

KIRURGISTEN POTILAIEN TIEDONSAANTI JA HOITON OSALLISTUMINEN-

Kyselytutkimus vuosina 2008 ja 2010

Katja Kylliäinen
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Terveystieteiden opettajan koulutus
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Marraskuu 2012

Avainsanat: kirurginen potilas, tiedonsaanti, hoitoon osallistuminen, yksilöllisyys, omainen

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla hoidettujen potilaiden arviointeja tiedon saannista ja mahdollisuudesta osallistua hoitoonsa. Tutkimuksessa verrattiin Ihmisläheinen hoito- mittarilla (RILH - mittari) saatuja tutkimustuloksia vuosina 2008 ja 2010.

Tutkimuksessa käytettiin valmiita, vuonna 2008 (n=664) ja 2010 (n=668) kyselylomakkeella kerättyjä sekundääriaineistoja hoidon laadusta potilaiden arvioimina. Tutkimukseen osallistui potilaita neljästä suomalaisesta sairaalasta. Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin tilastollisin menetelmin SPSS 19.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Muuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla. Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujaan testattiin parametrittomilla testeillä. Taustamuuttujien yhteyttä tiedonsaantiin ja hoitoon osallistumiseen testattiin myös useampisuuntaisella varianssianalyysillä. Tulokset raportoitiin frekvensseinä, prosentteina ja tunnuslukuina (keskiarvo, keskihajonta).

Kokonaisuutena potilaat arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen hyväksi molempina vuosina ja parannusta oli tapahtunut vuodesta 2008 vuoteen 2010. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon vuonna 2010. He eivät kuitenkaan olleet tyytyväisiä tiedonsaantiin ja hoitoon osallistumiseen kaikilta osin. Tavoitteiden asettaminen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ja hoitoon osallistumisen mahdollisuus sekä omaisten huomioiminen todettiin puutteelliseksi molempina vuosina. Potilaiden taustatekijöiden yhteys tyytyväisyyteen erosi vuosien välillä. Vuonna 2008 tyytyväisyyttä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen selittivät useammat taustatekijät kuin vuonna 2010. Heikoimmin tiedon saantia ja hoitoon osallistumista arvioivat vuonna 2008 alle 44-vuotiaat, korkeakoulutetut, päivystys- ja poliklinikkapotilaat. Myös vuonna 2010 päivystys- ja poliklinikkapotilaat olivat usein tyytymättömiä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen.

Tämän tutkimuksen tuloksia voivat hyödyntää kirurgisia potilaita hoitavat yksiköt ja organisaatiot sekä terveysalan koulutusyksiköt. Tieto auttaa kehittämään kirurgisten potilaiden tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista. Hoitotieteelle tämä tutkimus tuottaa tietoa tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta, joka on ollut puutteellista myös aikaisempien tutkimusten mukaan.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science
Nursing Science
Nurse teacher education
Kylliäinen, Katja

ABSTRACT

The level of Thesis:

Supervisors:

November 2012

Surgical patients' information and participation in own care - survey in 2008 and 2010
Master's thesis, 75 pages, 4 appended tables (14 pages)
University researcher Tarja Kvist
Professor Katri Vehviläinen - Julkunen,

Keywords: surgical patient, information, participation in own care, individuality, relative

The purpose of the study was to describe surgical patients' satisfaction of the information and participation in their own care in the surgical wards and outpatient clinics in 2008 and 2010. The results, measured by Revised Humane Caring Scale (RHCS), by the years 2008 and 2010 were compared to each other.

The used data was collected in 2008 (n=446) and 2010 (n=448) about quality of care evaluated by patients in this survey. The data consists of information of the quality of care evaluated by patients in this survey. The survey was carried out using a structured questionnaire. The data consists of patients of in four Finnish hospitals. A statistical analysis of the data was conducted with *SPSS for Windows 19.0* software. The connection between variables was examined by cross-tabulation. The relationship between the background variables and the sum variable was tested using nonparametric tests. Also, the connection between background variables and information and participation in own care was tested by multiple variance analysis. The results were reported using frequencies, percentages and statistics (mean, standard deviation).

Overall, the information and participation in own care, were evaluated to be good by the patients for both years. However, the evaluations were better in 2010 than in 2008. The patients were satisfied in their treatment in 2010. Notwithstanding, the patients were not satisfied in information and participation in own care in all the areas. There were dissatisfaction by the patients concerning the setting of a target with nursing staff and the possibility to participate in own care and the way the staff payed attention to relatives. How patients' backgrounds affected the satisfaction differs in the studied years. In 2008, there were more differences by background than in 2010. In 2008, the weakest evaluation of information and participation in own care was given by patients under 44 years old, high education and emergency- and outpatient clinics. Also, in 2010 the patients in emergency- and outpatient clinics were unsatisfied in information and participation in own care.

This study can be utilized in surgical units, organizations and the schools of nursing. The knowledge received from the study helps to develop the way surgical patients are informed and included in their care. For nursing science, this study offers relevant information about the quality of information and participation in own care, which has been inadequate in the earlier studies.

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 POTILAIEN TIEDONSAANTI JA HOITON OSALLISTUMINEN	3
2.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus	3
2.2 Potilaiden tiedon saanti	4
2.3 Potilaiden hoitoon osallistuminen	5
2.4 Omaisten huomioiminen potilaiden hoidossa ja tiedon saannissa	8
2.5 Yksilöllisyyden toteutuminen tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen yhteydessä	9
2.6 Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen tässä tutkimuksessa	10
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	14
4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat	14
4.2 Tutkimuksen aineisto ja sen keruu	15
4.3 Mittari ja sen luotettavuus	16
4.4 Aineiston käsittely ja analyysi	18
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
5.1 Vastaajien taustatiedot	19
5.2 Potilaiden arviointeja hoidon laadusta	21
5.2.1 Potilaiden arvioinnit kokonaishoidon laadusta eri ammattiryhmille 2008 ja 2010	21
5.2.2 Potilaiden arvioinnit hoidon tavoitteen ja tuloksen saavuttamisesta 2008 ja 2010	21
5.3 Tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen osatekijöiden toteutuminen taustamuuttujittain 2008 ja 2010	22
5.3.1 Kahdenkeskisen keskustelun mahdollisuus henkilökunnan kanssa	22
5.3.2 Tiedonsaanti sairaudesta	24
5.3.3 Sairauteen liittyvien rajoitusten ymmärtäminen	27

5.3.4 Tieto lääkehoidosta	28
5.3.5 Mahdollisuus esittää kysymyksiä hoidosta.....	31
5.3.6 Selitysten ymmärrettävyys hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvistä ohjeista ja rajoituksista.....	33
5.3.7 Tiedonsaanti jatkohoidosta	34
5.3.8 Kotihoito-ohjeiden selkeys	37
5.3.9 Puhutun kielen ymmärrettävyys.....	38
5.3.10 Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun.....	39
5.3.11 Omaisten huomioiminen.....	41
5.4 Tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen toteutumisen erot vuosina 2008 ja 2010	42
5.5 Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen potilaiden arvioimana taustamuuttujittain vuosina 2008 ja 2010.....	43
5.6 Vuosien 2008 ja 2010 väliset erot tiedonsaannissa ja hoitoon osallistumisessa taustamuuttujien ja vuosien yhteisvertailussa	44
6 POHDINTA.....	46
6.1 Tulosten tarkastelua	46
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	52
6.3 Tutkimuksen eettisyys	54
6.4 Tutkimuksen johtopäätökset ja suositukset.....	55
6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	56
LÄHTEET	57
LIITTEET.....	

TAULUKOT JA KUVIOT

TAULUKKO 1. Tutkimusartikkeleiden tiedonhaku

TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot (n=664) ja 2010 (n=668)

TAULUKKO 3. Potilaiden arvioinnit saamastaan hoidosta vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

TAULOKKO 4. Potilaiden arvioinnit hoidosta ja sen tuloksista vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

TAULUKOT 5-15. Vuosien väliset vertailut eri väittämien osalta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 1. Suunnitellusti kutsuttujen potilaiden ja päivystyspotilaiden arvioinnit keskustelumahdollisuudesta henkilökunnan kanssa 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 2. Sairaaloiden vertailu potilaan riittävästä tiedon saannista 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 3. Pohjakoulutuksen vertailu riittävästä lääkehoidon tiedosta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 4. Hoitopaikan vertailu riittävästä lääkehoidon tiedosta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 5. Riittävän jatkohoitotiedon vertailu sairaaloittain vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 6. Pohjakoulutuksen ja vuosien välinen yhteisvertailu tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

KUVIO 7. Ikäluokkien ja vuosien välinen yhteisvertailu tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

LIITTEET

Liitetaulukko 1. Tutkimuksia kirurgisten erikoissairaanhoidon potilaiden tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen liittyen.

Liitetaulukko 2. Potilaiden arvioinnit tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Liitetaulukko 3. Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen vuonna 2008 taustamuuttujittain (Ka, Sd, Mannin-Whitneyn testi, Kruskalin-Wallis testin testi) (n=664)

Liitetaulukko 4. Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen vuonna 2010 taustamuuttujittain (Ka, Sd, Mannin-Whitneyn testi, Kruskalin-Wallis testin testi) (n=668)

1 JOHDANTO

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon pyrkimyksenä on palvelujen yhdenvertainen toteuttaminen koko maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 - 2015 määrittelee muun muassa tavoitteiden saavuttamista tukevat keskeiset ohjelmat ja suositukset. Siinä on tavoitteena että, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti. (STM 2012.) Myös terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326, § 2) ohjaa terveydenhuollon palvelujen tuottajia asiakaskeskeisyyteen ja Suomen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon laadun toteutumista ja kehittämistä. Asiakaslähtöisyys on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen keskeinen periaate ja palveluiden laadunhallinnan painopiste. Sosiaali- ja terveystieteiden laadun kehittämiseksi tarvitaan tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä, palvelun laadusta ja tavoitellusta laadun tasosta. Eri tasoilla esitetty tieto (valtakunnan taso, aluetaso, organisaatiotaso, kuntataso, yksilötaso) on päätöksenteon johtamisen ja toiminnan kehittämisen kannalta olennainen asia. Laadukasta hoitoa antava terveydenhuollon organisaatio ottaa huomioon asiakkaansa ja palveluiden tulee vastata henkilöiden yksilöllisiin tarpeisiin, odotuksiin ja toiveisiin. (STM 2008.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, § 366) turvaa potilaille oikeuden laadukkaaseen ja hyvään terveyden- ja sairauden hoitoon. Hoidon yhteydessä häntä on kohdeltava ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen. Terveyden- ja sairaanhoidon suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Laki velvoittaa myös, että potilaalle annetaan selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys potilaalle riittävän ymmärrettävästi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Sairaanhoitajan eettiset periaatteet ohjaavat myös ammatinharjoittajan toimia suhteessa potilaaseen. Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hänen tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Potilaan kuunteleminen ja tilanteeseen eläytyminen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen liittyy sairaanhoitajan eettisen toiminnan periaatteisiin. Potilaalle tulee myös järjestää mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan

päätöksentekoon. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Lisäksi eettisiin periaatteisiin kuuluu oikeudenmukaisuus, jonka mukaan jokaista potilasta hoidetaan yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoidajaliitto 2006.)

Potilaiden tiedonsaanti ja mahdollisuus osallistua hoitoonsa liittyy laadukkaaseen hoidon toteutumiseen ja on olennainen osa hoitotyötä. Se lisää potilaiden motivaatiota ja potilastyytyväisyyttä. (Sahlsten ym. 2007.) Siihen liittyy muun muassa ohjaus, jolloin tärkeää on vuorovaikutteisuus, potilaslähtöisyys sekä tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta. Ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja eettisiin taustatekijöihin. (Kääriäinen 2008.) Myös yksilöllisyyden toteutuminen on tärkeää hoitoon osallistumisen yhteydessä. Silloin tulee ottaa huomioon potilaan persoonalliset ominaisuudet ja toiveet sekä edistää hoitoon osallistumista ja päätöksentekoa hänen omaan hoitoonsa liittyen. Tällöin potilaalla on lopullinen päätäntävalta omaa itseään koskien. (Suhonen ym. 2007.) Hoitotyössä tulisi aina optimoida potilaan mahdollisuus hoitoon osallistumiseen (Sahlsten ym. 2009). Tiedon saantia pidetään tutkimusten mukaan erittäin tärkeänä osana potilaan hoitoa. Tiedonsaanti sairautta, tutkimuksia ja toimenpiteitä koskien on potilaille tärkeää. (Alanen 2002.) Lisäksi henkilökunnan tulisi tunnistaa potilaan tarpeet ja antaa potilaan osallistua päätöksentekoon. Riittämätön tiedon saanti ja puutteellinen potilaan huomioiminen ovat yhteydessä osallistumattomuuteen ja tyytymättömyyden tunteen kokemiseen. (Eldh ym. 2008, Fröjd ym. 2011.)

Potilaan osallistuminen hoitoon voidaan määritellä hoitajan ja potilaan välisenä yhteistyönä, jossa hoitajalla on kuitenkin enemmän valtaa ja vastuuta. Siihen liittyy tiedon antaminen ja aktiivinen yhteistyö koskien tiedollista ja hoidollista toimintaa potilaaseen liittyen. Hoitaja voi omalla toiminnallaan edistää osallistumista olemalla empaattinen, tukea antava ja kiinnostunut sekä huomioimalla potilaan yksilölliset tarpeet ja kuuntelemalla häntä. Hoitaja voi rohkaista potilasta osallistumaan hoitoonsa luomalla häneen hyvillä vuorovaikutustaidoilla luottamuksellisen suhteen. Samalla potilas tarvitsee ymmärrettävää ja selkeää tietoa sairaudestaan ja hoidostaan (Eldth ym. 2006). Hoitoon osallistumisen on todettu olevan yhteydessä potilastyytyväisyyteen, parempiin hoitotuloksiin, lyhyeen sairaalassaoloaikaan, potilaan voimaantumiseen sekä sopeutumiseen. (Olsson ym. 2006; Sahlsten ym. 2008.) Potilastyytyväisyyteen vaikuttaa tutkimusten mukaan potilaiden odotukset, taustatekijät, potilaiden aikaisemmat kokemukset sairaalahoidosta,

sairaalassaoloajan pituus sekä kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät. Lisäksi hoitajan ammattitaito ja osaaminen hoitotyön toteuttamisessa vaikuttavat tyytyväisyyteen. (Larrabee ym. 2004, Wagner & Bear 2008.) Potilaiden kokemukset sekä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välisistä että hoitohenkilökunnan keskinäisistä hyvistä vuorovaikutussuhteista ovat yhteydessä laadukkaaseen hoitoon. Hyvät kommunikaatiotaidot taas ovat yhteydessä potilasturvallisuuden paranemiseen. (Luxford 2012)

Järjestelmällinen potilaiden palautteiden kerääminen hoidosta ja sen laadusta on olennainen osa hoitotyötä, jotta hoidon laatua voidaan kehittää ja parantaa (Luxford 2012). Potilaiden tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista on tutkittu hoitotieteessä paljon (Alanen 2002, Doering ym. 2002, Bostan ym. 2008, Eldth ym. 2008, Eloranta ym. 2008, Longtin ym. 2010, Fröjd ym. 2011) eri potilasryhmien osalta. Kirurgisten potilaiden kohdalla tiedon saannissa ja hoitoon osallistumisessa on ollut aiempien tutkimusten mukaan puutteita (Doering 2002, Kvist 2004, Poikkimäki 2004, Suhonen ym. 2005, Akin & Erdogan 2007, Bauman ym. 2009). Koska tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen lisää potilastyytyväisyyttä (Sahlsten ym. 2007, Eldh ym. 2008, Fröjd ym. 2011) ja voi parantaa hoidon tuloksia (Olsson ym. 2006, Sahlsten ym. 2008) on tarpeellista selvittää miten ne toteutuvat erikoissairaanhoidossa olevien potilaiden kohdalla nykypäivänä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kirurgisilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla hoidettujen potilaiden arviointeja tiedon saannista ja mahdollisuudesta osallistua hoitoonsa. Tutkimuksessa vertaillaan Ihmisläheinen hoito- mittarilla (RILH - mittari) saatuja tutkimustuloksia vuosilta 2008 ja 2010.

2 POTILAIKEN TIEDONSAANTI JA HOITOON OSALLISTUMINEN

2.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus

Tätä tutkimusta varten tehtiin kirjallisuushaku potilaan tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta keväällä 2012. Tutkimusartikkelit haettiin Medic-, PubMed- ja Cinahl-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin Medicissä ohoidon laatuö sekä potilasohj* and kirurg* -hakusanoja. Cinahlissa ja PubMedissä hakusanoina käytettiin patient* and nurs* and particip* ja önursing careö and patient and decision making ja öpatient satisfactionö and surg* and nurs* -sanayhdistelmiä. Rajauksina käytettiin kaikissa hauissa vuosia 2005 - 2012. Cinahlissa käytettiin lisäksi peer reviewed, full text, nursing (Journal Subset), inpatients, englannin kieli sekä all adult örajauksia. PubMedissä rajauksina olivat nursing journals, all adult sekä full text. Hakuja täydennettiin vielä poistamalla full text rajaukset informaation ohjeen mukaan ja aiheeseen liittyviä tutkimuksia saatiin näin lisää Cinahlissa ja Pub Medistä. Lisäksi hakua toteutettiin manuaalisena hakuna käyttäen apuna tutkimusten lähdeluetteloja. (Taulukko 1) Hakutulokset käytiin otsikoittain ja tiivistelmät lukemalla läpi. Valintakriteereinä olivat hoidon laatua käsittelevät tutkimukset, jotka sisälsivät tutkittua tietoa potilaan hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista sairaalahoidon aikana. Lisäksi potilaiden tuli olla aikuispotilaita ja ainakin osan aineistosta kirurgisia poliklinikka- tai vuodeosastopotilaita. Valintaprosessin jälkeen lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 34 tutkimusartikkelia. (Liite 1)

Taulukko 1. Tutkimusartikkeleiden tiedonhaku.

