateltaville aiheena entuudestaan tuntematon, vaikka potilasohjauksen johtaminen kuului heidän tehtäviinsä. Haastatellut johtajat kuitenkin kokivat, että haastattelu herätti heitä ajattelemaan asiaa uudella tavalla ja asennoituminen potilasohjauksen johtamisen kehittämistä kohtaan vaikutti kiinnostuneelta ja positiiviselta. Tämä osoittaa aiheen tärkeyden ja keskustelua systemaattisesta kehittämisestä on aiheellista nostaa entistä vahvemmin esiin.

Vaikka tutkija on tässä tutkimuksessa pyrkinyt minimoimaan oman tulkinnan osuuden ja perustamaan analyysin puhtaasti tiedonantajien tuottamalle sisällölle, ei voida täysin sulkea pois sitä mahdollisuutta, että tutkijan oma ennakkokäsitys aiheesta on saattanut jossain määrin vaikuttaa kategorioiden muodostamiseen analyysivaiheessa. Tuloksiin ovat voineet vaikuttaa myös haastateltavien käsitykset potilasohjauksesta, näkemykset hoitotyöstä ja hoitotyöntekijän roolista. Haastattelut aloitettiin kysymällä potilasohjauksen määritelmästä ja pyrittiin luomaan yhteinen ymmärrys siitä, mitä potilasohjauksella tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Haastattelujen edetessä kuitenkin ilmeni haastateltavilla olevan erilaisia lähestymistapoja hoitotyöhön ja potilasohjaukseen, minkä seikan tutkija huomasi olevan yhteydessä kuvaukseen potilasohjauksesta. Puhuttiin esimerkiksi potilaan kyvystä vastaanottaa tietoa ja ymmärtää ohjausta, ei vastavuoroisesta vuorovaikutuksesta, jossa osa hoitotyöntekijän ammattitaitoa on huomioida potilaan yksilöllisyys ja tuoda asia esiin ymmärrettävästi ja potilaan tarpeita vastaavalla tavalla. Voidaankin miettiä ja tutkia tulevaisuudessa, miten mahdollinen paternalistinen näkemys ohjauksesta on yhteydessä sen johtamiseen.

Tutkimuksen tuloksista voidaan tehdä myös kriittisiä huomioita. Hoitotyön johtajat mainitsivat potilaaseen liittyvät piirteet, kuten fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä mahdolliset kielelliset haasteet, potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun vaikuttaviksi tekijöiksi. Toisaalta haastateltavat toivat vahvasti esiin potilaan yksilöllisyyden ja yksilöllisten tarpeiden huomioinnin tärkeyden – ohjauksen pitäisi olla yksilöllistä ja yhtä laadukasta potilaasta riippumatta, joten ei vaikuta perustellulla yhdistää potilaan fyysinen tai psyykinen toimintakyky tai kielelliset haasteet potilasohjauksen toteutumattomuuteen tai heikentyneeseen laatuun. Potilaan ominaisuudet luonnollisesti vaikuttavat ohjauksen sisältöön, ohjausmenetelmiin tai muihin tekijöihin, jotka tekevät potilasohjauksesta yksilöllistä, mutta toteutumatta tai heikkolaatuiseksi ohjaus ei saisi näiden seikkojen takia jäädä. Jatkossa onkin tutkittava potilasohjauksen toteutumista ja laatua potilaan yksilöllisyyden ja hänen omien voimavarojensa tukemisen näkökulmasta.

Potilasohjauksen johtamisen prosessin tuntemattomuus kävi myös ilmi haastatteluista. Kysyttäessä potilasohjauksen johtamiseen liittyvistä kirjallisista toimintaohjeista tai -malleista, hoitotyön johtajat toivat esiin potilasohjaukseen jollain tavalla liittyvän kirjallisen materiaalin kuten erilaiset potilasohjeet ja post-operatiiviset hoito-ohjeet, Suomen lainsäädäntö ennaltaehkäisevissä terveystarkastuksissa ja Terveysyötymalli (Chronic Care

Model, CCM), joka on pitkäaikaisten tilojen ja tautien hoidon kehittämisessä hyödynnettävä viitekehys. Edellä mainitut eivät ole potilasohjauksen johtamisessa hyödynnettäviä toimintaohjeita tai -malleja vaan potilasohjauksessa käytettävää kirjallista ohjausmateriaalia, laki terveystarkastuksessa huomioitavista asioista ja viitekehys, jota voitaisiin toki hyödyntää, kun luodaan potilasohjauksen johtamiseen toimintamallia. On myös huomioitavaa, että haastatteluissa ei juurikaan ilmennyt maamme lainsäädäntö potilaan oikeuksista tiedon saamiseen (785/1992) ja kyseisen oikeuden edistämisestä johtamisen keinoin (esim. Inkeroinen ym. 2023).

Haastattelututkimuksen avulla lisättiin ymmärrystä potilasohjauksen johtamisen käytännöistä ja tuotiin esiin hoitotyön johtajien näkemyksiä potilasohjauksen johtamisen kehittämisestä. Haastatteluissa kävi ilmi, että potilasohjauksen määritelmä ja ymmärrys siitä, mitä potilasohjaukseen kuuluu, vaihtelee hoitotyön johtajien keskuudessa. Kun potilasohjausta tarkastellaan johtamisen näkökulmasta, on ilmeistä, että hoitotyön johtajan käsitys potilasohjauksesta määrittää siihen liittyviä johtamisen toimintoja. Potilasohjauksen johtaminen on siis syytä aloittaa määrittelemällä potilasohjaus. Tämän jälkeen voidaan miettiä, mitä hoitotyön johtaja tekee tällä hetkellä ja mitä voisi tehdä potilasohjauksen toteutumisen ja laadun parantamiseksi. Yleistettävämmän tiedon saamiseksi potilasohjauksen johtamista tulee tutkia erilaisissa metodeilla ja myös muissa hoitotyön ympäristöissä.