Tietokanta	Hakutulos	Valitut
Medic	68	9
Cinahl	136	9
Pub Med	30	4
Manuaalinen haku ja lisähaut ilman Full Text - rajausta		12

2.2 Potilaiden tiedonsaanti

Potilaiden tiedonsaantia on tutkittu paljon Euroopassa ja erityisesti Ruotsissa ja Suomessa. Bostan ym. (2007) tutkivat sairaalahoidon palveluita käyttäneiden potilaiden odotuksia hoidon laadun suhteen ja tutkimuksen mukaan potilaiden odotukset tiedonsaannista olivat suuremmat kuin hoidon laadun muilta osa-alueilta. Usein potilaat arvioivatkin kokonaishoidon laadun hyväksi (Kvist 2004, Bauman ym. 2009, Istomina 2011, Kvist ym. 2012).

Tutkimusten mukaan potilaat eivät saa riittävän ymmärrettävää ja selkeää tietoa eikä heitä kuunnella (Doering ym. 2002, Eldh ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Riittävä tiedon saanti on tärkeä osa-alue hoitotyössä, sillä sen on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä (Doering ym. 2002, Kvist 2004, Fröjd ym. 2011.) Istominan (2011) mukaan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa heikoksi potilaiden opettamisen ja ohjaamisen osa-alueilla. Tutkimusten mukaan leikkauspotilaiden hoidon ohjaus- ja opetusosaamista olisikin parannettava ja erityisesti kiireellisten leikkauspotilaiden tarpeet tunnistaa paremmin. (Eloranta ym. 2008, Istomina 2011) Myös riittävä henkilöstömitoitus mahdollistaa potilaiden tarpeisiin vastaamisen (Kvist 2004, Kvist ym. 2012).

Tiedonsaanti koetaan tärkeäksi useiden tutkimusten mukaan ja potilaiden odotukset tiedon saannin suhteen ovat korkeat (Bostan ym. 2007, Wilkinson ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Potilaat kokevat tärkeäksi saada tietoa sairaudestaan ja hoidostaan (Poikkimäki 2004, Suhonen ym. 2009). Vähemmän tärkeäksi potilaat kokevat tiedon saannin päivittäiseen selviytymiseen liittyvistä asioista, hoitoennusteesta sekä potilaan oikeuksista. (Suhonen ym. 2005.) Poikkimäen (2004) tutkimuksen mukaan sekä potilaiden että hoitajien mielestä tiedonsaanti toteutui kohtalaisesti. Puutteita esiintyi potilaiden mielestä tiedonsaannissa eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitajat kokivat potilaita useammin, että potilaiden mielipiteet oli huomioitu ja heidän kanssaan oli neuvoteltu.

Tiedonsaannin merkitys vaihtelee potilaskohtaisesti tutkimusten mukaan eikä potilaiden tiedon tarpeet ja heidän saamansa tieto ole aina yhteneväiset. Sukupuolten välisiä eroja on havaittu joidenkin tutkimusten mukaan. (Alanen 2002, Suhonen ym. 2005, Bostan 2007) Suhosen ym. (2005) mukaan naiset kokevat tarpeellisemmaksi tiedonsaannin ja he ovat myös kriittisempiä suhteessa samaansa tietoon. Päivystyspotilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen on vähäisempää ja he ovat tyytymättömämpiä tiedon saantiin kuin suunnitellusti sairaalaan tulleet potilaat (Suhonen ym. 2005, Florin ym. 2007, Saarinen 2007, Fröjd ym. 2010, Longtin ym. 2010). Fröjdin ym. (2010) mukaan he haluavat paljon tietoa omasta hoidostaan ja sairaudestaan eikä

hoidossa huomioida tarpeeksi näitä potilaiden tarpeita. Saarisen (2007) tutkimuksen mukaan poliklinikkapotilaat olivat opetukseen ja ohjaukseen tyytyväisiä, mutta nuoret olivat selvästi keski-ikäisiä tai yli 65-vuotiaita tyytymättömpiä. Vanhemmat potilaat ovatkin usein tyytyväisempiä tiedonsaantiin kuin nuoremmat (Poikkimäki 2004, Fröjd ym. 2010). Riittämättömään tiedon saantiin vaikuttavat muun muassa liian vähäinen henkilökunta ja hoitohenkilökunnan alhainen koulutustaso (Suhonen ym. 2009).

2.3 Potilaiden hoitoon osallistuminen

Potilaiden hoitoon osallistumista on tutkittu muun muassa päätöksenteon ja osallistumisen näkökulmasta sekä selvitetty mitkä tekijät estävät tai edistävät sitä. Päätöksentekoon ja hoitoon osallistuminen on tärkeää, kun potilaan asioista tai hoidosta päätetään (Eldh ym. 2008). Hoitoon osallistuminen ei kuitenkaan usein toteudu potilaiden näkökulmasta (Sahlsten ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Sekä suomalaisten (Kvist 2004, Poikkimäki 2006) että kansainvälisten tutkimusten (Sahlsten ym. 2008, Fröjd ym. 2011) mukaan hoitoon osallistumisessa on ollut puutteita ja potilaat kokevat nykypäivänä, etteivät saa osallistua hoitoon riittävästi.

Osallistumattomuuden on todettu aiheutuvan tiedon annon ja yksilöllisyyden puutteesta hoitotyössä. Jotta potilas voi osallistua omaan hoitoonsa, on hänen saatava riittävästi tietoa ja ymmärrettävä saamansa hoito-ohjeet ja määräykset. (Doering ym. 2002, Eldh ym. 2008, Fröjd ym. 2011.) Organisaatiokeskeisyys ja kielteinen suhtautuminen potilaaseen hoitotyössä aiheuttavat osallistumattomuutta, sillä silloin potilaat kokevat epävarmuutta hoitotoimenpiteiden aikana ja passivoituvat. Henkilökunnan liian vähäinen vuorovaikutus tai vaikeaselkoinen kieli, kontrolloiva asenne ja perinteinen rooliajattelu vaikuttavat kielteisesti hoitoon osallistumiseen. (Eldh ym. 2008, Longtin ym. 2010.)

Potilaiden mukaan osallistumista edistääkin erityisesti hyvä yhteistyö henkilökunnan kanssa ja potilaat arvostavat, jos heidän tietämystään ja mielipiteitään kunnioitetaan. (Eldh ym. 2010.) Sainion ym. (2001) mukaan potilaiden näkemykset hoitoon osallistumisesta vaihtelevat. Osa potilaista tietää osallistumisen olevan osallistumista päätöksentekoon tai mielipiteiden esittämistä hoitoa koskien. Toisaalta osa kokee, että hoitoon osallistuminen ei ole mahdollista. Hyvä terveydentila, tiedon saanti, itsevarmuus, hyvä vuorovaikutussuhde henkilökuntaan sekä henkilökunnan rohkaisu vaikuttavat potilaan aktiiviseen osallistumiseen. Osallistumista heikentävät

huono terveys, tietämättömyys, ahdistuneisuus, korkea ikä, henkilökunnan kiire ja vaihtuvuus sekä huono vuorovaikutussuhde henkilökunnan kanssa. (Sainio ym. 2001)

Potilaasta lähtöisin olevat tekijät saattavat vaikuttaa negatiivisesti potilaan hoitoon ja päätöksentekoon osallistumiseen. Kansainvälisten tutkimusten mukaan potilaat omaksuvat usein päätöksenteossa enimmäkseen passiivisen roolin ja antavat mieluummin lääkärin tai hoitajan päättää asioistaan ja saattavat kokea välinpitämättömyyttä sekä olla riippuvaisia ja hiljaisia. (Florin ym. 2006, Florin ym. 2007, Longtin ym. 2010.) Muita estäviä tekijöitä osallistumiselle ovat muun muassa lääketieteellisen tiedon puute, potilaan huono iteluottamus tai hänen kokema oma kyvyttömyys, monisairastuvuus ja erilaiset sosiaaliset taustatekijät (Florin ym. 2007, Longtin ym. 2010). Longtinin ym. (2010) mukaan iäkkäämmät potilaat, ja alhaisen sosioekonomisen statuksen omaavat ovat usein haluttomampia osallistumaan hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Nuoret ja yksineläjät sekä iäkäs nainen yhdistettynä vähintään keskiasteen koulutukseen ja yksinasumiseen viittaavat aktiivisempaan osallistumishalukkuuteen (Florin ym. 2006). Sen sijaan korkea ikä (Florin ym. 2006) alempi koulutustaso ja miessukupuoli viittaavat passiivisuuteen (Florin ym. 2007).

Hoitoon osallistumisessa on todettu olevan puutteita erityisesti polikliinisessä hoitotyössä. Puutteita ovat etukäteistiedon puuttuminen ennen poliklinikalle tuloa sekä riittämätön keskustelumahdollisuus hoitajan kanssa. (Eloranta ym. 2009.) Erityisesti päivystyspotilaat kokevat, etteivät saa osallistua hoitoon riittävästi. (Saarinen 2007, Wilkinson ym. 2008, Fröjd ym. 2011.) Wilkinson ym.(2008) tutkivat akuuttihoitossa olevien potilaiden hoitoon osallistumista. Potilaiden taustatietojen perusteella ei voitu ennustaa heidän mieltymyksiään vaan ainoa keino määrittellä potilaan toiveita päätöksentekoa koskien oli kysyminen potilaalta (Wilkinson ym. 2008.)

Estäviä tekijöitä hoitoon osallistumiseen ovat myös henkilökunnan kielteinen ja holhoava asenne sekä empatian puute, jolloin he eivät tue potilaan osallistumista (Longtin ym. 2010, Larsson ym. 2011). Hoitajan halu ylläpitää kontrollia, ajan puute, omat uskomukset sekä potilaalla oleva vakava sairaus vaikuttavat myös osallistumiseen estävästi (Longtin ym. 2010). Negatiivisesti voivat vaikuttaa myös toiminnalliset tekijät, kuten hoitajan jatkuva vaihtuminen, puutteellinen dokumentointi ja petipaikan puute (Larsson ym. 2011). Larsson ym. (2011) ovat tutkineet kuinka osallistuminen toteutuu erilaisten hoitotyön tapahtumien yhteydessä potilaiden näkemyksen mukaan. Hoitotyön tapahtumat, joiden yhteydessä osallistumista arvioitiin, olivat lääkärin kierto, hoitajan kierto, tiedon anto-tapahtuma, dokumentointi, lääkkeiden anto ja ateriointi. Lääkäreiden ja hoitajien kierron aikana potilaat eivät kokeneet voivansa osallistua päätöksentekoon aktiivisesti.

Myöskään hoidon dokumentointiin eivät potilaat voineet vaikuttaa. Lääkehoito oli sairaalan protokollan mukaista eikä siinä juurikaan huomioitu potilasta yksilöllisesti. On kuitenkin huomioitavaa, että potilaan aktiivinen osallistuminen voi ehkäistä haittatapahtumia lääkehoidossa (Longtin ym. 2010).

Florinin ym. (2006) mukaan sairaanhoitajat eivät aina ole tietoisia kuinka potilaat haluavat osallistua omaan hoitoonsa ja usein yliarvioivat heidän halukkuutensa osallistua. Hoitajat kokevat myös potilaan hoitoon osallistumisen kannustamisen vaikeaksi (Florin ym. 2006). Tutkimusten mukaan hoitoon osallistuminen mahdollistuu, jos hoitaja kohtelee potilasta tasa-arvoisena yhteistyökumppanina. Tällöin hoito on potilaskeskeistä ja siinä saavutetaan aito yhteys ja luottamus. (Sahlsten ym. 2007, Sahlsten ym. 2009, Larsson 2011.) Hyvä vuorovaikutussuhde, potilaaseen tutustuminen ja itsenäisyyden vahvistaminen edistävät hoitoon osallistumista (Saarinen 2007, Larsson ym. 2011). Näin hoitaja vahvistaa samalla potilaan omien arvojen, tietojen, tavoitteiden sekä motivaation esille tuomista. Samalla hoitaja tukee potilasta ja ohjaa häntä osallistumaan. Jotta osallistuminen on mahdollista, potilaalla tulee olla tunne, että hoitajat todella ymmärtävät hänen tilanteensa ja tarpeensa ja tiedon annon tulee olla yhteneväistä sekä selkeää ja yksilöllistä. Hoitajalla tulee olla myös hyvät pedagogiset taidot. (Larsson ym. 2011.) Hyvät vuorovaikutustaidot ovat yhteydessä myös potilastyytyväisyyteen. Hyvään vuorovaikutukseen liittyy opettaminen, ohjeiden antaminen, ajan antaminen potilaalle, potilaan tukeminen, kärsivällinen asenne sekä potilaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen. Tähän liittyy myös hoivaamisen elementtejä, joita ovat läheisyys ja hyvä hoitosuhde. (Palese ym. 2011.)

Tällaisessa suhteessa hoitajalla voi olla myös enemmän kontrolloiva rooli, jossa kommunikaatio on tärkeää. Tällöin hoitaja myös toimii ihmisläheisesti ja terapeuttisesti ja keskittyy potilaan voimavaroihin ja vaikutusmahdollisuuksiin. Potilaat myös arvostavat henkilökunnan ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avun saantia (Kvist 2004) ja tasa-arvoisuus potilaiden ja hoitajien välillä tiedon antotilanteessa luo dynaamisen hoitaja-potilassuhteen (Sahlsten ym. 2007, Sahlsten ym. 2009.) Hoitajan tulee olla empaattinen ja kiinnostunut potilaasta. Hän rohkaisee ja tukee potilasta ja toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä, jossa potilasta kuunnellaan. Hoitajan tulee arvioida potilaan kyvyt ja rohkaista häntä niiden mukaan osallistumiseen. Lisäksi palvelevainen ilmapiiri sekä sopuisa ja potilaan oikeudet huomioiva hoitotyö vaikuttavat hoitoon osallistumiseen positiivisesti. Potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon lisää potilastyytyväisyyttä ja parantaa hoitotuloksia sekä potilas voimaantuu, tuntee luottavaisuutta ja sopeutuu paremmin. (Larsson ym.2007, Sahlsten ym. 2008.)

2.4 Omaisten huomioiminen potilaiden hoidossa ja tiedonsaannissa

Omaisten huomioimista potilaiden hoidossa on tutkittu Suomessa (Liimatainen 2007, Nevalainen ym. 2007, Eloranta ym. 2008, Aura 2010, Istomina 2011) että kansainvälisesti (Akin & Erdogan 2007). Hoidon laadun arviointiin liittyvä omaisten huomioiminen ja heidän kanssaan tehty yhteistyö on tutkimusten mukaan heikoiten toteutuva osa-alue (Akin & Erdogan 2007, Eloranta ym. 2008). Myös Istominan (2011) tutkimuksessa yhteistyö syöpäpotilaiden läheisten kanssa arvioitiin sekä potilaiden että hoitajien mukaan heikoiten toteutuneeksi osa-alueeksi hoidon laatua arvioitaessa. Poikkimäen (2004) tutkimuksen mukaan hoitajat arvioivat läheisten huomioimisen onnistuneen paremmin kuin potilaat.

Läheisen läsnäolo ja yhteydenpito potilaaseen on hoitotyössä tärkeää. Läheiset tarvitsevat tukea hoitohenkilökunnalta omaisen ollessa sairaalahoidossa. Tuen saanti koostuu tiedonsaannista ja ohjauksesta, emotionaalisesta tuesta, hoitoympäristön vaikutuksesta sekä läheisen osallistumisesta potilaan hoitoon. (Liimatainen 2007.) Liimataisen (2007) mukaan avanneleikattujen potilaiden omaiset saivat tietoa monella tavalla ja pääsääntöisesti se oli riittävää ja ohjaus onnistunutta. Läheisen tiedonsaantiin vaikutti olennaisesti heidän osallistumisensa hoitoon ja omahoitajalta saatu emotionaalinen tuki.

Potilaan läheiset ovat tyytyväisiä, jos saavat osallistua potilaan hoitoon. Samalla kohtaamisen hoitotyöntekijän kanssa tulee olla myönteistä, turvallista ja kunnioittavaa. Omahoitajuudella on todettu olevan positiivinen vaikutus hyvään läheisen kohtamiseen. Auran (2010) tutkimuksen mukaan läheisten saama tieto potilaan terveydentilasta oli riittävää, mutta läheisten omaa jaksamista tukeva tieto ei. Läheisten esittämät kehittämiskohteet liittyivät tiedonsaantiin, kohtamiseen, hoitokäytäntöihin, käyttäytymiseen, avun järjestämiseen ja ryhmätoimintaan. (Aura 2010.)

Nevalaisen ym. (2007) tutkimus syöpäpotilaiden läheisten näkemyksistä tuo esille, että hoitohenkilökunta antoi läheisille hyvin tietoa syöpäsairaudesta, syövän hoitomenetelmistä, hoitoihin liittyvistä sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteista ja potilaille tehdyistä tutkimuksista. Tietoa annettiin myös ymmärrettävästi ja rehellisesti ja läheisillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä keskustelun aikana. Läheiset saivat heikosti tietoa yhteiskunnan tarjoamasta tuesta, sairauden ennusteesta sekä miten he voivat halutessaan osallistua potilaan hoitoon. (Nevalainen ym. 2007.)

2.5 Yksilöllisyyden toteutuminen tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen yhteydessä

Kansainvälisessä hoidon laatu-vertailututkimuksessa suomalaiset potilaat kokivat yksilöllisyyden toteutuneen heikosti (Suhonen ym. 2009). Potilaat kokevat hoidon laadun hyväksi ja ovat tyytyväisiä samaansa hoitoon, jos se on yksilöllistä ja tiedonsaanti riittävää. Potilaat arvostavat myös yksityisyyttä ja kunnioittamista sekä odottavat, että heidän tarpeisiinsa vastataan. (Doering ym.2002, Akin & Erdogan 2007.) Hoitajalla on tärkeä rooli tunnistaa potilaan yksilölliset tiedon tarpeet ja henkilökunnan tulisikin entistä enemmän ottaa huomioon potilaiden tarpeet sekä huomioida hoitotyössä potilaan yksilöllinen huomioiminen ja tiedon annon merkitys. (Suhonen ym. 2005, Baumann ym. 2009.)

Suhosen ym. (2007) tutkimuksessa yksilöllinen hoitotyö lisäsi potilastyytyväisyyttä, itsemääräämisen mahdollisuutta sekä terveyskeskeisen elämänlaadun toteutumista. Potilaiden mukaan ottaminen hoitotoimenpiteisiin ja heidän mielipiteidensä huomioiminen edesauttoi hoidon onnistumista. Potilaan yksilölliseen kohteluun kuuluu potilaan kunnioittaminen ja huomioon ottaminen. Tällöin annetaan potilaalle mahdollisuus tuoda myös omia mielipiteitä esille. (Eldth ym. 2008.) Matitin ym. (2008) mukaan monet potilaat olivat tyytyväisiä hoitonsa aikaiseen kunniakkaaseen kohteluun, mutta useat samaan aikaan eivät olleet. Kunniakkaaseen kohteluun kuuluivat potilaiden mielestä yksityisyys, luottamus, hyvä vuorovaikutus, tiedon saanti, valinnan vapaus, kontrolli ja osallistuminen omaan hoitoon, kunnioitus ja soveliaisuus sekä ystävällinen tapa esittää asioita. Poikkimäen (2004) tutkimus toi esille, että potilaiden ja hoitajien kokemusten mukaan potilaita kohdeltiin, arvostettiin ja kunnioitettiin melko hyvin. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen, jossa hoito oli kiireetöntä, keskustelevaa ja heitä kuunneltiin.

Potilaskeskeinen hoitotyö toteuttaa yksilöllisyyden periaatetta. Siitä on selkeää hyötyä kliinisessä hoitotyössä. Potilaskeskeinen lähestymistapa on erittäin hyödyllinen, jos potilas esittää paljon kysymyksiä tai heillä on vaikeuksia tuoda omia huoliaan esille. Lisäksi usein valittaville potilaille tai huolestuneille omaisille tämä hoitotyön malli sopii hyvin. Sen avulla saadaan potilaat aktiivisesti osallistumaan omaan hoitoonsa ja ottamaan omaiset mukaan hoitoon. Liian vähäinen tiedon saanti ja riskien liika esille tuominen voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta potilaalle. Potilaskeskeisessä hoitotyössä potilas on aktiivinen osallistuja ja hoitajan päätehtävä on edistää ja tukea potilaan hoitoon osallistumista. (Bergvik ym. 2007.)

2.6 Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen tässä tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa saadaan tietoa kirurgisten vuodeosasto- ja poliklinikkapotilaiden tiedon saannista ja mahdollisuudesta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Tässä tutkimuksessa tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen lähtökohtana on ihmisläheinen hoito, joka sisältää yksityisyyden säilymisen, inhimillisen kasvun edistämisen, tunne-elämän huomioimisen ja fyysisen terveyden ylläpitämisen ja edistämisen periaatteet (Töyry 2001). Tutkimuksessa selvitetään onko tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen ollut riittävää, ymmärrettävää ja selkeää. Mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja omaisten huomioiminen kuuluu myös osana tiedonsaantiin ja hoitoon osallistumiseen. (Kvist & Vehviläinen - Julkunen 2008.)

Hyvä vuorovaikutus on tärkeää tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen toteutumisessa. Ammattilaisten ja asiakkaiden keskinäinen vuorovaikutus on toista arvostavaa ja inhimillistä ja siihen liittyy keskinäinen luottamus, rehellisyys ja molemminpuolinen sitoutuminen sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan. Vuorovaikutukseen sisältyy toinen toisensa tietämisen, osaamisen ja kokemuksen arvostaminen sekä kuulluksi tulo ja tiedonsaanti omassa asiassa. Asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistuvat asianosainen yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tarvittaessa tähän voi asianosaisen suostumuksella osallistua hänen myös omaisensa, läheisensä tai edustajansa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden eettisenä lähtökohtana on kunnioittaa asiakkaidensa ja potilaidensa perusoikeuksia, arvostaa itsemääräämistä ja oikeutta tehdä valintoja sekä kohdella heitä yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti. (ETENE 2011)

Lait ja asetukset määrittävät potilaan oikeuksista ja tietojen kirjaamisesta. Niiden tarkoituksena on turvata potilasturvallisuus, johon sisältyy tiedonsaantioikeus. Potilaan tiedonsaanti auttaa potilasta itsensä hoitamisessa ja omaa itseään koskevassa päätöksenteossa. Myös toimivan yhteistyön kannalta potilaan informoiminen on tärkeää. (Lohiniva - Kerkevä 2004.) Potilasasiakirjoihin tulee asetuksen (A 30.3.2009/298) mukaan kirjata potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Kirjausten pitää olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Potilasasiakirjamerkinnot tulee tehdä mahdollisimman nopeasti ja potilaalle pitää antaa hoidon loputtua yhteenveto hänen saamastaan hoidosta sekä jatkohoito-ohjeet.

Kirurgisten potilaiden sairaalassaoloaika on nykyään lyhyt ja heidän odotetaan selviytyvän kotona mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Täten potilaiden oma vastuu hoidostaan on lisääntynyt,

joten potilaiden ohjaus ja tiedon välittäminen ovat entistä tärkeämmässä roolissa, Henkilökunnan vastuulla on turvata riittävä tiedonsaanti ja sen ymmärrettävyys, jonka avulla potilas voi selvittää omassa tilanteessaan. (Young 2000, Johansson ym. 2002 Leino - Kilpi ym. 2005, Tse & So 2008, viitattu lähteessä Leino - Kilpi ym. 2009.)

Kirurgiset potilaat voivat tuntea pelkoa, jota voivat aiheuttaa esimerkiksi tuleva leikkaus, leikkauksen mahdollinen epäonnistuminen tai infektio, sekä kotona pärjäämättömyys. Potilaan ja mahdollisesti hänen omaisensa ahdistusta ja huolta voidaan lievittää antamalla henkistä tukea, jolloin samalla edistetään leikkauksesta toipumista ja kotona tarvittavien valmiuksien oppimista. (Hovi 2003.) Ortopediselle potilaalle voi postoperatiivisesti aiheuttaa ongelmia kipu, liikkuminen, pukeutuminen ja muu päivittäisistä toimista selviytyminen. Tällöin potilaalle on tärkeää saada tietoa, joka vastaa heidän tarpeisiinsa. Näin he selviytyvät eteen tulevista ongelmista kotiutumisen jälkeen. (Heino 2005, Palokoski 2007.)

Tiedonsaantiin liittyy potilaiden ja omaisten ohjaus ja neuvonta, jonka tarkoituksena on auttaa potilasta ymmärtämään omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan. Tietoa tulisi antaa kaikissa hoidon vaiheissa, koska tieto auttaa potilasta oman elämän hallinnassa, omien mahdollisuuksien tunnistamisessa, päätöksenteossa sekä edistää hoitoon osallistumista. Potilaan ohjaus ja neuvonta on hänen tarpeistaan lähtevää ja yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa suunniteltua kirjallista, suullista ja toiminnallista tiedon jakamista. (Iivanainen ym.2001, 71.) Kirurgisen potilaan tiedon saannin tulisi ajoittua mahdollisimman optimaalisesti. Liian aikaisin toteutettu ohjaus saattaa unohtua ja liian lähellä toimenpidettä annetun tiedon omaksumiseen voi vaikuttaa pelko ja jännitys. (Heino 2005.)

Ohjaus ennen leikkausta on tutkimusten mukaan todettu olevan puutteellista sairauden hoitoon liittyvistä asioista sekä sosiaalisen tuen osalta (Alanen 2002, Kääriäinen 2007). Ohjauksen tulisi olla potilaan tarpeita vastaavaa ja potilaan pelot huomioivaa. Ohjauksen yksi tavoite onkin potilaan turvallisuudentunteen lisääminen ja hoitajalta edellytetään hyviä ohjausvalmiuksia ja vuorovaikutustaitoja. Hoitajalta odotetaan kykyä antaa psykososiaalista tukea, jolla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia potilaan tyytyväisyyteen ja leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen (Kääriäinen 2007.) Potilaan riittävä ja asiantunteva ohjaus vähentää leikkauksen jälkeisen komplikaatioiden esiintymistä, lyhentää toipumisaikaa, vähentää kipua ja helpottaa paluuta normaaliin päivittäiseen toimintaan (Korte 1996). Leino - Kilven ym. (2009) mukaan potilaiden mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa sekä kivunhoito toteutuvat heikosti kirurgisen potilaan

kohdalla. Keskustelumahdollisuuteen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota polikliinisten potilaiden kohdalla. Keskeistä on myös potilaan yksilöllisyyden huomioiminen. (Leino - Kilpi ym. 2009)

Kirurgiset potilaat jättävät usein henkilöstön vastuulle oman hoitonsa, sillä he ovat usein pelokkaita ja jännittyneitä. Poikkeava hoitoympäristö voi lisätä turvattomuuden tunnetta. Potilaille ennen leikkausta annettava tieto lisää turvallisuuden tunnetta. (Korte ym. 1996.) Lonkkaleikatuille potilaille tehty tutkimus osoitti, että potilaat kokivat tärkeimmäksi tiedot komplikaatioista ja oireista. Toiseksi tärkeimmäksi koettiin tiedot lääkityksestä ja kolmanneksi tärkeimmäksi tiedot leikkauksesta ja kotona selviytymisestä. (Johansson ym. 2002.) Olennaista kirurgisen potilaan tiedon saannissa on yksilöllisyys. Annettavan tiedon tulee lähteä potilaan tarpeista ja tämän huomioiden potilaiden väliset erot tiedon riittävydessä voivat vaihdella. Osalle potilaista liika tiedon saanti voi aiheuttaa jopa ahdistusta. (Korte 1996)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kirurgisilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla hoidettujen potilaiden arviointeja tiedonsaannista ja mahdollisuudesta osallistua hoitoonsa. Tutkimuksessa vertaillaan Ihmisläheinen hoito- mittarilla (RILH - mittari) saatuja tutkimustuloksia vuosilta 2008 ja 2010.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa on toteutunut vuosina 2008 ja 2010?
- 2) Miten tiedonsaanti ja mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa eroaa vuosina 2008 ja 2010?
- 3) Mitkä taustatekijät selittävät eroja tiedon saannissa ja hoitoon osallistumisessa vuosina 2008 ja 2010?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tämän tutkimuksen tiedon perusteena ovat hoitamiseen liittyvät ontologiset kysymykset. Tässä tutkimuksessa keskeisenä käsitteenä on hoitaminen ja siinä käytetty mittari mittaa hoitamisen inhimillistä toimintaa, ihmisläheistä hoitoa. Hoitaminen nähdään tässä toimintana, johon liittyy ihmisten välinen vuorovaikutus ja sitä ohjaavat hoitotyön periaatteet (mm. itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys) ja arvot (mm. luottamus, kunnioitus ja arvostus) (Sairaanhoitajaliitto 1996).

Tutkimuksen tieteenfilosofian ontologia esittää kysymyksiä todellisuuden luonteesta. Ontologisen tarkastelun tarkoitus on selvittää millaiseksi tutkimuskohde syvemmin käsitetään. Ihmisen ollessa tutkimuskohteena on ihmiskäsitys ontologisen erittelyn tuloksena. Samalla tutkimuskohde käsitetään muun muassa passiiviseksi, aktiiviseksi, tuntevaksi yms. Ontologisen käsityksen mukaan todellisuutta koskevat väitteet ja tutkimuksen perusratkaisut on perusteltava hyvin. On osoitettava, että ne kohdentuvat juuri haluttuun tutkimuskohteeseen ja käytetty menetelmä on paras mahdollinen. (Hirsjärvi ym. 2000.) Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty valmiilla mittarilla, jonka on todettu mittaavan luotettavasti tässä esiintyviä tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen käsitteitä. Tutkimuksen avulla saatu tieto on kerätty ja analysoit tieteenalaan perustuvien paradigmojen mukaisesti. Käytetyn menetelmän avulla saadaan tietoa siitä miten tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen toteutuvat potilaiden näkemyksen mukaan. Lisäksi tätä tietoa verrataan olemassa oleviin eroavaisuuksiin potilaiden välillä. Tämän avulla voidaan saada tietoa organisaatioissa toteutuneesta potilaan tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta kirurgisilla poliklinikka- ja vuodeosastoilla.

Tieteenfilosofinen lähtökohta tässä tutkimuksessa on positivistinen tieteenfilosofia, jonka lähtökohtaan liittyy ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa näkemys ihmisestä ja siitä miten häntä tulisi tutkia. Positivistinen tieteenfilosofia perustuu käsitykseen, että inhimillinen tieto rajoittuu aistikokemukseen ja tähän perustuviin yleistyksiin. Positivistiseen tutkimustapaan liittyy empiirisyys, jonka mukaan tiedon peruselementti on informaatioyksikkö, joka ei ole arvostelma tai tulkinta, vaan selkeä havainto jostain asiasta. Empiiriselle tutkimukselle on tyypillistä tutkittavan ilmiön tarkka ja luotettava mittaaminen, mikä on edellytys ilmiön kuvaamiselle ja selittämiseksi. Tutkimuksen tarkoitus on selittää ilmiötä. Positivismin perusnäkömysten mukaan ihmistä voidaan kuvata ja selittää samalla tavoin kuin objektiivista maailmaa. Ihmisen käyttäytyminen perustuu

tällöin tunnistettaviin ja manipuloitaviin lainomaisiin sääntöihin. (Turunen 1995, Niiniluoto 1986, viitattu lähteessä Nurmela 2002.)

Positivismin mukaan havaintojen perusteella muodostetaan käsitys todellisuudesta. Tämä tapahtuu induktiivisen päättelyn avulla, jolloin yksittäisestä havaintojoukosta muodostetaan yleinen käsitys. Siihen liittyy systemaattinen taulukointi- ja lajittelutekniikka. Tämän avulla karsitaan virheelliset yleistyksen, kunnes lopulta jäljelle jää vain yksi, varman perustelun saava tulos. Induktion katsotaan olevan luotettava tieteen metodi, joka takaa väitteen varmuuden. (Niiniluoto 1983, Haaparanta & Niiniluoto 1986; viitattu lähteessä Nurmela 2002) Tässä tutkimuksessa pyritään tilastollisin menetelmin saamaan varman perustelun aikaansaama tulos.

4.2 Tutkimuksen aineisto ja sen keruu

Tutkimus on kvantitatiivinen survey-tutkimus, jonka aineisto on kerätty strukturoidulla kyselyllä. Tässä tutkimuksessa käytetään valmiita, vuonna 2008 ja 2010 kerättyjä sekundääriaineistoja hoidon laadusta potilaiden arvioimina. Tutkimuksessa verrataan Ihmisläheinen hoito- mittarilla (RILH - mittari) saatuja tutkimustuloksia vuosilta 2008 ja 2010. Tutkimusaineisto koostuu Kuopion yliopistollisen sairaalan sekä Mikkelin, Joensuun ja Jyväskylän keskussairaaloiden kirurgian vuodeosastojen ja poliklinikoiden potilaista. Tutkimus on osa Vetovoimainen ja Turvallinen sairaala ó hanketta 2009 - 2011. (www.vete.fi)

Kyselyjen lukumäärät ja vastausten määrät vuonna 2008 olivat seuraavat: Jyväskylä (N=484, n=209), Joensuu (N=485, n=187), Kuopio (N=442, n=183) ja Mikkeli (N=290, n=85). Vuonna 2010 kyselyjen lukumäärät olivat seuraavat: Jyväskylä (N=421, n=166), Joensuu (N=530, n=219), Kuopio (N=515, n=190) ja Mikkeli (N=195, n=100). Vuonna 2008 kysely lähetettiin postitse n. 10 %:lle syyskuun ja marraskuun välisenä aikana hoidetuille potilaille. Vastausten lukumäärä vuonna 2008 oli yhteensä 664 ja vastausprosentti oli 39 %. Vuonna 2010 kysely annettiin potilaille kotiin lähettäessä n 10:lle % potilasmäärästä ja vastausprosentti oli 40 %. Potilaat olivat marraskuun aikana hoidossa olleita ja vastausten lukumäärä oli 668. Uusintakyselyä ei suoritettu kumpanakaan vuonna.