8.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulokset ovat linjassa aiempien tutkimusten kanssa. Potilasohjauksen johtaminen vaikuttaa heikosti tunnistetulta osa-alueelta hoitotyön johtamisessa. Potilasohjauksen tunnistamisessa ja käytännöissä on vielä kehitettävää, minkä vuoksi myös potilasohjauksen johtamisen näkökulmaa on vielä kovin tuntematon. Potilasohjauksen johtamiseen liittyviä toimintoja sisältyy jo hoitotyön johtajien työhön, mutta tämän tutkimuksen mukaan he eivät ole tehneet potilasohjaukseen liittyvää johtamistyötä tiedostetusti. Jotta potilasohjauksen johtamista voitaisiin kehittää, tulee prosessi ensin tunnistaa, luoda siihen liittyvät yleiset käytännöt ja toimintatavat sekä arvioida toimintaa systemaattisesti. On kuitenkin huomioitava, että tulokset perustuvat varsin pieneen vastaajajoukkoon perusterveydenhuollossa ja niiden yleistettävyys edellyttää aineiston laajentamista.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Potilasohjauksen johtaminen on sekä aiemman kirjallisuuden että tämän tutkimuksen mukaan kokonaisuutena niukasti tutkittu alue ja jatkossa tarvitaan ainakin seuraavanlaista moniulotteista jatkotutkimusta:

- Teoreettista tutkimusta potilasohjauksen johtamisen käsitteistön ja aiheen lähtökohtien selkiyttämiseksi. Tutkimusta tarvitaan, koska asiaan liittyvä käsitteistö on vielä vakiintumatonta eikä potilasohjauksen johtaminen vaikuta olevan yleisesti tunnistettua terveydenhuollossa.
- Empiiristä tutkimusta tarvitaan niin yksilön, terveystalouden kuin -organisaationkin tasolla potilasohjauksen johtamisen käytänteiden tunnistamiseksi, rakenteiden luomiseksi ja arvioimiseksi sekä toimintamallien kehittämiseksi. Yksilötasolla hoitotyön johtajan rooli sekä potilasohjausta toteuttavan hoitajan vastualueet vaativat kirkastamista. Myös organisaation tasolla on syytä tunnistaa vastualueet ja luoda käytännöt potilasohjauksesta ja sen johtamisesta.
- Hoitotyön johtajien osaaminen potilasohjauksen johtamiseen tulee niin ikään analysoida tieteellisesti ja tarvittaessa kehittää tutkimukseen perustuvaa johtamiskoulutusta.
- Pidemmällä aikavälillä tarvitaan tutkimusta potilasohjauksen johtamisen standardoitujen menetelmien implementoinnista ja vaikuttavuudesta. Tällöin päästään tarkastelemaan myös toiminnan yhteiskunnallisia vaikutuksia ihmisten terveyden, terveystalouden ja kansantalouden näkökulmasta.
- Hoitotyön johtamistutkimukselle on todettu laaja-alainen tarve myös muilla johtamisen ja hoitotyön osa-alueilla (Chipps ym. 2021) ja tämän tutkimuksen jatkotutkimusaiheet vastaavat osaltaan myös tähän tarpeeseen.

Kootusti voidaan siis todeta tarvittavan jatkotutkimuksen olevan varsin laaja. Tutkimusta kuitenkin edistää se, että haastatellut hoitotyön johtajat suhtautuivat potilasohjaukseen ja johtamiseen toimintana myönteisesti ja asian kehittämishalukkuus kävi vastauksissa ilmi.

Lähteet

- Abdelhafiz, I. M., Alloubani, A. M. & Almatari, M. (2016). Impact of leadership styles adopted by head nurses on job satisfaction: a comparative study between governmental and private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 24(3), 384–392. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/jonm.12333>
- Alloubani, A., Akhu-Zaheya, L., Abdelhafiz, I. M. & Almatari, M. (2019). Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(6), 1022–1033. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1108/IJHCQA-06-2018-0138>
- Azimirad, M., Magnusson, C., Wiseman, A., Selander, T., Parviainen, I., & Turunen, H. (2021). British and Finnish nurses' attitudes, practice, and knowledge on deteriorating patient in-service education: A study in two acute hospitals. *Nurse Education in Practice*, 54, 103093–103093. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103093>
- Backman, A., Lövheim, H., Lindkvist, M., Sjögren, K., & Edvardsson, D. (2022). The significance of nursing home managers' leadership—longitudinal changes, characteristics and qualifications for perceived leadership, person-centredness and climate. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9–10), 1377–1388. <https://doi.org/10.1111/jocn.15999>
- Bennis, W. & Nanus, B. (1986). Johtajat ja johtajuus. Tampere: Weilin+Göös, Tampereen kirjapaino Oy.
- Bergh, A. L., Friberg, F., Persson, E. & Dahlbogr-Lyckhage, E. (2015). Registered Nurses' Patient Education in Everyday Primary Care Practice: Managers' Discourses. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 2333393615599168–. <https://doi.org/10.1177/2333393615599168> (Bergh 2015a)
- Bergh, A. L., Friberg, F., Persson, E. & Dahlborg-Lyckhage, E. (2015). Perpetuating “New Public Management” at the expense of nurses' patient education: a discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 22(3), 190–201. <https://doi.org/10.1111/nin.12085> (Bergh ym 2015b)
- Bergh, A. L., Karlsson, J., Persson, E. & Friberg, F. (2012). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education - focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 758–770. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01460.x>
- Bjerregård Madsen, J., Kaila, A., Vehviläinen-Julkunen, K. & Miettinen, M. (2020). Hoitotyön johtajien ja lähijohtajien työn sisältö erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, 32 (2), 75–85.
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2018). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(1), 65–75.
- Chipps, E. M., Joseph, M. L., Alexander, C., Lyman, B., McGinty, L., Nelson-Brantley, H., ... Weaver, S. (2021). Setting the Research Agenda for Nursing Administration and Leadership Science: A Delphi Study. *The Journal of Nursing Administration*, 51(9), 430–438. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001042>
- Cope, V., & Murray, M. (2017). Leadership styles in nursing. *Nursing Standard*, 31(43), 61–70. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10836>
- Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T., & Chatterjee, G. E. (2021). The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103842–103842. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>

- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Cutilli, C. C. (2020). Excellence in Patient Education: Evidence-Based Education that “Sticks” and Improves Patient Outcomes. *The Nursing Clinics of North America*, 55(2), 267–282. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.02.007>
- Eskolin, S., Inkeroinen, S., Leino-Kilpi, H., & Virtanen, H. (2023). Instruments for measuring empowering patient education competence of nurses: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(7), 2414–2428. <https://doi.org/10.1111/jan.15597>
- Farahani, M. A., Mohammadi, E., Ahmadi, F. & Mohammadi, N. (2013). Factors influencing the patient education: A qualitative research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 133–139.
- Fereidouni, Z., Sabet Sarvestani, R., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M. & Kalyani, M. N. (2019). Moving Into Action: The Master Key to Patient Education. *The journal of nursing research*, 27(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000280>
- Finbråten. H. S., Guttorsrud, Ø., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A. & Wilde-Larsson, B. (2020). Explaining variance in health literacy among people with type 2 diabetes: The association between health literacy and health behaviour and empowerment. *BMC Public Health*, 20(1), 161-z. <https://doi:10.1186/s12889-020-8274-z>
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2017). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035–1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>
- Franzen, J., Mantwill, S., Rapold, R., & Schulz, P.J. (2014). The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *European Journal of Public Health*, 24(6), 997–1003. <https://doi:10.1093/eurpub/ckt202>
- Friberg, F., Granum, V. & Bergh, A. L. (2012). Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170–186. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/j.1365-2834.2011.01367.x>
- González-García, A., Pinto-Carral, A., Pérez-González, S., & Marqués-Sánchez, P. (2021). Nurse managers' competencies: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1410–1419. <https://doi.org/10.1111/jonm.13380>
- Graneheim, U., Lindgre, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Greenwood, D. A., Gee, P. M., Fatkin, K. J., & Peoples, M. (2017). A Systematic Review of Reviews Evaluating Technology-Enabled Diabetes Self-Management Education and Support. *Journal of diabetes science and technology*, 11(5), 1015–1027. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1177/1932296817713506>
- Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 7th edition. Elsevier, Inc. St. Louis, Missouri. s. 215–217, 257–258
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage Publications. Teoksessa Holloway, I. & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Health Care*. 4th edition. Wiley-Blackwell.
- Gunawan, J., & Aunguroch, Y. (2017). Managerial competence of first-line nurse managers: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1), e12502-n/a. <https://doi.org/10.1111/ijn.12502>

- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M. L., McDaniel, A. M., & Liu, Y. (2022). Competence-based human resource management to improve managerial competence of first-line nurse managers: A scale development. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), e12936-n/a. <https://doi.org/10.1111/ijn.12936>
- Heikkinen, K. (2011). Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turku: University of Turku. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4680-8>
- Holloway, I. & Galvin, K. (2016). *Qualitative Research in Nursing and Health Care*. 4th edition. Wiley-Blackwell. s. 87–105, 151
- Hotus. (2020). Tutkimusten arviointikriteeristö (JBI). <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/> (Viitattu 9/2021)
- Hoving, C., Visser, A., Mullen, P. D. & van der Borne, B. (2010). A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Education and Counseling*. 78 (2010) 275–281. <https://doi:10.1016/j.pec.2010.01.015>
- Hätönen, H., Kuosmanen, L., Koivunen, M. & Välimäki, M. (2010). Patient education practices in psychiatric hospital wards: A national survey in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(5), 334–339. <https://doi.org/10.3109/08039481003675076>
- Inkeroinen, S., Virtanen, H., Stolt, M., & Leino-Kilpi, H. (2023). Patients' right to know: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15–16), 4311–4324. <https://doi.org/10.1111/jocn.16603>
- Johansson, K., Klemetti, S., Cabrera Torres, E., Cano, S., Charalambous, A., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Johansson Stark, Å., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sigurdardottir, A. K., Sourtzi, P., Unosson, M., Zabalegui Yáñez, A. & Leino-Kilpi, H. (2014). *Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: a European survey*. <https://doi.org/10.1111/ijn.12189>
- Kangasniemi M., Hipp K., Häggman-Laitila A., Kallio H., Karki S., Kinnunen P., Pietilä A-M., Saarnio R., Viinamäki L., Voutilainen A. & Waldén A. (2018). Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-452-8>
- Kanninen, T., Häggman-Laitila, A., Tervo-Heikkinen, T., & Kvist, T. (2021). An integrative review on interventions for strengthening professional governance in nursing. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1398–1409. <https://doi.org/10.1111/jonm.13377>
- Kantane, K. (2017). *Kuntasektorilla toimivien hoitotyön johtajien johtamisosaaminen ja sen muutos*. Tampere: Tampere University Press. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0341-9>
- Kesänen, J., Leino-Kilpi, H., Lund, T., Montin, L., Puukka, P., & Valkeapää, K. (2017). Increased preoperative knowledge reduces surgery-related anxiety: a randomised clinical trial in 100 spinal stenosis patients. *European Spine Journal*, 26(10), 2520–2528. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-4963-4>
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. (2008). Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1, Helsinki.
- Klemetti, S., Ingadottir, B., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Valkeapää, K., Zabalegu, A. & Leino-Kilpi, H. (2018). Skills and Practices of European Orthopedic Nurses in Empowering Patient Education. *Research & Theory for Nursing Practice*. 32(4):382–399. <https://doi:10.1891/1541-6577.32.4.382>
- Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrera, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Katajisto, J., Papastavrou, E., Unosson, M. & Valkeapää, K. (2015). Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip

- Replacement in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*, 24(6), 624–643. <https://doi.org/10.1177/1054773814549992>
- Koivisto, J., Muurinen, H. & Parviainen, L. (2022). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-915-3>
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250–258.
- [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä \(612/2021\)](#)
- Lammintakanen, J., Rissanen, S., Peronmaa-Hanska, E., Joensuu, M. & Ruottu, T. (2016). Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:68. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3851-9>
- Latter, S., Clark, J. M., Wilson-Barnett, J. & Maben, J. (1992). Health education in nursing: perceptions of practice in acute settings. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 17(2):164-172. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01871.x>
- Lockwood, C., Munn, Z., Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 13(3):179–187.
- Luger, S., & Fitzpatrick, J. J. (2022). Narrative Nursing Leadership “Story Telling” and Constructs of Authentic Nursing Leadership. *Nurse Leader*, 20(1), 67–69. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.003>
- Lynggaard, V., Nielsen, C. V., Zwisler, A.-D., Taylor, R. S., & May, O. (2017). The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 236, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.02.051>
- Lääketieteen sanasto. (2022). Potilasohjaus. www.terveyskirjasto.fi. Lääkärikirja duodecim. Kustannus Oy Duodecim 28.1.2022. Artikkelin tunnus: ltt04717 (04717). Luettu 26.5.2023.
- Maijala, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2016). Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Applied nursing research*, 30, 45–51. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1016/j.apnr.2015.11.002>
- Mantwill, S. & Schulz, P. J. (2015). Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data. *Patient Education and Counseling*, [https://doi:S0738-3991\(15\)30015-X](https://doi:S0738-3991(15)30015-X)
- Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H. (2001) Instruments for evaluating nurse competence. *Journal of Nursing Administration* 31(7), 346–352.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K. & Mu, P-F. (2017). Systematic reviews of etiology and risk. Teoksessa: Aromataris E & Munn Z (toim.). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute.
- Murray, M., Sundin, D. & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1287–1293. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/jocn.13980>
- Mölläri, K., Puroharju, T., Hauhio, N. & Saukkonen, S. M. (2021). Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2020. Tilastoraportti 11/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.5.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042311465>
- Niinihuhta, M., & Häggman-Laitila, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-

- being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040-n/a.
<https://doi.org/10.1111/ijn.13040>
- Niinihuhta, M., Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2022). Nurse leaders' work-related well-being—Relationships to a superior's transformational leadership style and structural empowerment. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2791–2800. <https://doi.org/10.1111/jonm.13806>
- Niiranen V. (2014). Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa: Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) *Johtajana muutoksissa. Acta julkaisusarja* 253, Suomen Kuntaliitto, Helsinki s. 43-82
- Niksadat, N., Rakhshanderou, S., Negarandeh, R., Ramezankhani, A., Farahani, A. V. & Ghaffari, M. (2019). Development and Psychometric Evaluation of Andragogy-based Patient Education Questionnaire (APEQ), *American Journal of Health Education*, 50:6, 390–397, <https://DOI:10.1080/19325037.2019.1662860>
- OECD. (2023). Healthcare Utilisation: Hospital average length of stay by diagnostic categories: Diseases of the circulatory system.
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Luettu 19.1.2024)
- O'Meara, L., Williams, S. L., Ames, K., Lawson, C., Saluja, S. & Vandelanotte, C. (2019). Low health literacy is associated with risk of developing type 2 diabetes in a nonclinical population. *The Diabetes Educator*, 45(4), 431–441.
<https://doi:10.1177/0145721719857548>
- Ost, K., Blalock, C., Fagan, M., Sweeney, K. M. & Miller-Hoover, S. R. (2020). Aligning Organizational Culture and Infrastructure to Support Evidence-Based Practice. *Critical Care Nurse*, 40(3), 59–63. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.4037/ccn2020963>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 10(1), 178–189.
<https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Paulse, P., Jooste, K. & Majee, M. (2020). Closing the Gap: Exploring Nurse Managers' Support to Midwives in Implementing HIV/AIDS Testing and Counselling within Protocol. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 22:2, 1–19, 10.25159/2520-5293/4882
- Pedersen, C. G., Nielsen, C. V., Lynggaard, V., Zwisler, A. D., & Maribo, T. (2022). The patient education strategy “learning and coping” improves adherence to cardiac rehabilitation in primary healthcare settings: a pragmatic cluster-controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 1–364. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02774-8>
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, MA. 2006. Health Promotion in Nursing Practice. 6th edition. Pearson, New Jersey, 44 – 50
- Polit, D., & Beck, C. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (11), 1451–1458.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>
- Pueyo-Garrigues, M., Whitehead, D., Pardavila-Belio, M. I., Canga-Armayor, A., Pueyo-Garrigues, S. & Canga-Armayor, N. (2019). Health education: A Rogerian concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 94, elsevier Ltd, 131-138.
<https://DOI:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.005>
- Richards, M., Inkeroinen, S., Katajisto, J., Muje, S., Virtanen, H., & Leino-Kilpi, H. (2023). Empowering Healthcare Through User Feedback: A Multidimensional Analysis of the Knowledge. *Patient Preference and Adherence*, 17, 3155–3165.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S425866>
- See, M., Chee, S., Rajaram, R., Kowitlawakul, Y. & Liaw, S. (2020). Missed nursing care in patient education: A qualitative study of different levels of nurses' perspectives.

- Journal of Nursing Management*. 28(8), 1960–1967,
<https://doi.org/10.1111/jonm.12983>
- Seyedin, H., Goharinezhad, S., Vatankhah, S. & Azmal, M. (2015). Patient education process in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 220–.
- STM. (2013). Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä. Viitattu 10.5.2021. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>
- Stenberg, U., Vågan, A., Flink, M., Lynggaard, V., Fredriksend, K., Westermann, K. F. & Gallefosse, F. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 101(6):1006–1035. <https://doi:10.1016/j.pec.2018.01.006>
- Sydänmaalakka, P. (2004). Älykäs johtajuus: ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Talentum Media Oy, Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- TENK. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Helsinki.
https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf (Luettu 19.1.2024)
- TENK. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki.
https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf (Luettu 19.1.2024.)
- TENK. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.
https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Luettu 19.1.2024)
- Terkamo-Moisio, A., Leino-Kilpi, H., Kaakinen, P., Palonen, M., & Peltonen, L.-M. (2021). Hoitotyön johtamisen tehtäväkuvat ja johtamisosaaminen jatkuvan oppimisen opintokokonaisuuteen osallistuvilla opiskelijoilla. *Hoitotiede*, 33(4), 220–230.
- Trastek, V. F., Hamilton, N. W., & Niles, E. E. (2014). Leadership Models in Health Care—A Case for Servant Leadership. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(3), 374–381.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.10.012>
- Tuominen, L. (2023). *Empowering education in patients with colorectal cancer*. Turun yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-9418-2>
- Van der Heijden, B. I. J. M., Mulder, R. H., König, C. & Anselmann, V. M. A. (2017). Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work, *Medicine*: 96(15):6505
<https://doi:10.1097/MD.0000000000006505>
- Warshawsky, N. E., Cramer, E., Grandfield, E. M., & Schlotzhauer, A. E. (2022). The influence of nurse manager competency on practice environment, missed nursing care, and patient care quality: A cross-sectional study of nurse managers in U.S. hospitals. *Journal of nursing management* 30.6 (2022): 1981–1989.
- Viitala, R. & Jylhä, E. (2019). Johtaminen. Keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit, 1.painos. Keuruu: Otava Kirjapaino Oy.
- Virtanen, H., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2007). Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 140–146.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.010>
- WHO. (2023) Health promotion. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 (Luettu 7.6.2023)
- WHO. (2021). Development of an implementation roadmap 2023-2030 for the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2030. *Who discussion paper for then regional expert consultations, 20 August 2021*.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/non-communicable-diseases/eb150---who-discussion-paper-on-ncd-roadmap-development-\(20-aug-2021\)---for-web.pdf?sfvrsn=58b8c366_17&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/non-communicable-diseases/eb150---who-discussion-paper-on-ncd-roadmap-development-(20-aug-2021)---for-web.pdf?sfvrsn=58b8c366_17&download=true) (Luettu 19.1.2024)