4.3 Mittari ja sen luotettavuus

Ihmisläheinen hoito mittarin (ILH - mittari) kehittäminen alkoi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 1990-luvun alussa, jolloin Töyryn (1993) määrittelemään ihmisläheinen hoito-käsitteeseen perustuen kehitettiin ILH - mittari. Mittarin lähtökohtana on, että ihmisläheinen hoito on moniammatillista, kokonaisvaltaista, ihmisen inhimilliset perustarpeet tyydyttävää, ammattitaitoista ja korkeatasoista. Töyryn (1993) mukaan se ilmenee potilaan ja henkilökunnan tasa-arvoisessa vuorovaikutustilanteessa, jolloin jokaisen terveystalon työntekijän arvot, asenteet ja perinteet vaikuttavat hoitotyöhön ja sen palveluihin. Jokainen yksittäinen potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutustilanne ilmentää tätä ihmisläheistä hoitoa. Mittaria voidaan käyttää sekä vuodeosastojen että poliklinikoiden potilaille. Siinä olevat väittämät kuvaavat potilaan arviointia ihmisläheisen hoidon eri osatekijöistä. (Kvist & Vehviläinen - Julkunen 2008.)

Sisällön validiteetin arviointi tässä tutkimuksessa perustuu käytetyn mittarin kehittämisen arvioimiseen. Tätä mittaria on käytetty hoidon laadun arviointiin useissa väitöskirjoissa, pro gradu-tutkielmissa sekä tieteellisissä artikkeleissa (Hiltunen 2008, Mikkonen 2007, Partanen 2002, Tervo-Heikkinen ym. 2008; viitattu lähteessä Kvist & Vehviläinen - Julkunen 2008). Näissä on raportoitu ja kuvattu käytön tuloksia ja mittaria kehitetty ja muokattu olosuhteisiin soveltuvaksi. IHL -mittarista on kehitetty uusi, nykyhetkeen soveltuva versio (RILH - mittari), jota on esiteltävä tämän tutkimuksen vuoden 2008 aineistolla. Mitä laajempi ja kattavampi mittarin kehittäminen on, sen parempi on sisältövaliditeetti (Burns & Grove 2005, 378), joten mittarin sisällön validiteetti on erittäin hyvä.

Tutkimuksen tulosten luotettavuuden kannalta erittäin tärkeää on mittarin luotettavuus (Metsämuuronen 2005, 86). Burns & Groven (2005) mukaan luotettavuuden tarkastelussa tulee kiinnittää huomio rakennevaliditeettiin. Mittarin rakennevaliditeetin avulla tarkastellaan mittarin käsitteellisiä yhteyksiä teoreettiseen taustaansa (Moule & Goodman 2009, 186). Niiden tulee olla teorian mukaiset ja oikein operationalisoitu sekä riittävän laajat kyseiseen ilmiöön. (Metsämuuronen 2005, 87). Ihmisläheinen hoito-mittarin (IHL) käsittevaliditeetin lähtökohtana on ihmisläheinen hoito käsitteen käsiteanalyysi ja potilaskyselyistä tehdyt eksploraatiiviset faktorianalyysit (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008).

Vuonna 2008 tehtiin eksploraatiivinen faktorianalyysi, jonka perusteella faktoreita määräytyi kuusi. Nämä faktorit ovat henkilöstön ammatillisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisten tarpeiden huomiointi, riittävä henkilöstö, kipujen ja pelkojen lievittäminen sekä henkilöstön

yhteistyö. Faktorianalyysin perusteella muodostettujen summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet (0.80-0.95) kertovat hyvästä sisäisestä johdonmukaisuudesta. (Kvist & Vehviläinen - Julkunen 2008.)

Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteetin tarkastelun kohteena on mittarin sisäisen johdonmukaisuuden lisäksi mittarin pysyvyys (Polit & Beck 2006, 324, Kankunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 156 - 157). Sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa, että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja pysyvyys sitä, että mittaustulos on eri mittauskerroilla melko samanlainen. (Metsämuuronen 2005, 86, Polit & Beck 2006, 324, Kankunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 156-157.) Tässä tutkimuksessa käytetyt eri vuosien aineistot viittaavat hyvään reliabiliteettiin, sillä tutkittavien vastaukset olivat samansuuntaisia. Lisäksi mittarin sisäistä johdonmukaisuutta on aiemmissa tutkimuksissa arvioitu kuvaavilla Cronbachin alfa-kertoimilla, jotka ovat olleet pääsääntöisesti kaikkien mittarilla tehdyissä tutkimuksissa yli 0,60. Tätä pidetään riittävänä arvona (Metsämuuronen 2005, 395). RIHL - mittarilla on siis hyvä sisäinen johdonmukaisuus, joka kertoo siitä, että se mittaa sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata (Polit & Beck 2006 326, Kvist & Vehviläinen - Julkunen 2008). Myös tässä tutkimuksessa alfa-kerroin oli erittäin korkea. Se oli vuonna 2008 0.932 ja vuonna 2010 0.858.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan RILH - mittarin osamittarista koostuvaa aineistoa. Tämä osamittari koostuu tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen liittyvistä osa-alueista. Kysely on tehty Likert - asteikollisella mittarilla, joka muodostuu viidestätoista väittämästä välillä täysin eri mieltä 6 täysin samaa mieltä. Tässä tutkimuksessa käytettävässä mittarissa on 8 taustamuuttujaa, 15 Likert - asteikollista kysymystä sekä eri ammattiryhmille (lääkäri, hoitaja, laitoshuoltaja, koko henkilökunta) annettavasta arvosanaosioista. Lisäksi kyselyssä oli neljä muuttujaa, joilla selvitettiin hoidon tavoitteiden ja tulosten toteutumista. Potilaiden taustatekijöitä koskevilla kysymyksillä kysyttiin sukupuolta, ikää, asumismuotoa, ammatillista koulutusta, ammattiasemaa, sairaalaan tulosyytä sekä sairaalassa oloaika. Kyselylomakkeessa oli Likert - asteikolliset väittämät, jossa 5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=en osaa sanoa, 2=osittain eri mieltä ja 1=täysin eri mieltä. Näiden väittämien avulla arvioitiin toteutunutta tiedon saantia ja hoitoon osallistumista kirurgisilla poliklinikoilla ja vuodeosastoilla.

4.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin tilastollisin menetelmin SPSS 19.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietojen kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä ja prosentiosuuksia. Ristiintaulukointia käytettiin, jotta nähtiin mahdolliset yhteydet taustamuuttujien ja tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista kuvaavien muuttujien sekä vuosien välillä. Muuttujien välisiä tilastollisia eroja löytääkseen tutkittiin myös Khiin neliötesti ristiintaulukoinnin pohjalta. (Metsämuuronen 2005, 293.) Tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta muodostettua summamuuttujan yhteyttä taustamuuttujiin testattiin parametrittomilla Mannin ω Whitneyn ja Kruskallin ω Wallisin testeillä. Taustamuuttujien yhteyttä tähän summamuuttujaan testattiin myös useampisuuntaisella varianssianalyysillä, jotta nähtiin mahdolliset tilastollisesti merkittävät erot vuosien ja taustamuuttujien välillä (Nummenmaa 2004, 201).

Muuttujien välisen yhteyden tilastollisen merkitsevyyden arvioinnissa käytettiin p-arvoa. Tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p \leq 0.05$, joka on yleisimmin käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009) Mittarin sisäisen konsistenssin eli yhtenäisyyden mittana käytettiin Cronbachin alfaa, jonka tulisi olla yli 0.70 (Burns & Grove 2005). Tässä tutkimuksessa arvo oli vuonna 2008 0.932 ja vuonna 2010 0.858. Cronbachin alfa on reliabiliteetin eli toistettavuuden mitta. Korkea reliabiliteetti kertoo ensisijaisesti siitä, että mittarin osiot mittaavat samantyyppistä asiaa. Lisäksi sen avulla voidaan kuvata sitä, että samat ihmiset vastaisivat samalla mittarilla samalla tavalla usealla eri mittauskerralla. (Metsämuuronen 2005, 86)

Osa vastaajien taustatiedoista luokiteltiin uudelleen jatkoanalyysia varten. Ikä luokiteltiin seuraaviin luokkiin: alle 44-vuotiaat, 45 - 64-vuotiaat ja yli 65-vuotiaat. Vuodeosastopotilaiden sairaalassaoloaika luokiteltiin myös kolmeen luokkaan: 1-3 vuorokautta, 4-6 vuorokautta ja yli 7 vuorokautta. Potilaiden arvioinnit lääkäreiden, hoitajien ja laitoshuoltajien hoidon laadun tasosta raportoitiin keskiarvot ja keskihajonnat eri vuosina.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Vuonna 2008 kyselyyn vastasi 664 potilasta. Vuonna 2008 heistä oli naisia 60 % ja miehiä 45 %. Potilaista 76 % asui kumppanin kanssa ja 24 % oli yksin asuvia. Lähes puolet (47 %) heistä oli ammatillisen tutkinnon suorittaneita ja 18 % potilaista oli ammattikorkeakoulun tai korkeakoulututkinnon suorittaneita. Ammattiasemaltaan puolet potilaista oli eläkkeellä (50 %) ja lähes puolet heistä (44 %) olivat työelämässä, joista suurin osa oli työntekijöitä (23 %). Suurin osa potilaista tuli sairaalaan suunnitellusti kutsuttuna (76 %) ja tulossyynä oli useimmiten sairauden hoito (64 %). Potilaista 77 % oli sairaalahoidossa vuodeosastolla ja 23 % poliklinikalla. Iältään potilaat olivat väliltä 16 ó 94 -vuotiaita. Keski-ikä vuonna 2008 oli 58 vuotta. Alle 44 -vuotiaita heistä oli 15 %, 45 - 64 -vuotiaita oli 47 % ja yli 65 -vuotiaita 38 %. Sairaalassa oloaika jakaantui molempina vuosina samansuuntaisesti. Enemmistö vastaajista oli ollut sairaalahoidossa vuodeosastopotilaana (72 %). Suurin osa vuodeosastolla hoidossa olleista potilaista oli sairaalahoidossa 1-3 hoitopäivää (46 %), 32 % 4-6 hoitopäivää ja loput potilaista 7 päivää tai enemmän (23 %). Keskimääräinen hoitoaika vuonna 2008 oli 6 päivää. (Taulukko 2)

Vuonna 2010 kyselyyn vastasi 668 potilasta. Vuonna 2010 heistä oli naisia 55 % ja miehiä 45 %. Potilaista 76 % asui kumppanin kanssa ja 24 % oli yksin asuvia. Yli puolet (55 % %) potilaista oli ammatillisen tutkinnon suorittaneita ja 20 % oli ammattikorkeakoulun tai korkeakoulututkinnon suorittaneita. Ammattiasemaltaan lähes puolet potilaista oli eläkkeellä (44 %). Lähes puolet heistä (49 %) oli työelämässä, joista suurin osa toimi työntekijöinä (25 %). Suurin osa potilaista tuli sairaalaan suunnitellusti kutsuttuna (77 %) ja tulossyynä oli useimmiten sairauden hoito (62 %). Potilaista 68 % oli sairaalahoidossa vuodeosastolla ja 32 % poliklinikalla. Iältään potilaat olivat väliltä 16 - 87 -vuotiaita. Alle 44 -vuotiaita heistä oli 18 %, 45 - 64 -vuotiaita oli 48 % ja yli 65 -vuotiaita 34 %. Keski-ikä vuonna 2010 oli 57 vuotta. Suurin osa potilaista oli sairaalahoidossa 1-3 hoitopäivää (45 %), 34 % 4-6 päivää ja loput 7 päivää tai enemmän (21 %). Keskimääräinen hoitoaika vuonna 2010 oli 5 päivää. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008		2010	
	n	%	n	%
Sairaala				
KYS	183	28	190	28
Mikkelin keskussairaala	85	13	100	15
Pohjois-Karjalan keskussairaala	187	28	212	32
Keski-Suomen keskussairaala	209	31	166	25
Sukupuoli				
Nainen	351	55	353	55
Mies	288	45	292	45
Asumismuoto				
Yksin	158	24	161	24
Puolison tms. kanssa	499	76	500	76
Pohjakoulutus				
Korkeakoulututkinto	67	10	62	10
Amk	49	8	69	11
Ammatillinen tutkinto	300	47	354	54
Ei koulutusta	178	28	127	19
Muu	45	7	37	6
Ammattiasema				
Ylempi toimihenkilö	41	6	29	29
Alempi toimihenkilö	56	9	68	68
Yksityisyrittäjä, maanviljelijä	43	7	61	61
Työntekijä	149	23	168	168
Eläkeläinen	331	50	294	294
Muu	37	6	43	43
Tulo sairaalaan				
Kutsuttuna suunnitellusti	494	76	513	77
Päivystyksensä	158	24	150	23
Tulosyy				
Tutkimus	113	17	109	16
Sairausten hoito	422	64	413	62
Muu	125	19	145	22
Olin potilaana				
Vuodeosasto	509	77	457	68
Poliklinikka	151	23	211	32
Ikä vuosina				
Ø44 v	98	15	117	18
45-64 v	309	47	317	48
× 65 v	248	38	223	34
Hoitoaika vuodeosastolla				
1-3 vuorokautta	220	46	206	45
4-6 vuorokautta	116	24	152	34
× 7 vuorokautta	147	30	95	21

5.2 Potilaiden arviointeja hoidon laadusta

5.2.1 Potilaiden arvioinnit kokonaishoidon laadusta eri ammattiryhmille 2008 ja 2010

Potilaat arvioivat hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja laitoshuoltajien toteuttamaa kokonaishoidon laatua kouluarvosana-asteikolla 4-10. Kaikkien ryhmien arvosanat olivat kiitettävät sekä vuonna 2008 että 2010. Kaikkien ammattiryhmien sekä koko hoitohenkilökunnan osalta arvosanojen keskiarvot ovat nousseet vuodesta 2008 vuoteen 2010. (Taulukko 3) Lääkäreiden, hoitajien ja koko henkilökunnan välisessä tarkastelussa arvosanat olivat nousseet merkittävästi vuosien välillä ($p=0.000$). Laitoshuoltajien kohdalla arvosanat olivat lähes samat eri vuosina ($p=0.309$).

Taulukko 3. Potilaiden arvioinnit saamastaan hoidosta vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Yleisarvosana	2008 Ka*	2008 Sd	2010 Ka*	2010 Sd
Lääkärit	8.9	1.3	9.1	1.0
Hoitajat	9.0	1.1	9.2	0.8
Laitoshuoltajat	8.9	1.1	9.0	0.9
Koko henkilökunta	8.9	1.1	9.1	0.9

(Arvosanat välillä 4 ó 10)

5.2.2 Potilaiden arvioinnit hoidon tavoitteen ja tuloksen saavuttamisesta 2008 ja 2010

Potilaiden arvioinnit hoidosta ja sen tuloksista erosivat eri vuosien välillä. Kaikkien väittämien osalta (taulukko 4) erot olivat tilastollisesti merkittäviä ($p=0.000-0.001$). Vuonna 2010, *osittain tai täysin samaa mieltä*, on joka väittämän kohdalla arvioitu prosentuaalisesti enemmän kuin vuonna 2008. Potilaat olivat tyytyväisimpiä molempina vuosina hoidon tulokseen ja saamaansa hoitoon. Huonoiten potilaat arvioivat väittämän, *asetimme yhdessä henkilökunnan kanssa selkeän tavoitteen hoidolleni*. Molempina vuosina noin viidennes (20 - 21 %) ei osannut sanoa, oliko tavoitetta asetettu. Myös hoidon tavoitteen saavuttaminen oli potilaiden mielestä vaikea arvioida.

Taulukko 4. Potilaiden arvioinnit hoidosta ja sen tuloksista vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Väittämät	Täysin eri mieltä %		Osittain eri mieltä %		En osaa sanoa %		Osittain samaa mieltä %		Täysin samaa mieltä %	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Asetimme yhdessä henkilökunnan kanssa selkeän tavoitteen hoidolleni p=0.000	8	3	7	4	21	20	23	24	41	49
Hoidossani saavutettiin sille asetettu tavoite p=0.000	7	2	6	4	14	18	21	23	52	54
Olen tyytyväinen hoitoni tulokseen p=0.001	5	2	8	4	9	10	23	22	55	62
Olen tyytyväinen saamaani hoitoon p=0.000	3	1	7	3	5	3	21	20	65	73

5.3 Tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen osatekijöiden toteutuminen taustamuuttujittain 2008 ja 2010

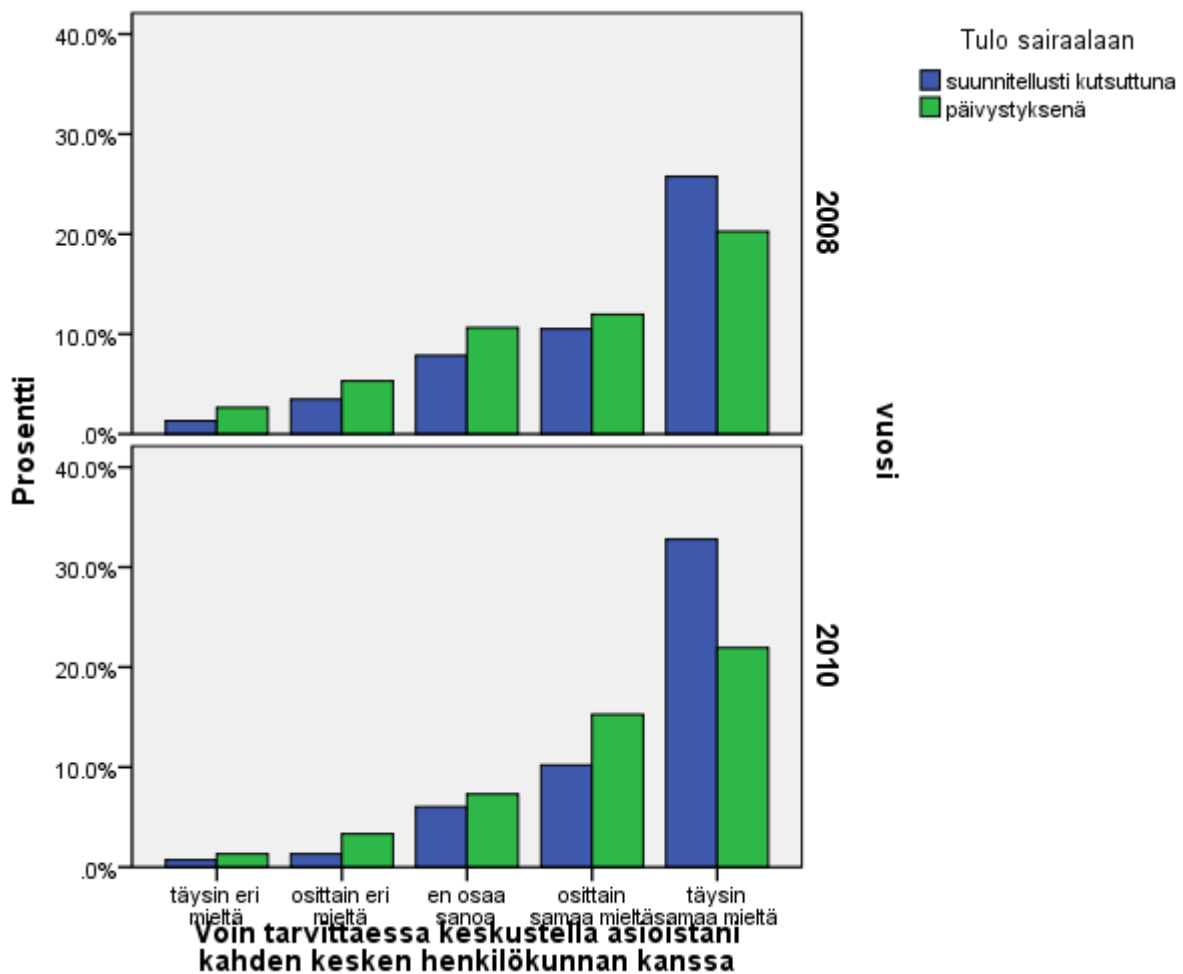
5.3.1 Kahdenkeskisen keskustelun mahdollisuus henkilökunnan kanssa

Vuonna 2008 potilaan sairaalan (p=0.060), asumismuodon (p=0.682), pohjakoulutuksen (p=0.074), ammattiaseman (p=0.317), tulosityn (p=0.077), hoitopaikan (p=0.164), hoitoajan (p=0.928) ja iän (p=0.094) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Naiset olivat tyytyväisempiä kuin miehet (p=0.035). Erot olivat selkeimmät vastausvaihtoehdon, *täysin samaa mieltä*, kohdalla, jossa naisten vastausprosentti oli 46 % ja miesten 53 %. Naiset olivat selkeämmin myös *täysin tai osittain eri mieltä* (15 %) kuin miehet (7 %). Suunnitellusti sairaalaan tulleet olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat (p=0.051). Heistä 74 % vastasi, *täysin tai osittain samaa mieltä*, kun päivystyksenä sairaalaan tulleista vastasi samoin 63 % potilaista.

Vuonna 2010 potilaan sairaalan (p=0.909), asumismuodon (p=0.757), pohjakoulutuksen (p=0.463), ammattiaseman (p=0.160), tulosityn (p=0.179), hoitopaikan (p=0.600), hoitoajan (p=0.281) ja iän (p=0.614) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Sukupuolten välisessä vertailussa miehet olivat tyytyväisempiä (p=0.010). Miehet vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (63 %) kuin naiset (57 %). Lisäksi eroa oli vastauksessa, *en osaa sanoa*, johon vastasi naisista 15 % ja miehistä 10 %. Suunnitellusti sairaalaan tulleet potilaat olivat tyytyväisempiä arvioinneissaan kuin

päivystyspotilaat ($p=0.000$). Suunnitellusti kutsutut vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (64 %) kuin päivystyksenä sairaalaan tulleet (45 %).

Vuosien välisessä vertailussa havaitaan, että sukupuolten välillä on eroja vastauksissa molempina vuosina, jolloin miehet olivat olleet tyytyväisempiä keskustelumahdollisuuteen henkilökunnan kanssa. Vuonna 2010 vastanneet päivystyspotilaat olivat tyytymättömämpiä kuin suunnitellusti sairaalaan tulleet potilaat. Vuonna 2008 heidän välillään ei ollut merkitseviä eroja. (Kuvio 1) (Taulukko 6).



Kuvio 1. Suunnitellusti kutsuttujen potilaiden ja päivystyspotilaiden arvioinnit keskustelumahdollisuudesta henkilökunnan kanssa 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taulukko 5. Voin tarvittaessa keskustella asioistani kahden kesken hoitohenkilökunnan kanssa. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttajat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.060	0.909
Sukupuoli	0.035	0.010
Asumismuoto	0.682	0.757
Pohjakoulutus	0.074	0.463
Ammattiasema	0.317	0.160
Tulo sairaalaan	0.051	0.000
Tulosityy	0.077	0.179
Hoitopaikka	0.164	0.600
Ikä vuosina	0.094	0.614
Hoitoaika	0.928	0.281

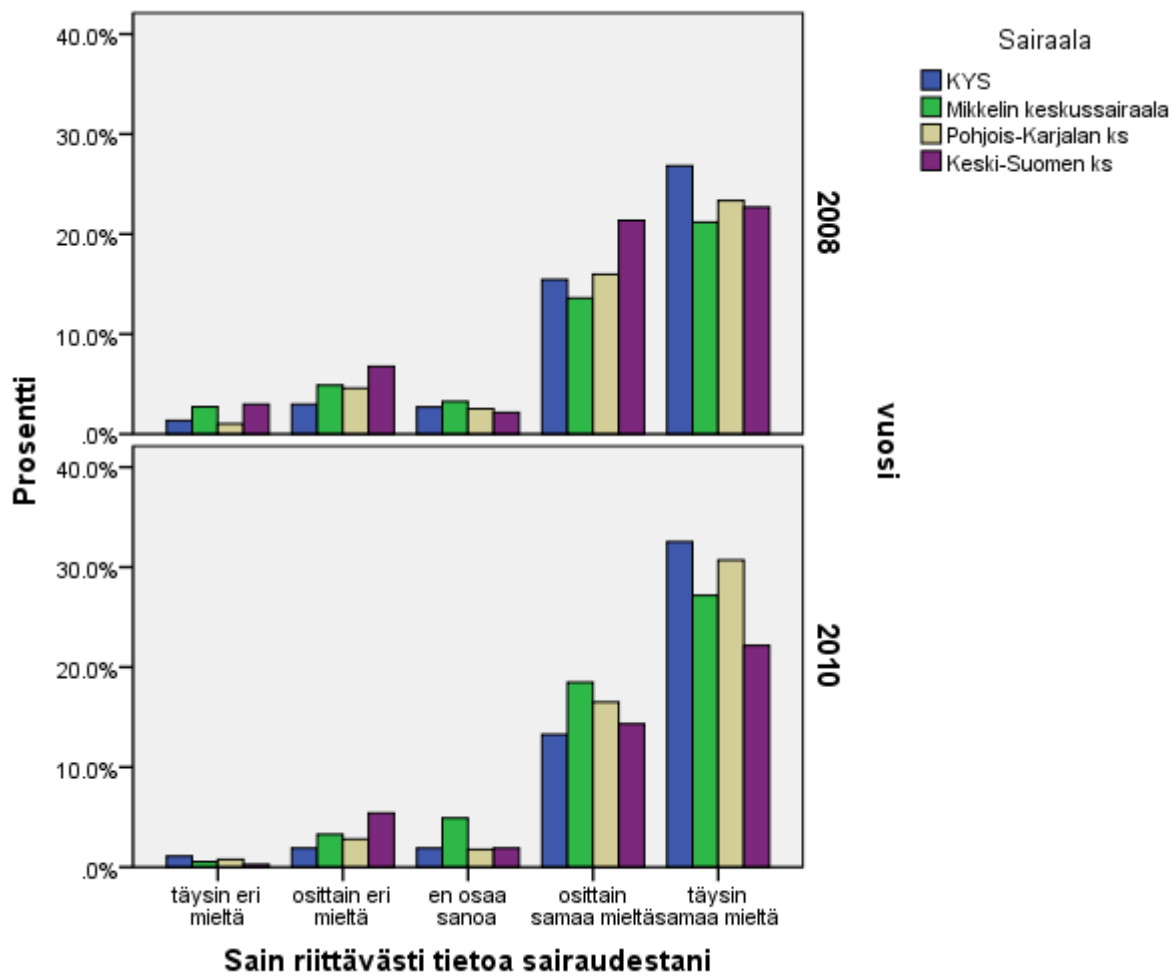
5.3.2 Tiedonsaanti sairaudesta

Vuonna 2008 potilaan asumismuodon ($p=0.523$), sairaalan ($p=0.224$), ammattiaseman ($p=0.251$), hoitoajan ($p=0.908$), tulosityn ($p=0.234$) ja hoitopaikan ($p=0.262$) mukaan vastauksissa ei ollut eroja. Vastaaajien sukupuolten välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,058$). Naisista 16 % oli *täysin tai osittain eri mieltä* ja miehistä 10 %. Koulutustason lasku vaikutti potilaiden kokemaan tiedon saannin riittävyteen myönteisesti. Kouluttamattomista vastaaajista 54 % oli, *täysin samaa mieltä*, kun taas korkeakoulututkinnon suorittaneista 37 %. Sairaalaan kutsuttuna tulleet olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat ($p=0.000$). Suurin osa (85 %) suunnitellusti kutsuttuna sairaalaan tulleista vastasivat joko *täysin tai osittain samaa mieltä* ja päivystyksenä tulleista 71 %. Päivystyspotilaat vastasivat huomattavasti enemmän joko *täysin tai osittain eri mieltä* (22 %) kuin suunnitellusti kutsutut (10 %). Ikäluokkien tarkastelussa havaittiin, että yli 65-vuotiaat potilaat olivat tyytyväisempiä tietoon sairaudestaan kuin nuoremmat ($p=0.000$). Suurin osa yli 65-vuotiaista vastaaajista oli vastannut *täysin samaa mieltä* (54 %).

Vuonna 2010 potilaan sukupuolen ($p=0,108$), asumismuodon ($p=0.130$), pohjakoulutuksen ($p=0.631$), ammattiaseman ($p=0.509$), hoitoajan ($p=0.205$), iän ($p=0.220$) ja hoitopaikan ($p=0.212$) mukaan vastauksissa ei ollut eroja. Sairaaloista Kuopion yliopistollisen sairaalan potilaat olivat hieman tyytyväisempiä kuin muiden sairaaloiden potilaat. Heistä vastasi *täysin samaa mieltä* 64 % ja *osittain samaa mieltä* 26 %. Muissa sairaaloissa *täysin samaa mieltä* vastanneita oli selkeästi alle 60 %. Keski-Suomen keskussairaalan vastaaajat olivat vastanneet useimmin *täysin tai osittain eri mieltä* (13 %), kun muissa sairaaloissa vastausprosentit olivat selvästi alle 10 %. Sairaalaan kutsuttuna tulleet potilaat olivat tyytyväisempiä kuin päivystyksenä tulleet ($p=0.003$). He kokivat

saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan ja vastasivat useimmin *täysin samaa mieltä* (61 %), kun taas päivystyksenä sairaalaan tulleista vastasi samoin vain 44 %. Tulossyn perusteella havaittiin eroja vastauksissa ($p=0.011$) niin, että tutkimukseen tulleet potilaat vastasivat useammin, *en osaa sanoa* (10 %) kuin sairauden hoidon (4 %) tai muun syyn vuoksi (3 %) tulleet potilaat.

Vuosien välisessä vertailussa kysymyksen, *sain riittävästi tietoa sairaudestani*, osalta havaitaan, että asumismuodon, ammattiaseman, hoitopaikan sekä hoitoajan perusteella ei vastaajien välillä ole tilastollisesti merkitseviä eroja vastausvaihtoehtojen välillä kumpanakaan vuotena. Sairaaloiden välisiä eroja havaittiin vuonna 2010, joita ei ollut vuonna 2008 (Kuvio 2). KYS:n potilaiden arviot olivat nousseet suhteessa muihin sairaaloihin ja Keski-Suomen keskussairaalan potilaat olivat tyytymättömämpiä kuin muiden sairaaloiden potilaat. Sukupuolten väliset erot olivat kaventuneet vuosien välillä. Myöskään koulutustausta ei enää vuonna 2010 vaikuttanut potilaiden vastauksiin eriävästi. Sairaalaan tulotavalla oli molempina vuosina merkitystä potilaiden kokemaan tiedon saantiin sairaudestaan. Molempina vuosina suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä arvioinneissaan kuin päivystyspotilaat. Tulossyllä ei ollut vuonna 2008 merkittävää vaikutusta potilaiden vastauksiin. Vuonna 2010 vastanneista potilaista tutkimukseen tulleet kokivat, etteivät osaa arvioida tiedon saantia riittävästi. Ikäluokkien välillä oli eroja vuonna 2008, joita ei vuonna 2010 ilmennyt. (Taulukko 6).



Kuvio 2. Sairaaloiden vertailu potilaan riittävästä tiedon saannista 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taulukko 6. Sain riittävästi tietoa sairaudestani. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.224	0.026
Sukupuoli	0.058	0.108
Asumismuoto	0.523	0.130
Pohjakoulutus	0.009	0.631
Ammattiasema	0.251	0.509
Tulo sairaalaan	0.000	0.003
Tulosityy	0.234	0.011
Hoitopaikka	0.262	0.212
Ikä vuosina	0.000	0.220
Hoitoaika	0.908	0.205

5.3.3 Sairauteen liittyvien rajoitusten ymmärtäminen

Vuonna 2008 potilaan sairaalan ($p=0.355$), sukupuolen ($p=0.073$), asumismuodon ($p=0.610$) ja ammattiaseman ($p=0.066$), hoitopaikan ($p=0.699$) ja hoitoajan ($p=0.065$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Tarkasteltaessa väittämää koulutustaustan perusteella huomataan eroja vastauksissa niin, että mitä alhaisempi tutkinto sitä tyytyväisempi potilas. Korkeakoulututkinnon suorittaneista vastaajista oli 42 % *täysin samaa mieltä*. Tyytyväisyys lisääntyi tutkintoasteen laskiessa ja suurin vastausprosentti oli 59 % (muu pohjakoulutus). Selityksen ymmärrettävyys oli toteutunut paremmin sairaalaan suunnitellusti kutsuttujen kuin päivystyksenä tulleiden mielestä ($p=0.000$). He vastasivat selkeästi useammin *osittain tai täysin samaa mieltä* (86,8 %) kuin päivystyksenä sairaalaan tulleet (74 %). Päivystyksenä tulleet potilaat vastasivat *täysin tai osittain eri mieltä* useammin (17 %) kuin suunnitellusti kutsutut potilaat (9 %). Tutkimukseen tulleet potilaat olivat selvästi tyytymättömpämpiä kuin sairaudenhoitoa tai muuta varten sairaalaan tulleet potilaat ($p=0.010$). Vastausprosentit, *täysin samaa mieltä*, vastausvaihtoehtoon vaihtelivat välillä 40 % - 56 %. Ikäluokkien välillä havaittiin myös merkitsevää eroa vastauksissa ($p=0.000$). Alle 44 -vuotiaat potilaat vastasivat vähiten *osittain tai täysin samaa mieltä* (71 %). Samaan vaihtoehtoon vastasi 45 - 64 -vuotiaista potilaista 87 % ja yli 65 -vuotiaista potilaista 85 %. Eniten vaihtoehtoon *täysin samaa mieltä* vastasivat yli 65 -vuotiaat potilaat (55 %).

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.650$), sukupuolen ($p=0.624$), asumismuodon ($p=0.523$), pohjakoulutuksen ($p=0.106$), ammattiaseman ($p=0.352$), hoitopaikan ($p=0.166$), hoitoajan ($p=0.086$) ja iän ($p=0.375$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Sairaalaan suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä ($p=0.000$) ja he vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (66 %) kuin päivystyksenä sairaalaan tulleet (50 %). Päivystyksenä tulleet olivat selkeästi useammin *täysin tai osittain eri mieltä* (13 %) kuin kutsuttuna tulleet (4 %). Sairaalaan tulossyyn perusteella huomattiin eroja vastauksissa ($p=0.002$). Tutkimukseen tulleet vastasivat useammin, *en osaa sanoa* (10,7 %) kuin sairauden hoitoa varten (6 %) tai muun syyn vuoksi tulleet (4 %). Vastausvaihtoehdossa *osittain eri mieltä* oli myös eroja, johon muun syyn vuoksi tulleista vastasi 10 % potilaista. Samaan vastasi tutkimukseen tulleista potilaista 3 % ja sairauden hoitoa varten tulleista potilaista 3 %.