- Willis, D. G., Sullivan-Bolyai, S., Knafl, K. & Cohen, M. Z. (2016). Distinguishing Features and Similarities Between Descriptive Phenomenological and Qualitative Description Research. *Western Journal of Nursing Research*. Sep;38(9):1185–204.
- Wu, D., Lowry, P. B., Zhang, D., & Tao, Y. (2022). Patient Trust in Physicians Matters- Understanding the Role of a Mobile Patient Education System and Patient-Physician Communication in Improving Patient Adherence Behavior: Field Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12), e42941–e42941. <https://doi.org/10.2196/42941>

Liitteet

Liite 1. Taulukko tietokannoista ja hakusanoista

Liite 2. Taulukko tutkimuksista

Liite 3. Haastattelun runko

Liite 1. Taulukko tietokannoista ja hakusanoista

| Tietokanta | Hakulauseke | Tulos | Otsikko | Tiivistelmä | Koko teksti | Valittu |
|--|---|-------|---------|-------------|-------------|---------|
| | ("patient education*" OR "patient-education*" OR "health education*" OR "counseling*" OR "health information*" OR "health promoti*") AND ("nurse manager*" OR "nurse management*" OR "nursing management*" OR "nurse leader*" OR "nursing leader*" OR "nurse executive*" OR "nurse administrator*" OR "head nurse*") | | | | | |
| CINAHL (Ebsco) 3.8.2021 | ((MH "Health Education+") OR (MH "Patient Education+") OR (MH "Counseling+") OR (MH "Consumer Health Information+") OR (MH "Health promotion+") OR (TI "health education*") OR (AB "health education*") OR (TI "patient education*") OR (AB "patient education*") OR (TI "patient-education*") OR (AB "patient-education*") OR (TI counseling*) OR (AB counseling*) OR (TI "health information*") OR (AB "health information*") OR (TI "health promoti*") OR (AB "health promoti*")) AND ((MH "Nurse Administrators+") OR (TI "nurse manager*") OR (AB "nurse manager*") OR (TI "nurse management*") OR (AB "nurse management*") OR (TI "nursing management*") OR (AB "nursing management*") OR (TI "nurse leader*") OR (AB "nurse leader*") OR (TI "nursing leader*") OR (AB "nursing leader*") OR (TI "nurse executive*") OR (AB "nurse executive*") OR (TI "nurse administrator*") OR (AB "nurse administrator*") OR (TI "head nurse*") OR (AB "head nurse*")) | 863 | 694 | 213 | 39 | 5 |
| CINAHL 9/2021-27.4.2023 | ((MH "Health Education+") OR (MH "Patient Education+") OR (MH "Counseling+") OR (MH "Consumer Health Information+") OR (MH "Health promotion+") OR (TI "health education*") OR (AB "health education*") OR (TI "patient education*") OR (AB "patient education*") OR (TI "patient-education*") OR (AB "patient-education*") OR (TI counseling*) OR (AB counseling*) OR (TI "health information*") OR (AB "health information*") OR (TI "health promoti*") OR (AB "health promoti*")) AND ((MH "Nurse Administrators+") OR (TI "nurse manager*") OR (AB "nurse manager*") OR (TI "nurse management*") OR (AB "nurse management*") OR (TI "nursing management*") OR (AB "nursing management*") OR (TI "nurse leader*") OR (AB "nurse leader*") OR (TI "nursing leader*") OR (AB "nursing leader*") OR (TI "nurse executive*") OR (AB "nurse executive*") OR (TI "nurse administrator*") OR (AB "nurse administrator*") OR (TI "head nurse*") OR (AB "head nurse*")) | 71 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Cochrane Library 3.8.2021 | ((health NEXT education*) OR (patient NEXT education*) OR (counseling*) OR (health NEXT information*) OR (health NEXT promoti*)) AND ((nurse NEXT manager*) OR (nurse NEXT management*) OR (nursing NEXT management*) OR (nurse NEXT leader*) OR (nursing NEXT leader*) OR (nurse NEXT executive*) OR (nurse NEXT administrator*) OR (head NEXT nurse*)):ti,ab,kw | 68 | 58 | 7 | 1 | 0 |
| Cochrane Library 9/2021-4/2023 | ((health NEXT education*) OR (patient NEXT education*) OR (counseling*) OR (health NEXT information*) OR (health NEXT promoti*)) AND ((nurse NEXT manager*) OR (nurse NEXT management*) OR (nursing NEXT management*) OR (nurse NEXT leader*) OR (nursing NEXT leader*) OR (nurse NEXT executive*) OR (nurse NEXT administrator*) OR (head NEXT nurse*)):ti,ab,kw | 17 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Eric (Ebsco) 3.8.2021 | ((DE "Health Education+") OR (DE "Patient Education+") OR (DE "Counseling+") OR (DE "Health Promotion+") OR (TI "health education*") OR (AB "health education*") OR (TI "patient education*") OR (AB "patient education*") OR (TI "patient-education*") OR (AB "patient-education*") OR (TI counseling*) OR (AB counseling*) OR (TI "health information*") OR (AB "health information*") OR (TI "health promoti*") OR (AB "health promoti*")) AND ((DE "Administrators+") OR (TI "nurse manager*") OR (AB "nurse manager*") OR (TI "nurse management*") OR (AB "nurse management*") OR (TI "nursing management*") OR (AB "nursing management*") OR (TI "nurse leader*") OR (AB "nurse leader*") OR (TI "nursing leader*") OR (AB "nursing leader*") OR (TI "nurse executive*") OR (AB "nurse executive*") OR (TI "nurse administrator*") OR (AB "nurse administrator*") OR (TI "head nurse*") OR (AB "head nurse*")) | 9 | 6 | 2 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|------------|-----------|----------|