Vuosien välisessä vertailussa huomataan, että koulutustaustalla oli vaikutusta potilaiden vastauksiin vuonna 2008, muttei vuonna 2010. Molempina vuosina päivystyspotilaat olivat tyytymättömpämpiä kuin suunnitellusti kutsutut potilaat selityksen ymmärrettävyyteen sairaudesta. Tutkimukseen sairaalaan tulleet potilaat olivat molempina vuosina tyytymättömpämpiä. Vuonna 2010 vastanneet

tutkimuspotilaat vastasivat usein, *en osaa sanoa*. Tarkasteltaessa iän vaikutusta eri vuosina, havaitaan, että vuonna 2008 nuoremmat potilaat olivat selvästi tyytymättömpämpiä. Vuonna 2010 ikäluokkien välillä ei ollut eroja arvioinneissa. (taulukko 7).

Taulukko 7. Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteeni liittyviä rajoituksia. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.355	0.650
Sukupuoli	0.073	0.624
Asumismuoto	0.610	0.523
Pohjakoulutus	0.006	0.106
Ammattiasema	0.066	0.352
Tulo sairaalaan	0.000	0.000
Tulosyy	0.010	0.002
Hoitopaikka	0.699	0.166
Ikä vuosina	0.000	0.375
Hoitoaika	0.065	0.086

5.3.4 Tieto lääkehoidosta

Vuonna 2008 potilaan asumismuodon ($p=0.774$), ammattiaseman ($p=0.072$), hoitopaikan ($p=0.840$) ja hoitoaikaluokan ($p=0.447$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Miehet olivat tyytyväisempiä tietoon lääkehoidosta ($p=0.008$) ja he vastasivat useammin, *täysin samaa mieltä*, (60 %) kuin naiset (52 %). Selkeä ero oli myös, *osittain tai täysin eri mieltä*, vastanneiden välillä, jolloin miesten vastausprosentti oli 7 % ja naisten 16 %. Suunnitellusti sairaalaan tulleet potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa tiedon määrään kuin päivystyksenä tulleet potilaat ($p=0.000$). Heistä, *täysin samaa mieltä*, oli 58 % potilaista ja päivystyspotilaista vain 46 %. Tulosyy vaikutti merkittävästi potilaiden vastauksiin ($p=0.023$), jolloin tutkimukseen sairaalaan tulleet potilaat olivat tyytymättömpämpiä kuin sairauden hoitoon tai muun syyn vuoksi sairaalaan tulleet potilaat. Heistä vastasi *täysin samaa mieltä* 47 % vastaajista, kun samaan vastasi sairauden hoitoon tulleista 58,4 % ja muun syyn vuoksi tulleista 51 %. Eroja esiintyi lisäksi vastausvaihtoehdossa, *en osaa sanoa*, johon tutkimukseen tulleet potilaat vastasivat useammin (15 %) kuin muut potilaat (8 ó 9 %). Sairaaloiden välisessä tarkastelussa KYS:n potilaat olivat tyytyväisimpiä ja Keski-Suomen keskussairaalan potilaat tyytymättömimpiä lääkehoitoon ($p=0.001$).

Korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat olivat tyytymättömpämpiä saamaansa lääkehoidon määrään kuin muun pohjakoulutuksen suorittaneet potilaat. Tarkastelussa huomataan, että ilman koulutusta olevat potilaat olivat tyytyväisimpiä. Heistä 62 % vastasi olevansa

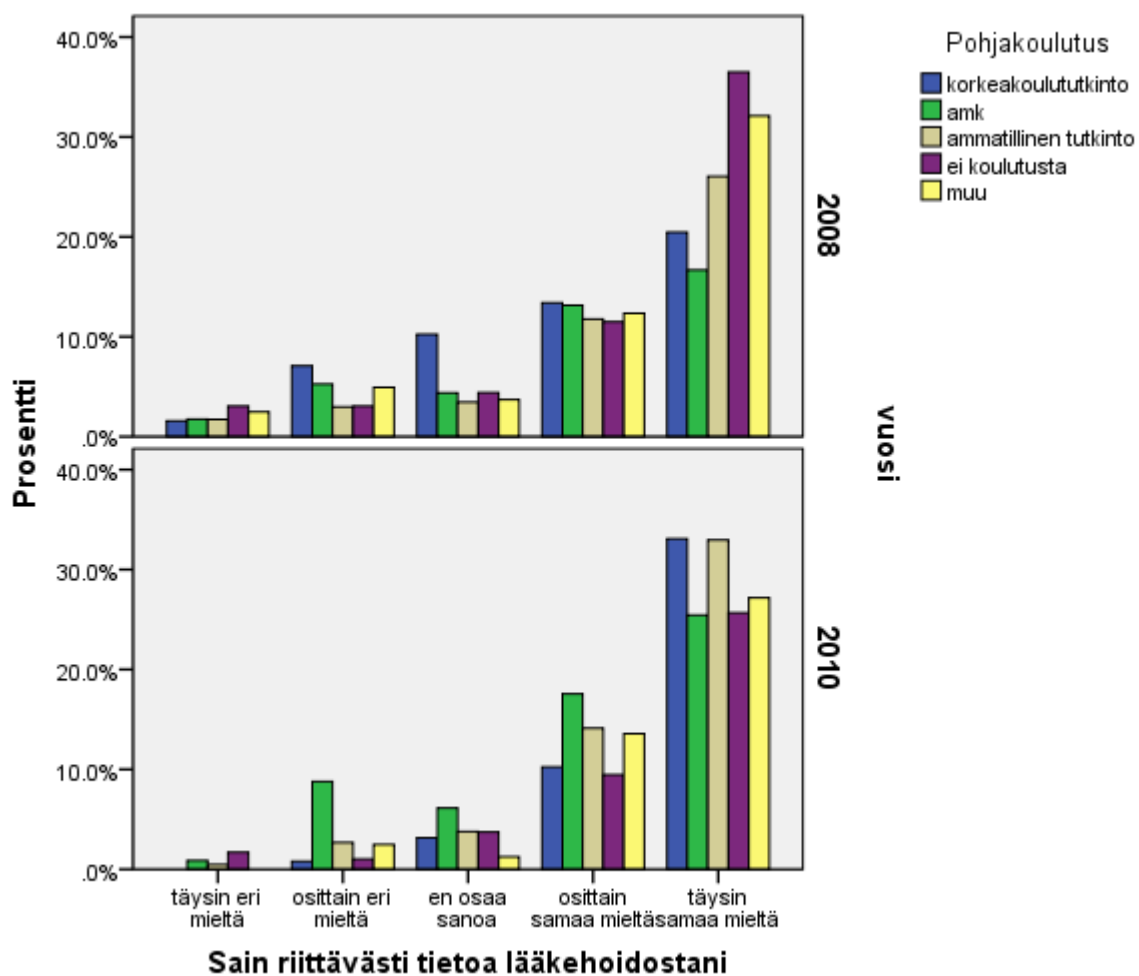
täysin samaa mieltä. Ikäluokkien tarkastelu osoitti, että alle 44 -vuotiaat potilaat kokivat saaneensa vähiten tietoa lääkehoidostaan ja yli 65 -vuotiaat olivat selkeästi tyytyväisempiä siihen kuin muut ikäluokat ($p=0.000$).

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.069$), sukupuolen ($p=0.272$), asumismuodon ($p=0.160$), ammattiaseman ($p=0.108$), hoitoajan ($p=0.517$) ja iän ($p=0.068$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Koulutustaustaa tarkasteltaessa huomattiin eroja vastauksessa *täysin samaa mieltä*, johon korkeakoulututkinnon suorittaneet vastasivat useimmin (70 %). Vähiten samaan vastasi ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet (43 %). Muut koulutusryhmät vastasivat tähän välillä 61 ó 62 %. Ammattikorkeakoulutuksen suorittaneet vastasivat useammin *osittain eri mieltä* (15 %) kuin muut ryhmät (2 ó 6 %). Suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa tietoon lääkehoidosta ($p=0.010$) ja he vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (64 %) kuin päivystyspotilaat (48 %). Myös tulossyn perusteella vastausvaihtoehdoissa oli eroja (0.000). Erot selittyvät vaihtoehdossa, *en osaa sanoa*, johon tutkimukseen tulleet vastasivat useammin (22 %) kuin sairauden hoitoa varten (5 %) tai muun syyn vuoksi (4 %) sairaalaan tulleet potilaat. He olivat myös harvemmin *täysin tai osittain samaa mieltä* (75 %) kuin muut ryhmät (87 ó 89 %). Vuodeosastopotilaat olivat tyytyväisempiä ($p=0.000$) ja he vastasivat useammin *osittain samaa mieltä* (28 %) kuin poliklinikkapotilaat (19 %). Lisäksi poliklinikkapotilaat eivät usein osanneet sanoa oliko tieto ollut riittävää.

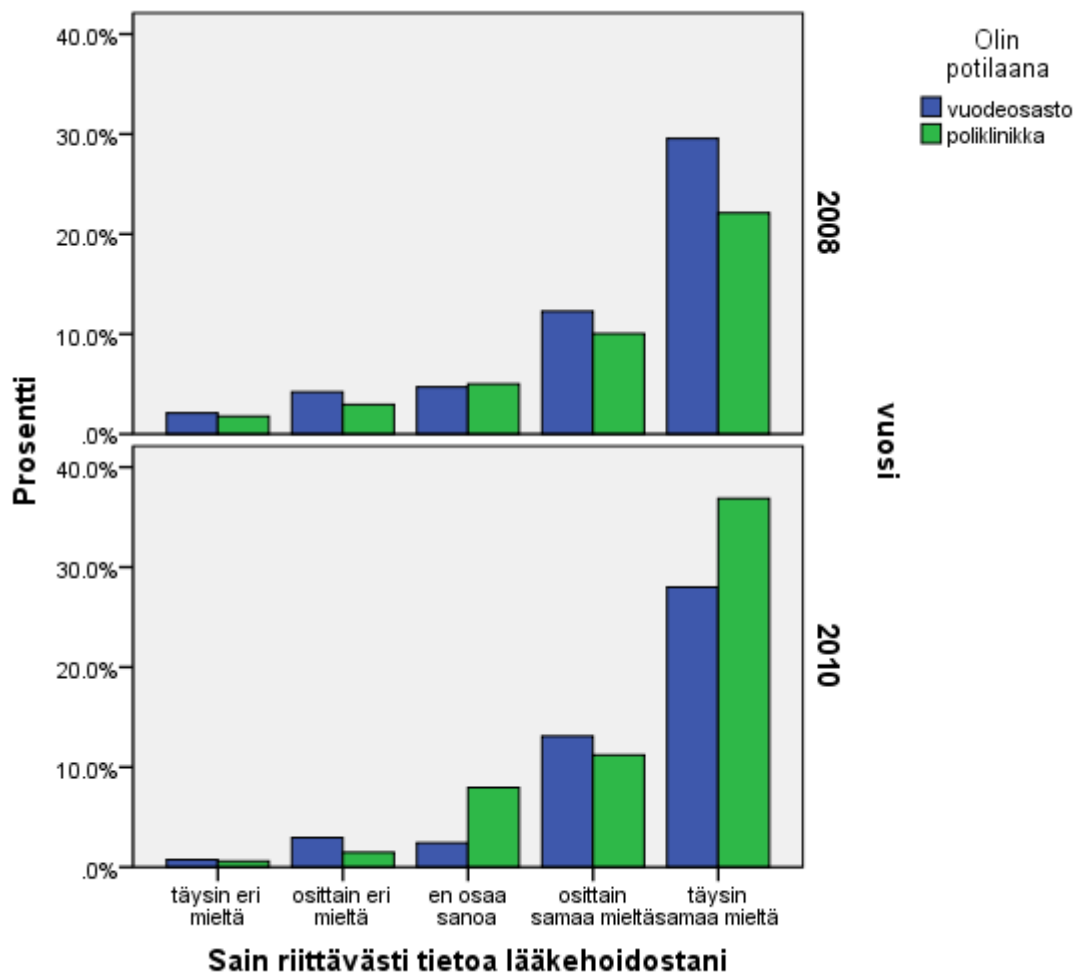
Vuosien välisessä vertailussa havaitaan, että sairaaloiden, sukupuolten ja ikäluokkien välillä oli eroa vastauksissa vuonna 2008, jota ei vuonna 2010 esiintynyt. Tulossyn vaikutti molempina vuosina niin, että tutkimukseen tulleiden vastauksissa painottuivat vaihtoehto, *en osaa sanoa*. Vuonna 2008 he olivat myös selvästi muita tyytymättömämpiä, joka ei ilmennyt vuoden 2010 vastauksissa. Koulutustaustan perusteella oli molempina vuosina eroa vastaajien arvioinneissa. Vuonna 2008 korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat tyytymättömimpiä, kun he vuonna 2010 olivat tyytyväisimpiä. (Kuvio 3) Hoitopaikan mukaan vastauksissa ei ollut eroja vuonna 2008, kun taas vuonna 2010 poliklinikkapotilaat olivat tyytyväisempiä kuin osastopotilaat ja he vastasivat myös selvästi useammin, *en osaa sanoa*. (Kuvio 4) (Taulukko 8)

Taulukko 8. Sain riittävästi tietoa lääkehoidostani. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.001	0.069
Sukupuoli	0.008	0.272
Asumismuoto	0.774	0.160
Pohjakoulutus	0.042	0.011
Ammattiasema	0.072	0.108
Tulo sairaalaan	0.000	0.010
Tulosyy	0.023	0.000
Hoitopaikka	0.840	0.000
Ikä vuosina	0.000	0.068
Hoitoaika	0.447	0.517



Kuvio 3. Pohjakoulutuksen vertailu riittävästä lääkehoidon tiedosta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)



Kuvio 4. Hoitopaikan vertailu riittävästä lääkehoidon tiedosta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

5.3.5 Mahdollisuus esittää kysymyksiä hoidosta

Vuonna 2008 potilaan asumismuodon ($p=0.134$), ammattiaseman ($p=0.321$), sairaalaan tulossyy ($p=0.414$), hoitopaikan ($p=0.586$) ja hoitoajan ($p=0,939$) mukaan vastauksissa ei ollut eroja. Sairaaloitten väliset erot ilmenivät niin, että KYS:n ja Pohjois-Karjalan keskussairaalan potilaat olivat hieman tyytyväisempiä kuin muiden sairaaloitten potilaat Useimmin vastausvaihtoehtoon, Naiset kokivat saaneensa esittää kysymyksiä huonommin kuin miehet ($p=0.004$). Naisista vastasi *täysin tai osittain samaa mieltä* 83 % ja miehistä 92 %. Koulutustaustan perusteella vastauksissa oli tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.031$). Ammattikorkeakoulu- ja korkeakoulututkinnon suorittaneet vastasivat vähiten *täysin tai osittain samaa mieltä* (49 % ja 51 %). Lisäksi korkeakoulututkinnon suorittaneiden vastauksissa oli selkeästi enemmän *täysin tai osittain eri*

mieltä vastanneita (12 %) kuin muissa koulutusryhmissä (5 ó 8 %). Sairaalaan suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat ($p=0.018$). Sairaalaan kutsuttuna tulleet vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (64 %) kuin päivystyksenä sairaalaan tulleet (52 %). Ero selittyy myös vastauksissa *täysin tai osittain eri mieltä*, joihin kutsutuista potilaista vastasi (6 %) ja päivystyspotilaista (12 %). Kysymysten esittäminen koskien omaa hoitoa oli paremmin mahdollista 45 - 64 - ja yli 65 -vuotiaiden ikäluokassa olevien mielestä kuin alle 44 -vuotiaiden ($p=0.001$). Alle 44- vuotiaista vastaajista *täysin samaa mieltä* oli 48 % ja muista ikäluokista yli 63 ó 64 %.

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.424$), sukupuolen ($p=0.176$), asumismuodon ($p=0.166$), pohjakoulutuksen ($p=0.960$), ammattiaseman ($p=0.649$), tulosityn ($p=0.389$), hoitopaikan ($p=0.241$), hoitoajan ($p=0.481$) ja iän ($p=0.731$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Tilastollisesti merkitsevää eroa havaittiin ainoastaan sairaalaan tulotapojen välillä ($p=0.023$). Tällöin suunnitellusti kutsutut potilaat vastasivat useammin *täysin tai osittain samaa mieltä* (75 %) kuin päivystyspotilaat (62 %). Päivystyksenä tulleet taas vastasivat useammin *osittain eri mieltä* (29 %) kuin suunnitellusti tulleet potilaat (20 %)

Vuosien välisessä vertailussa huomataan, että sairaaloiden, sukupuolten, pohjakoulutuksen ja iän perusteella ilmenneitä eroja vastauksissa vuonna 2008, ei ilmennyt vuonna 2010. Sen sijaan sairaalaan tulotavan mukaan vastauseroja oli molempina vuosina. Suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Voin esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.008	0.424
Sukupuoli	0.004	0.176
Asumismuoto	0.134	0.166
Pohjakoulutus	0.031	0.960
Ammattiasema	0.321	0.649
Tulo sairaalaan	0.018	0.023
Tulosityy	0.414	0.389
Hoitopaikka	0.586	0.241
Ikä vuosina	0.001	0.731
Hoitoaika	0.939	0.481

5.3.6 Selitysten ymmärrettävyys hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvistä ohjeista ja rajoituksista

Vuonna 2008 potilaan sairaalan ($p=0.355$), sukupuolen ($p=0.073$), asumismuodon ($p=0.610$), ammattiaseman ($p=0.066$), hoitopaikan ($p=0.669$) ja hoitoajan ($p=0.065$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Koulutustaustan perusteella ammatillisen koulutuksen suorittaneet ja ilman koulutusta olevat olivat hieman tyytyväisempiä kuin muiden koulutusryhmien potilaat. Suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä arvioinneissaan kuin päivystyspotilaat ($p=0.000$). Tulossy selittää myös eroja potilaiden arvioinneissa ($p=0.010$). Sairaalaan tutkimukseen tulleet potilaat vastasivat useammin, *en osaa sanoa* (13 %) kuin sairauden hoitoa varten (4 %) tai muun syyn (6 %) vuoksi tulleet. Lisäksi he olivat harvimminkin *täysin samaa mieltä* (40 %) kuin sairauden hoidon tai muun syyn vuoksi tulleet potilaat (52 ó 56 %). Ikäluokkien välinen ero ($p=0.000$) selittyy alle 44-vuotiaiden tyytymättömyydellä suhteessa muihin ikäluokkiin. He vastasivat selvästi harvemmin *osittain tai täysin samaa mieltä* kuin muut ikäryhmät.