| Eric (Ebsco) 27.4.2023 | ((DE "Health Education+") OR (DE "Patient Education+") OR (DE "Counseling+") OR (DE "Health Promotion+") OR (TI "health education*") OR (AB "health education*") OR (TI "patient education*") OR (AB "patient education*") OR (TI "patient-education*") OR (AB "patient-education*") OR (TI counseling*) OR (AB counseling*) OR (TI "health information*") OR (AB "health information*") OR (TI "health promoti*") OR (AB "health promoti*")) AND ((DE "Administrators+") OR (TI "nurse manager*") OR (AB "nurse manager*") OR (TI "nurse management*") OR (AB "nurse management*") OR (TI "nursing management*") OR (AB "nursing management*") OR (TI "nurse leader*") OR (AB "nurse leader*") OR (TI "nursing leader*") OR (AB "nursing leader*") OR (TI "nurse executive*") OR (AB "nurse executive*") OR (TI "nurse administrator*") OR (AB "nurse administrator*") OR (TI "head nurse*") OR (AB "head nurse*")) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PubMed 3.8.2021 | ((("Health Education"[Mesh]) OR ("Patient Education as Topic"[Mesh]) OR ("Counseling"[Mesh]) OR ("Consumer Health Information"[Mesh]) OR ("Health Promotion"[Mesh]) OR ("health education*" [Title/Abstract]) OR ("patient education*" [Title/Abstract]) OR ("patient-education*" [Title/Abstract]) OR (counseling[Title/Abstract]) OR ("health information*" [Title/Abstract]) OR ("health promoti*" [Title/Abstract])) AND (("nurse leader*" [Title/Abstract]) OR ("nursing leader*" [Title/Abstract]) OR ("nurse manager*" [Title/Abstract]) OR ("nurse management*" [Title/Abstract]) OR ("nursing management*" [Title/Abstract]) OR ("nurse executive*" [Title/Abstract]) OR ("nurse administrator*" [Title/Abstract]) OR ("head nurse*" [Title/Abstract]) OR ("Nurse Administrators"[Mesh])) | 670 | 381 | 81 | 11 | 2 |
| PubMed 9/2021-27.4.2023 | ((("Health Education"[Mesh]) OR ("Patient Education as Topic"[Mesh]) OR ("Counseling"[Mesh]) OR ("Consumer Health Information"[Mesh]) OR ("Health Promotion"[Mesh]) OR ("health education*" [Title/Abstract]) OR ("patient education*" [Title/Abstract]) OR ("patient-education*" [Title/Abstract]) OR (counseling[Title/Abstract]) OR ("health information*" [Title/Abstract]) OR ("health promoti*" [Title/Abstract])) AND (("nurse leader*" [Title/Abstract]) OR ("nursing leader*" [Title/Abstract]) OR ("nurse manager*" [Title/Abstract]) OR ("nurse management*" [Title/Abstract]) OR ("nursing management*" [Title/Abstract]) OR ("nurse executive*" [Title/Abstract]) OR ("nurse administrator*" [Title/Abstract]) OR ("head nurse*" [Title/Abstract]) OR ("Nurse Administrators"[Mesh])) | 54 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Scopus (Elsevier) 3.8.2021 | (TITLE-ABS-KEY (("health education*" OR "patient education*" OR "patient-education*" OR "counseling*" OR "health information*" OR "health promoti*")) AND TITLE-ABS-KEY (("nurse manager*" OR "nurse management*" OR "nursing management*" OR "nurse leader*" OR "nursing leader*" OR "nurse executive*" OR "nurse administrator*" OR "head nurse*")) | 906 | 497 | 119 | 13 | 0 |
| Scopus (Elsevier) 2022-2023 | (TITLE-ABS-KEY (("health education*" OR "patient education*" OR "patient-education*" OR "counseling*" OR "health information*" OR "health promoti*")) AND TITLE-ABS-KEY (("nurse manager*" OR "nurse management*" OR "nursing management*" OR "nurse leader*" OR "nursing leader*" OR "nurse executive*" OR "nurse administrator*" OR "head nurse*")) | 87 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Web of Science 3.8.2021 | TOPIC: (("health education*" OR "patient education*" OR "patient-education*" OR "counseling*" OR "health information*" OR "health promoti*")) AND TOPIC: (("nurse manager*" OR "nurse management*" OR "nursing management*" OR "nurse leader*" OR "nursing leader*" OR "nurse executive*" OR "nurse administrator*" OR "head nurse*")) | 179 | 118 | 19 | 3 | 1 |
| Web of Science 9/2021-27.4.2023 | TOPIC: (("health education*" OR "patient education*" OR "patient-education*" OR "counseling*" OR "health information*" OR "health promoti*")) AND TOPIC: (("nurse manager*" OR "nurse management*" OR "nursing management*" OR "nurse leader*" OR "nursing leader*" OR "nurse executive*" OR "nurse administrator*" OR "head nurse*")) | 48 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 2021 | | 2694 | 1754 | 441 | 68 | 8 |
| 2023 | | 277 | 17 | 0 | 0 | 0 |
| Yhteensä | | 3241 | 1771 | 441 | 68 | 8 |