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.433$), asumismuodon ($p=0.398$), pohjakoulutuksen ($p=0.304$), ammattiaseman ($p=0.416$), hoitoajan ($p=0.850$) ja iän ($p=0.685$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Naiset olivat tyytymättömämpiä kuin miehet ($p=0.038$), joka ilmeni naisten vastatessa useammin, *en osaa sanoa* (13 %) kuin miehet (8 %). Naiset myös vastasivat olevansa eri mieltä useammin kuin miehet. Suunnitellusti sairaalaan kutsutut olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat ($p=0.034$) ja he vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (60 %) kuin päivystyksenä tulleet (47 %). Tulossyyn perusteella vastauksissa oli myös eroja ($p=0.016$). Vaihtoehtoon *en osaa sanoa* vastasi tutkimukseen sairaalaan tulleista 18 % ja muun syyn vuoksi tulleista 15 %. Sairauden hoitoa varten tulleista potilaista samaan vastasi 8 %. He myös vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (60 %) kuin tutkimukseen (54 %) tai muun syyn vuoksi tulleet (51 %). Poliklinikkapotilaat olivat tyytyväisempiä kuin vuodeosastopotilaat ($p=0.002$) ja he vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (63 %) kuin vuodeosastopotilaat (55 %). Poliklinikkapotilaat vastasivat useammin myös, *en osaa sanoa* (15 %) kuin vuodeosastopotilaat (9 %).

Vuosien välillä huomataan, että sukupuolten välillä ei ollut eroja vastauksissa 2008, kun taas 2010 miehet olivat tyytyväisempiä. Vuonna 2008 koulutustaustan ja ikäluokkien vertailussa oli eroja vastauksissa, joita ei enää vuonna 2010 ilmennyt. Suuri osa tutkimukseen tulleista ja poliklinikkapotilaista eivät osanneet sanoa kumpanakaan vuonna, että selitettiinkö heille

ympäristöön liittyvistä ohjeista tai rajoituksista ymmärrettävästi. Poliklinikkapotilaat olivat tyytyväisempiä vuonna 2010 kuin vuonna 2008. (Taulukko 10)

Taulukko 10. Minulle selitettiin ymmärrettävästi hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.355	0.433
Sukupuoli	0.073	0.038
Asumismuoto	0.398	0.398
Pohjakoulutus	0.006	0.304
Ammattiasema	0.066	0.416
Tulo sairaalaan	0.000	0.034
Tulosyy	0.010	0.016
Hoitopaikka	0.669	0.002
Ikä vuosina	0.000	0.685
Hoitoaika	0.065	0.850

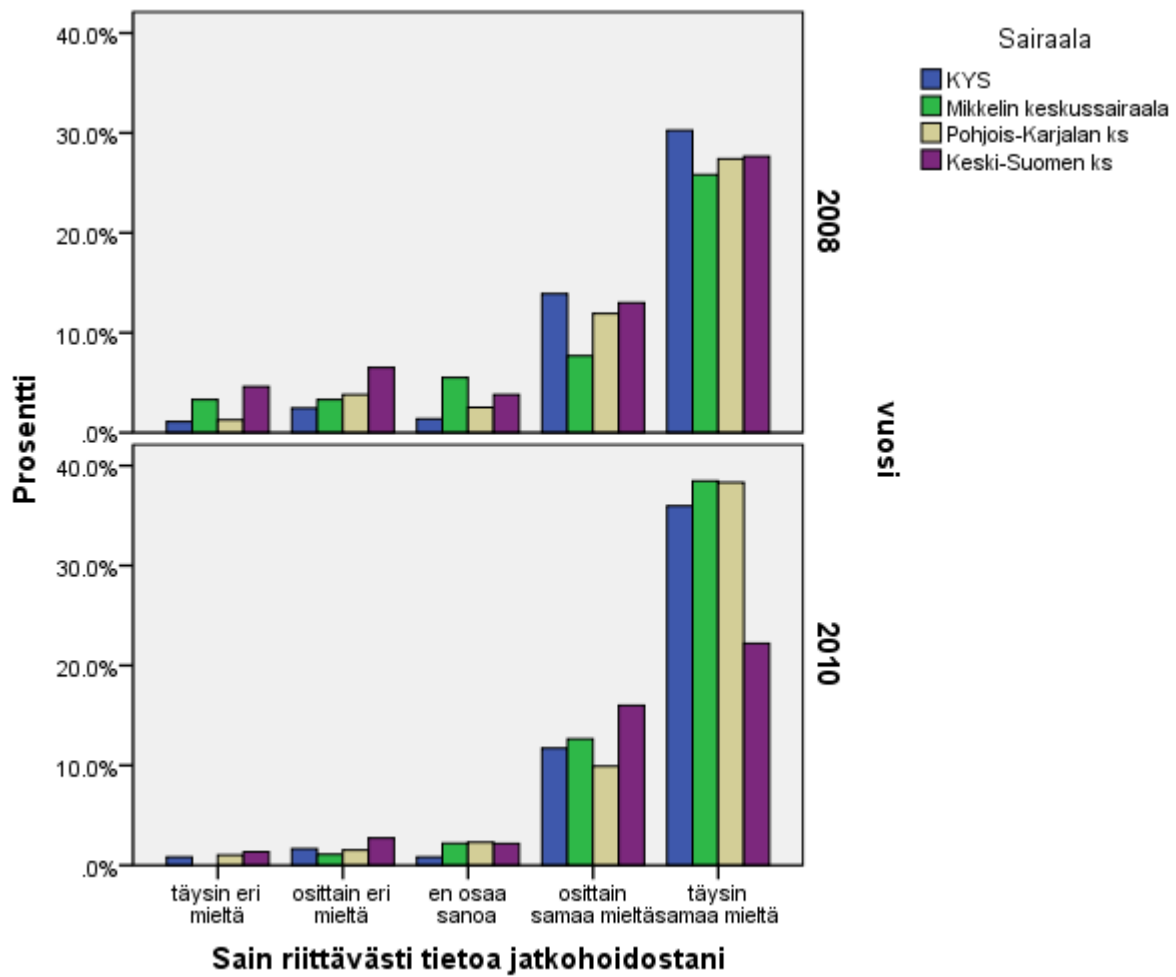
5.3.7 Tiedonsaanti jatkohoidosta

Vuonna 2008 potilaan asumismuodon ($p=0.100$), tulosityn ($p=0.255$), hoitopaikan ($p=0.623$) ja hoitoajan ($p=0.510$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Sairaaloiden välisessä vertailussa huomattiin merkitseviä eroja vastausvaihtoehdoissa ($p=0.003$) KYS:n potilaat arvioivat saaneensa parhaiten tietoa jatkohoidostaan. He olivat vastanneet useimmin *täysin tai osittain samaa mieltä* (90 %). Muissa sairaaloissa samoin oli vastattu selvästi vähemmin: Mikkelin keskussairaala 74 %, Pohjois-Karjalan keskussairaala 84 % ja Keski-Suomen keskussairaala 73 %. Keski-Suomen keskussairaalan potilaat ovat vastanneet useimmin *täysin tai osittain eri mieltä* (20 %). Miehet olivat tyytyväisempiä tiedonsaantiin jatkohoidosta kuin naiset ($p=0.014$). Heidän vastausvaihtoehdonsa painottuivat *täysin samaa mieltä* vastausvaihtoehtoon (62 %) ja sama naisilla oli 52 %. Naisten osuus *osittain tai täysin eri mieltä* vaihtoehdoissa on suurempi (17 %) kuin miesten (9 %). Korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat tyytymättömämpiä kuin muut koulutusryhmät ja he vastasivat *täysin tai osittain samaa mieltä* harvimmoin (66,2 %). Muiden koulutusmuotojen vastausprosentit olivat välillä 76 % - 88 %. Tyytyväisimpiä tiedon saantiin jatkohoidosta koskien olivat ne, joilla ei ollut koulutusta. Eläkeläiset olivat tyytyväisempiä tietoon jatkohoidosta kuin muut ammattiryhmät ($p=0.031$) ja he vastasivat *täysin samaa mieltä* (63 %) useammin kuin muut ryhmät (41 ó 55 %). Suunnitellusti sairaalaan tulleet olivat tyytyväisempiä saamaansa tiedon saantiin kuin päivystyspotilaat ($p=0.001$). He olivat vastanneet *täysin samaa*

mieltä (60 %) useammin kuin päivystyspotilaat (42 %). Alle 44-vuotiaat olivat tyytymättömmimpiä tiedonsaantiin. Eroja esiintyi kuitenkin kaikkien ikäluokkien välillä ($p=0.000$) ja muun muassa vastausvaihtoehtoon *täysin samaa mieltä* alle 44 -vuotiaista vastasi 37 %, 44 - 64 -vuotiaista 55 % ja yli 65 -vuotiaista 56 %. Alle 44 -vuotiaat olivat vastanneet useammin *täysin tai osittain eri mieltä* (29 %) kuin muut ikäluokat (9 - 11 %).

Vuonna 2010 potilaan sukupuolen ($p=0.168$), asumismuodon ($p=0.574$), pohjakoulutuksen ($p=0.615$), ammattiaseman ($p=0.664$), sairaalaan tulotavan ($p=0.079$), tulosityn ($p=0.638$), hoitopaikan ($p=0.334$), hoitoajan ($p=0.392$) ja iän ($p=0.883$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Sairaaloiden välisessä tarkastelussa huomattiin, että Keski-Suomen keskussairaalan potilaat vastasivat vähiten *täysin samaa mieltä* (50 %). Muiden sairaaloiden vastausprosentit samaan olivat: KYS 71 %, Mikkelin keskussairaala 70,7 % ja Pohjois-Karjalan keskussairaala 72 %.

Sairaaloiden välisessä vertailussa molempina vuosina havaitaan vastauksissa eroja (kuvio 5). Vuonna 2008 KYS:n potilaat olivat selkeästi tyytyväisempiä kuin muiden sairaaloiden potilaat. Vuonna 2010 Keski-Suomen keskussairaalan potilaat olivat tyytymättömämpiä kuin muiden sairaaloiden potilaat. Vuonna 2008 sukupuolten, pohjakoulutuksen, ammattiaseman, sairaalaan tulotavan ja ikäluokkien välillä oli eroja, joita ei vuonna 2010 ilmennyt. (Taulukko 12.)



Kuvio 5. Riittävän jatkohoitotiedon vertailu sairaaloittain vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taulukko 11. Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.003	0.002
Sukupuoli	0.014	0.168
Asumismuoto	0.100	0.574
Pohjakoulutus	0.040	0.615
Ammattiasema	0.031	0.664
Tulo sairaalaan	0.001	0.079
Tulosyy	0.255	0.638
Hoitopaikka	0.623	0.334
Ikä vuosina	0.000	0.883
Hoitoaika	0.510	0.392

5.3.8 Kotihoito-ohjeiden selkeys

Vuonna 2008 potilaan sukupuolen ($p=0.063$), asumismuodon ($p=0.628$), hoitopaikan ($p=0.157$), hoitoajan ($p=0.836$) ja ammattiaseman ($p=0.055$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Keski-Suomen keskussairaalan potilaat olivat tyytymättömämpiä kuin muiden sairaaloiden potilaat ($p=0.011$) ja he vastasivat vähiten *täysin samaa mieltä* (48 %) ja useimmin *täysin tai osittain eri mieltä* (20 %). Myös eri koulutusryhmien välillä oli eroja niin, että kouluttamattomat vastasivat useimmin *täysin samaa mieltä* (66 %). Samaan vastasi muun koulutuksen saaneista 63 % sekä ammatillisen tutkinnon suorittaneista 57 %. Sairaalaan kutsuttuna tulleet potilaat olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat ($p=0.004$) ja he vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (61 %) kuin päivystyspotilaat (46 %). Tyytymättömmimpiä olivat tutkimusta varten sairaalaan tulleet potilaat ($p=0.000$), jotka vastasivat vähiten *täysin samaa mieltä* (46 %). Sama vastausprosentti sairaudenhoitoa varten sairaalaan tulleilla oli 60 % ja muun syyn vuoksi tulleilla 61 %. Ikäluokkien välinen merkitsevyysero oli myös selkeä ($p=0.000$). Alle 44 -vuotiaat vastasivat selvästi harvemmin *täysin samaa mieltä* (36 %) kuin muut ikäryhmät (61 ó 62 %)

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.281$), sukupuolten ($p=0.161$), asumismuodon ($p=0.330$), pohjakoulutuksen ($p=0.845$), hoitopaikan ($p=0.256$), hoitoajan ($p=0.608$) tai ikäluokkien ($p=0.479$) välillä ei ollut eroja vastauksissa. Suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat ($p=0.005$). Tulossy selitti eroja ($p=0.006$) niin, että tutkimukseen tulleet olivat tyytymättömämpiä kuin muut. Lisäksi he vastasivat useammin, *en osaa sanoa*. Ammattiasema vaikutti niin, että ylemmistä toimihenkilöistä vastasi *täysin samaa mieltä* 62 % ja muun ammattiaseman omaavista 60 %. Muilla ammattiryhmillä vastausprosentit olivat yli 70 %. Lisäksi 10 % ylemmistä toimihenkilöistä vastasi, *en osaa sanoa* ja muun ammattiaseman omaavista 17 %. Muiden ryhmien vastausprosentit vaihtelivat välillä 3 ó 6 %.

Sairaaloiden, koulutusmuotojen ja ikäluokkien välillä esiintyviä eroja vuonna 2008 ei ollut vuonna 2010. Sairaalaan tulotavalla vastauksissa oli eroja molempina vuosina. Sairaalaan kutsuttuna tulleet potilaat olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat. Sairaalaan tutkimusta varten tulleet olivat tyytymättömämpiä kuin muiden syiden vuoksi sairaalaan tulleet molempina vuosina. (Taulukko 12)

Taulukko 12. Sain selkeät jatkohoito-ohjeet 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.011	0.281
Sukupuoli	0.063	0.161
Asumismuoto	0.628	0.330
Pohjakoulutus	0.036	0.845
Ammattiasema	0.055	0.047
Tulo sairaalaan	0.004	0.005
Tulosyy	0.000	0.006
Hoitopaikka	0.157	0.256
Ikä vuosina	0.000	0.479
Hoitoaika	0.836	0.608

5.3.9 Puhutun kielen ymmärrettävyys

Vuonna 2008 potilaan sairaalan (p=0.190), asumismuodon (p=0.150), pohjakoulutuksen (p=0.696), tulossyy (p=0.076), hoitoajan (p=0.768) ja iän (p=0.134) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Miehet kokivat puhutun kielen ymmärrettävämpänä kuin naiset (p=0.029). He vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (74,4 %) kuin naiset (66 %). Lisäksi vastausvaihtoehtoon *täysin tai osittain eri mieltä* he vastasivat harvemmin (3 %) kuin naiset (7 %). Ammattiaseman perusteella vastauksissa oli eroja niin, että ylempien toimihenkilöiden *täysin samaa mieltä* vastausprosentti (56 %) on pienempi kuin muiden ryhmien. He ovat vastanneet myös muita useammin, *en osaa sanoa* (10 %). Yksityisyrittäjät ja maanviljelijät ovat vastanneet *täysin eri mieltä* (12 %) selkeästi enemmän kuin muut ryhmät (0-3 %). Tulo sairaalaan suunnitellusti kutsuttuna tai päivystyksenä erotti vastaajien mielipiteet niin, että suunnitellusti kutsutut ovat vastanneet useammin *täysin samaa mieltä* (71 %) kuin päivystyspotilaat (62 %) (p=0.005). Hoitopaikan perusteella sekä vuodeosaston että poliklinikoiden potilaat olivat yhtä tyytyväisiä puheen ymmärrettävyyteen, mutta vuodeosastopotilaat vastasivat useammin, *en osaa sanoa* (4 %) kuin poliklinikkapotilaat (1 %).

Vuonna 2010 potilaan sairaalan (p=0.071), sukupuolen (p=0.220), pohjakoulutuksen (p=0.715) ammattiaseman (p=0.967), tulossyy (p=0.540), hoitopaikan (p=0.369), hoitoajan (p=0.624) ja iän (p=0.165) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Yksin asuvat olivat hieman tyytymättömämpiä ja he vastasivat harvemmin *täysin samaa mieltä* (75 %) kuin puolison tms. kanssa asuvat (83 %). Suunnitellusti kutsutut potilaat olivat tyytyväisempiä ja vastasivat selvästi useammin *täysin samaa mieltä* (84 %) kuin päivystyksenä sairaalaan tulleet (70 %).