Liite 2. Taulukko tutkimuksista

| | Tutkimuksen tekijät, nimi, tutkimuspaikka ja -vuosi. Tiedonhakumetelmä. | Tutkimuksen tarkoitus (aim) | Tutkimus-asetelma (design) | Tutkittavat ja aineiston-keruumenetelmät | Keskeiset tulokset | Arviointi (JBI) |
|----|--|---|---|---|---|-----------------|
| 1. | Bergh AL, Friberg F, Persson E & Dahlborg-Lyckhage E. <i>Registered Nurses' Patient Education in Everyday Primary Care Practice: Managers' Discourse.</i> Ruotsi, 2015. Manuaalinen haku | Selvittää sairaanhoitajien potilasohjaustyön olosuhteita perusterveydenhuollossa tutkimalla hoitotyön johtajien viestintää - potilasohjaukseen liittyviä diskursseja. | Laadullinen tutkimus, sosiaalisen konstruktionismin näkökulma, kriittinen diskurssi-analyysi. | Fokusryhmähaastattelu. 12 perusterveydenhuollossa työskentelevää johtajaa muodostivat 3 fokusryhmää. (4+4+2, 2 ei pystynyt osallistumaan) | Potilasohjausta ei ole organisoitu järjestelmällisesti, eikä sitä voida tarkastella erillisenä hoitotyön osaamisalueena. Tunnistettiin 4 diskurssia: taloudellinen, lääketieteellinen, organisatorinen ja didaktinen. Hoitajien potilasohjaustaitoja tulee tukea, jotta voidaan tunnistaa myös viides diskurssi: terveyden edistäminen. | 9/10 |
| 2. | Bergh AL, Friberg F, Persson E & Dahlborg-Lyckhage E. <i>Perpetuating 'New Public Management' at the expense of nurses' patient education: a discourse analysis.</i> Ruotsi, 2015. PubMed | Selvittää sairaanhoitajien potilasohjaustyön olosuhteita sairaalassa tutkimalla hoitotyön johtajien viestintää - potilasohjaukseen liittyviä diskursseja. | Laadullinen tutkimus, sosiaalisen konstruktionismin näkökulma, kriittinen diskurssi-analyysi | Fokusryhmähaastattelu. 12 sairaalassa (1 yliopistosairaala, 2 kaupungin-sairaala) työskentelevää hoitotyön johtajaa muodostivat 3 fokusryhmää (10 osallistujaa, koska 2 ei päässytkään) | Johtajat eivät koe olevansa vastuussa potilasohjaustyön tukemisesta tai hoitajien pedagogisen osaamisen vahvistamisesta. Tunnistettiin 4 diskurssia: taloudellinen, lääketieteellinen, organisatorinen ja juridinen, joilla selitettiin potilasohjauksen tukemisessa epäonnistumista – em diskurssit ohittivat potilasohjauksen. | 9/10 |

| | | | | | | |
|----|---|---|--|--|--|------|
| 3. | <p>Bergh AL, Karlsson J, Persson E & Friberg F.</p> <p><i>Registered nurses' perceptions of conditions for patient education - focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects.</i></p> <p>Ruotsi, 2012.</p> <p>CINAHL</p> | <p>Kuvata hoitajien käsityksiä potilasohjauksen olosuhteista organisaatioon, ympäristöön ja ammatilliseen yhteistyöhön liittyen ja tutkia, onko olosuhteissa eroa perusterveydenhuollon (primary care), sairaalahoidon (hospital care) ja kotihoidon/ palveluasumisen/ laitoshoidon (municipal care) välillä.</p> | <p>Määrällinen kyselytutkimus, poikkileikkaus-asetelma ja laadullinen sisällön analyysi avoimen kysymyksen vastauksista.</p> | <p>Ositettu, satunnaisotos: 842 hoitajaa (vähintään 100/ tutkittava hoitotyön alue).</p> <p>Likert-asteikollinen kyselylomake, jossa myös avoimia kysymyksiä.</p> <p>Vastausprosentti 83 (n=701)</p> | <p>Potilasohjauksen organisatoriset tekijät (johdon tuki, kirjalliset toimintamallit/ ohjeet, opetusmateriaali), ympäristöön liittyvät tekijät (aika, paikka ja häiriötön ympäristö) ja ammatillinen yhteistyö (hoitajien välinen ja lääkäri-hoitaja yhteistyö) vaatii selvennystä ja kehittämistä. Potilasohjaus tulee tehdä näkyväksi. Johdon tuen ratkaiseva merkitys tunnistettava potilasohjauksen olosuhteiden luomisessa. Perusterveydenhuollossa eniten erityisosaajia ja pedagogista koulutusta sekä koettu parempi johdon tuki, enemmän aikaa ja rauhaa potilasohjaukselle kuin sairaalassa.</p> | 8/8 |
| 4. | <p>Fereidouni Z, Sabet Sarvestani R, Hariri G, Kuhpaye SA, Amirkhani M & Najafi Kalyan M.</p> <p><i>Moving Into Action: The Master Key to Patient Education.</i></p> <p>Iran, 2019.</p> <p>CINAHL</p> | <p>Tutkia hoitajien näkökulmia ja suosituksia potilasohjauksen parantamiseksi.</p> | <p>Laadullinen tutkimus, laadullinen sisällön analyysi.</p> | <p>Puolistrukturoitu haastattelu: 8 hoitotyön johtajaa.</p> <p>Fokusryhmäsessio: 16 hoitajaa (8 hoitajaa/ryhmä).</p> <p>Havainnointi.</p> | <p>Potilasohjausta voidaan parantaa vahvistamalla kokonaissitoutumista (motivoivien tekijöiden kehittäminen, muutoksen mahdollistaminen) ja uudistamalla rakenteita (toimintojen systematisointi, kontekstuaalisten tekijöiden edistäminen)</p> | 6/10 |
| 5. | <p>Hätönen H, Kuosmanen L, Koivunen M & Välimäki M.</p> | <p>Kuvata potilasohjauksen käytänteitä aikuisten</p> | <p>Määrällinen kuvaileva</p> | <p>41/48 organisaatiota antoi tutkimusluvan. 55/102</p> | <p>Potilaiden informointi toteutuu hyvin, puutteita potilasohjauksen toteutuksessa ja</p> | 6/8 |

| | | | | | | |
|----|---|---|--|---|--|------|
| | <i>Patient education practices in psychiatric hospital wards: A national survey in Finland.</i> Suomi, 2010. Web of science | akuuttipsykiatrisessa sairaalahoidossa. | kyselytutkimus, jossa myös avoin kysymys: laadullinen sisällön analyysi. | osastonhoitajaa vastasi kyselyyn (vastausprosentti 60%). Postitse lähetetty kyselylomake, jossa likertasteikollisia ja kyllä/ei -kysymyksiä sekä avoin kysymys. | laadussa: potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa. Vain muutamalla osastolla oli ohjeet potilasohjauksen toteuttamisesta. Potilasohjaukseen liittyvää koulutusta oli vain harvoin tarjolla henkilökunnalle. | |
| 6. | Latter S, Clark JM, Wilson-Barnett J & Maben J. <i>Health education in nursing: perceptions of practice in acute settings.</i> Englanti, 1992. CINAHL | Kuvata kansallisella tasolla terveysneuvonnan toimintojen esiintymistä akuutissa osastohoidossa. | Määrällinen, kuvaileva kyselytutkimus | Postitse lähetettiin kysely kaikkien Englannin sairaanhoitopiirien korkeimmassa asemassa olevalle hoitajalle (=senior nurse managers or their deputies) (n=195). Vastausprosentti 73 (n=142). | Terveysneuvonnan toiminnot: 1.potilasohjaus, 2.tiedonanto, 3.elämäntapaohjaus, 4.potilaan hoitoon osallistaminen 5.perheen hoitoon osallistaminen. Eniten esiintyi 1 ja 2, vähiten 4 ja 5. Esiintymistapa muodosti 2 ryhmää: A= 1-3, B= 4-5. | 7/8 |
| 7. | Paule P, Jooste K & Majee M. <i>Closing the Gap: Exploring Nurse Managers' Support to Midwives in Implementing HIV/AIDS Testing and Counselling within Protocol</i> Etelä-Afrikka, 2020 | Tutkia kätilöiden kokemuksia HIV/AIDS -testaus ja neuvonta -ohjelman implementoinnista ja kuvata hoitotyön johtajien kätilöille antamaa tukea implementoinnin aikana. | Laadullinen, kuvaileva, kontekstuaalinen tutkimus | Kahdeksan kätilöä valittiin tarkoituksenmukaisesti subjektiivisella otannalla yhdeltä Kapkaupunkilaiselta äitiysklinikalta. Aineisto kerättiin | Kätilöt kokivat saamansa emotionaalisen tuen sekä koulutusmahdollisuudet puutteelliseksi. Potilasohjaus koettiin vaikeaksi puutteellisen osaamisen vuoksi. Haasteena myös liian suuri työn kuorma ja henkilökunnan riittämättömyys. Implementoitava protokolla jäi epäselväksi | 7/10 |

| | | | | | | |
|----|--|--|---|---|--|------|
| | CINAHL | | | puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla. | kätilöille, jolloin työnjako oli ongelmamallista ja saattoi johtaa hoidon laadun heikkenemiseen. | |
| 8. | See MTA, Chee S, Rajaram R, Kowitlawakul Y, Liaw SY. <i>Missed nursing care in patient education: A qualitative study of different levels of nurses' perspectives.</i> Singapore, 2020 CINAHL | Tutkia hoitajien näkemyksiä potilasohjauksesta hoitotyön eri tasoilla postoperatiivisessa hoidossa. | Kuvaileva, selittävä laadullinen tutkimus | 35 hoitajaa (21 osastotyötä tekevää hoitajaa, 10 erikoissairaanhoidajaa ja 4 hoitotyön johtajaa) valittiin tarkoituksenmukaisesti ja muodostettiin 8 fokusryhmää. | Aineistosta erottui selkeästi kolme teemaa: 1. Työnjaon ja roolien epäselvyys potilasohjauksen toteuttamisessa, 2. Potilasohjaus ei ole ensisijainen hoitotyön toiminto (kiire, opetus ja ohjaus ei kuulu työpaikan kulttuuriin/ilmapiiriin), 3. Potilasohjauksen toteutus epävirallista ja muiden hoitotyön toimintojen ohessa tapahtuvaa keskustelua. | 8/10 |
| 9. | Seyedin H, Goharinezhad S, Vatankeh S & Azmal M. <i>Patient education process in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences.</i> Iran, 2015. Pubmed | Kirkastaa potilasohjausprosessia Teheranin lääketieteellisen yliopiston opetussairaaloissa Iranissa. | Määrällinen kuvaileva poikittaistutkimus | 187 osastonhoitajaa valittu mukavuusotannalla satunnaisesti valitusta kymmenestä opetussairaalaista. Kysely kehitetty tätä tutkimusta varten. | Potilasohjausprosessin osa-alueiden toteutuminen (1-5): tarpeenarvio (3,53), suunnittelu (3,57), toteutus (3,31) ja arviointi (2,84). Suunnittelu tehtiin useimmiten, arviointi jäi useimmiten tekemättä. Prosessi ei ole standardoitu ja selkeät toimintaohjeet puuttuvat. | 4/8 |

Liite 3. Haastattelun runko

Potilasohjauksen johtaminen perusterveydenhuollossa – hoitotyön johtajien näkökulma

Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu

Aihe: Potilasohjauksen johtaminen perusterveydenhuollossa – hoitotyön johtajien näkökulma

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitotyön johtajat johtavat potilasohjauksen toteutusta terveysasemilla?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä potilasohjauksen toteutumiseen ja laatuun hoitotyön johtajien mielestä?
3. Miten potilasohjauksen johtamista tulisi kehittää?

Haastattelu:

1. Työkokemus hoitotyön johtajana
2. Mitä potilasohjaus mielestäsi on?
 - millaista on laadukas potilasohjaus?
3. Potilasohjauksen toimintamallit työpaikalla.
 - Potilasohjaukseen liittyvät ohjeet
4. Potilasohjauksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät
 - Edistävät ja estävät asiat
5. Potilasohjauksen laatuun yhteydessä olevat tekijät
 - Laatua parantavat ja heikentävät asiat
6. Millaisiin potilasohjaukseen yhteydessä oleviin tekijöihin pystyt omassa työssäsi vaikuttamaan?
7. Potilasohjauksen johtamisen näkyminen johtamistyössä/omassa työssä esihenkilönä
8. Kuvaile tilanne, jossa olet omasta mielestäsi onnistunut mahdollistamaan laadukkaan potilasohjauksen toteutumista.
9. Kehittämiskohteet potilasohjauksen johtamisessa
10. Potilasohjauksen arvostus
 - puhutaanko potilasohjauksesta työpaikallasi?
11. Mitä jäi kysymättä, mitä olisit halunnut vielä kertoa aiheesta?