Sukupuolten, ammattiaseman ja hoitopaikan välisiä eroja vuonna 2008, ei havaittu vuonna 2010. Toisaalta eroja asumismuodon perusteella ei ollut vuonna 2008, kun taas 2010 vastanneet yksin asuvat olivat hiukan tyytymättömämpiä kuin kumppanin kanssa asuvat. Sairaalaan tulotavalla oli merkitystä vastaajien tyytyväisyyteen molempina vuosina. Suunnitellusti kutsutut olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat. (Taulukko 13)

Taulukko 13. Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä. 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.190	0.071
Sukupuoli	0.029	0.220
Asumismuoto	0.150	0.001
Pohjakoulutus	0.696	0.715
Ammattiasema	0.000	0.967
Tulo sairaalaan	0.005	0.001
Tulosyy	0.076	0.540
Hoitopaikka	0.030	0.369
Ikä vuosina	0.134	0.165
Hoitoaika	0.768	0.624

5.3.10 Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun

Vuonna 2008 potilaan ammattiaseman ($p=0.136$), tulosityn ($p=0.411$), hoitopaikan ($p=0.587$) ja hoitoajan ($p=0.520$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Sairaaloitten välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.022$) Tämä ero näkyy vastauksessa *täysin samaa mieltä*, joiden vastausprosentit olivat: Keski-Suomen keskussairaala 26 %, Pohjois-Karjalan keskussairaala 31 %, Mikkelin keskussairaala 33 % ja KYS 38 %. Selkeä ero on myös vastausvaihtoehdon *täysin eri mieltä* vastauksessa, johon oli vastattu useimmin Mikkelin (15 %) ja Keski-Suomen keskussairaaloissa (13 %). KYS:ssa vastausprosentti oli 3 % ja Pohjois-Karjalan keskussairaalassa 7 %. Naiset olivat tyytymättömämpiä kuin miehet ($p=0.031$) ja he olivat useammin *täysin eri mieltä* (12 %) kuin miehet (5 %). Yksinasuvat olivat hiukan tyytymättömämpiä kuin puolison tms. kanssa asuvat ($p=0.043$) ja 13 % heistä vastasi *täysin eri mieltä*, kun taas puolison tms. kanssa asuvista samoin vastasi 7 %. Koulutusmuotojen välillä vastauksissa havaittiin eroja potilaiden arvioinneissa ($p=0.004$). Korkeakoulututkinnon suorittaneet vastasivat vähiten *täysin samaa mieltä* (19,7 %) ja *osittain samaa mieltä* (17 %) ja eniten *en osaa sanoa* (41 %). Muun koulutuksen suorittaneet taas vastasivat eniten *täysin samaa mieltä* (48 %). Ammattikorkeakoulutuksen saaneet vastasivat useimmin *täysin samaa mieltä* (26 %) ja *osittain samaa mieltä* (24 %). Sairaalaan kutsuttuna tulleet

potilaat olivat tyytyväisempiä mahdollisuuteen osallistua hoitoonsa kuin päivystyksenä sairaalaan tulleet ($p=0.000$). Kutsutusti tulleet vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (36 %) kuin päivystyspotilaat (17 %). Ero oli selkeä myös vastauksessa *täysin eri mieltä*, johon päivystyspotilaat vastasivat 14 % ja kutsutut potilaat 7 %. Iän perusteella nuoremmat potilaat olivat tyytymättömiä ($p=0.007$). Alle 44 -vuotiaat olivat arvioinneissaan useammin *täysin tai osittain eri mieltä* (28 %) kuin 45 - 64 -vuotiaat (13 %) ja yli 65 -vuotiaat (16 %)

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.392$), sukupuolen ($p=0.101$), asumismuodon ($p=0.069$), pohjakoulutuksen ($p=0.634$), ammattiaseman ($p=0.319$), tulosityn ($p=0.061$), hoitopaikan ($p=0.303$), hoitoajan ($p=0.252$) ja iän ($p=0.090$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Tilastollisesti merkitsevää eroa havaittiin vain sillä oliko potilas tullut sairaalaan kutsuttuna vai päivystyksenä ($p=0.000$). Suunnitellusti kutsutut potilaat vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (45 %) kuin päivystyspotilaat (30 %). Päivystyksenä tulleet vastasivat useammin *täysin tai osittain eri mieltä* (21 %) kuin suunnitellusti kutsutut potilaat (8 %).

Sairaaloiden, sukupuolten, asumismuodon, pohjakoulutusten ja ikäluokkien välillä esiintyviä eroja vuonna 2008 ei ollut vuonna 2010. Sairaalaan tulotapa vaikutti molempina vuosina vastauksiin niin, että päivystyspotilaat olivat tyytymättömämpiä kuin kutsuttuna sairaalaan tulleet potilaat. (Taulukko 14)

Taulukko 14. Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun. 2008 ($n=664$) ja 2010 ($n=668$)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.022	0.392
Sukupuoli	0.031	0.101
Asumismuoto	0.043	0.069
Pohjakoulutus	0.004	0.634
Ammattiasema	0.136	0.319
Tulo sairaalaan	0.000	0.000
Tulosyy	0.411	0.061
Hoitopaikka	0.587	0.303
Ikä vuosina	0.007	0.090
Hoitoaika	0.520	0.252

5.3.11 Omaisten huomioiminen

Vuonna 2008 potilaan asumismuodon ($p=0.722$), tulotavan ($p=0.051$) ja hoitoajan ($p=0.138$) perusteella vastauksissa ei havaittu eroja ($p=0.002$). Keski-Suomen keskussairaalan potilaat olivat tyytymättömämpiä kuin muiden sairaaloiden potilaat ja he vastasivat vähiten vaihtoehtoihin *täysin tai osittain samaa mieltä* (56 %). Muiden sairaaloiden vastausprosentit vaihtelivat välillä 65 ó 68 %. Vastausvaihtoehtoon *täysin eri mieltä* vastasi 7 % Keski-Suomen sairaalan, 6 % Mikkelin keskussairaalan, 2 % Pohjois-Karjalan keskussairaalan ja 1 % KYS:n potilaista. Naiset olivat hiukan miehiä tyytymättömämpiä ($p=0.020$) ja heistä vastasi *täysin tai osittain eri mieltä* 10 % ja miehistä 4 %. Korkeakoulutuksen suorittaneet olivat tyytymättömimpiä ja heistä vain 28 % oli *täysin samaa mieltä*. Muiden koulutusmuotojen vastausprosentit samaan vaihtoehtoon olivat yli 35 %. Korkeakoulututkinnon suorittaneet eivät myöskään osanneet sanoa, otettiinko heidän omaisiaan riittävästi huomioon.

Ammattiaseman perusteella eläkeläiset olivat tyytyväisimpiä ja he vastasivat useammin *täysin samaa mieltä* (52 %) kuin muut ammattiryhmät (27 ó 43 %). Yksityisyrittäjät ja maanviljelijät vastasivat useammin *täysin tai osittain eri mieltä* (19 %) kuin muut ammattiryhmät (4 ó 10 %). Tutkimusta varten sairaalaan tulleet potilaat olivat tyytymättömämpiä omaisten huomioimiseen kuin sairauden hoidon tai muun syyn vuoksi tulleet. He vastasivat useammin *täysin eri mieltä* (6 %), kun sairauden hoitoa varten tulleista vastasi samaan 3 % ja muun syyn vuoksi tulleista 5 %. He vastasivat myös useammin, *en osaa sanoa* (42 %) kuin muut ryhmät (27 ó 28 %). Poliklinikkapotilaat eivät useammin osanneet sanoa (41 %), huomioitiinko omaisia riittävästi, kuin vuodeosastopotilaat (27 %) ($p=0.002$) Yli 65 -vuotiaat olivat selvästi muita tyytyväisempiä ($p=0.000$) ja he vastasivat useimmin *täysin samaa mieltä* (56 %) ja vähiten *en osaa sanoa* (21 %).

Vuonna 2010 potilaan sairaalan ($p=0.516$), sukupuolen ($p=0.108$), asumismuodon ($p=0.231$), pohjakoulutuksen ($p=0.225$), ammattiaseman ($p=0.639$), sairaalaan tulotavan ($p=0.838$), hoitoajan ($p=0.762$) ja iän ($p=0.100$) perusteella vastauksissa ei ollut eroja. Tutkimukseen tulleet potilaat olivat hiukan tyytymättömimpiä omaisten huomioimiseen ja he vastasivat useammin, *en osaa sanoa* 40 %, muun syyn vuoksi tulleet 30 % ja sairauden hoitoa varten tulleet 23 %. Vaihtoehtoon *täysin samaa mieltä* vastasi useimmin sairauden hoitoa varten sairaalaan tulleet (55 %). Tutkimukseen tulleista vastasi samoin 41 % potilaista ja muun syyn vuoksi tulleista 44 %. Vuodeosastolla hoidossa olleet potilaat olivat tyytyväisempiä kuin poliklinikkapotilaat ($p=0.032$) ja he vastasivat

useammin *täysin samaa mieltä* (53 %) kuin poliklinikkapotilaat (44 %). Päivystyspotilaat eivät usein osanneet sanoa, huomioitiinko omaisia riittävästi.

Sairaaloiden, sukupuolten, pohjakoulutuksen, ammattiaseman ja ikäluokkien välillä esiintyviä eroja vuonna 2008 ei ollut vuonna 2010. Tulosityn perusteella molempina vuosina sairaudenhoitoa varten sairaalaan tulleet potilaat olivat tyytyväisimpiä ja tutkimukseen tulleet potilaat vastasivat useammin, *en osaa sanoa*, kuin muut ryhmät. (Taulukko 15)

Taulukko 15. Omaiseni otettiin riittävästi huomioon 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Taustamuuttujat	2008 p-arvot	2010 p-arvot
Sairaala	0.002	0.516
Sukupuoli	0.020	0.108
Asumismuoto	0.722	0.231
Pohjakoulutus	0.004	0.225
Ammattiasema	0.012	0.639
Tulo sairaalaan	0.051	0.838
Tulosity	0.018	0.008
Hoitopaikka	0.002	0.032
Ikä vuosina	0.000	0.100
Hoitoaika	0.138	0.762

5.4 Tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen toteutumisen erot vuosina 2008 ja 2010

Potilaiden tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen oli pääsääntöisesti hyvää vuosina 2008 ja 2010. Kaikkien muiden kysymysten osalta paitsi, *omaiseni otettiin riittävästi huomioon* (p=0.114), arviointi tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta on parantunut vuodesta 2008 vuoteen 2010. Vuonna 2010 arvioinnit painottuvat prosentuaalisesti enemmän, *täysin tai osittain samaa mieltä*, luokkiin kuin vuonna 2008. Näiden kysymysten tilastollinen merkitsevyysero on selkeä, koska p-arvo on välillä 0.000-0.005. Potilaat olivat molempina vuosina tyytyväisimpiä arvioidessaan *puhutun kielen ymmärrettävyyttä*. Tämän potilaat olivat lisäksi arvioineet toteutuvan selkeästi paremmin (yli 10 %:n ero täysin samaa mieltä vastanneiden välillä) vuonna 2010. Erittäin tyytyväisiä (yli 60 % vastauksista täysin samaa mieltä), potilaat olivat vuonna 2008 myös *mahdollisuuteen esittää hoitoon liittyviä kysymyksiä*. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä vuonna 2010 *kotihoito-ohjeiden selkeyteen* ja myös sen olivat potilaat arvioineet toteutuneen selvästi paremmin vuonna 2010 kuin vuonna 2008. Lisäksi potilaat olivat erittäin tyytyväisiä vuonna 2010 arvioidessaan *selitysten ymmärrettävyyttä sairauden rajoituksista, riittävään tietoon lääkähoidosta*

ja riittävään tietoon jatkohoidosta. Heikoiten oli toteutunut molempina vuosina *hoitoon osallistumisen mahdollisuus*. Se oli kuitenkin vuosien välillä parantunut jonkin verran. Potilaat olivat vastanneet molempina vuosina usein, *en osaa sanoa*. Myös omaisten riittävä huomioiminen koettiin molempina vuosina vaikeaksi arvioida ja se olikin toiseksi huonoiten arvioitu osa-alue. (Liitetaulukko 2).

5.5 Tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen potilaiden arvioimana taustamuuttujittain vuosina 2008 ja 2010

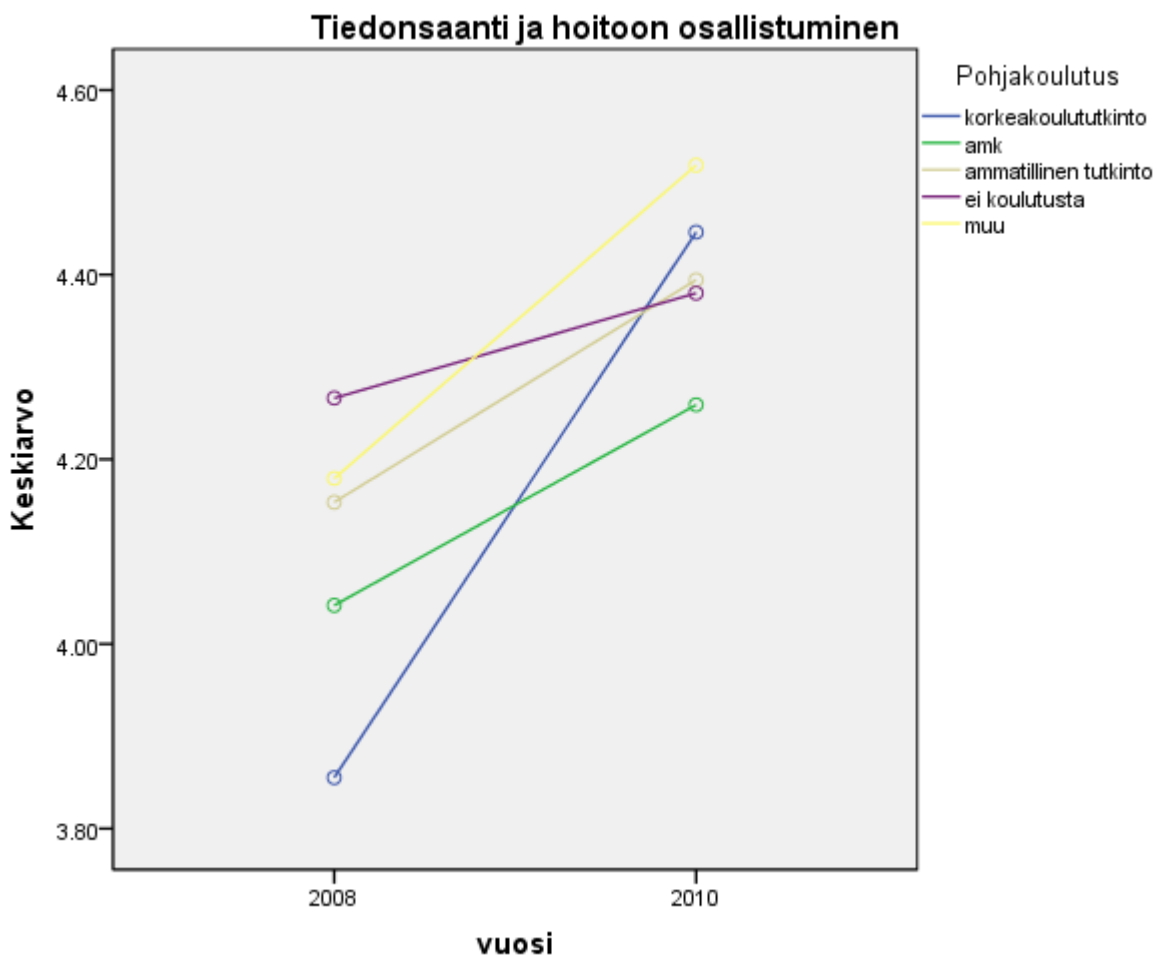
Vuonna 2008 ammattiaseman, asumismuodon, hoitopaikan ja hoitoajan perusteella ei havaittu merkittäviä eroja ryhmien välillä. Tilastollisesti merkitsevää eroa oli koulutustaustan perusteella ($p=0.015$). Korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen heikommaksi kuin ilman koulutusta olevat vastaajat ($p=0.006$). Sukupuolten välinen ero ($p=0.016$) ilmeni niin, että miehet arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen paremmaksi kuin naiset. Alle 44-vuotiaat arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen keskimäärin heikommaksi kuin muut ikäryhmät ($p=0.000$). Tutkimukseen tai sairauden hoitoon tulleiden välillä oli tilastollisesti merkittävää eroa ($p=0.029$), jolloin tutkimukseen tulleet arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen keskimäärin paremmaksi. Suunnitellusti sairaalaan tulleet olivat tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat ($p=0.000$). Tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevää eroa KYS:n (Ka 4,3) ja Keski-Suomen keskussairaalan (Ka 3,9) välillä ($p=0.000$) sekä Pohjois-Karjalan (Ka 4,2) ja Keski-Suomen keskussairaaloiden välillä ($p=0.010$). (Liitetaulukko 3)

Vuonna 2010 vastaajien välillä ei ollut tilastollista merkitsevyyseroa koskien sairaalaa, sukupuolta, asumismuotoa, hoitopaikkaa, pohjakoulutusta, ammattiasemaa, tulositytä, hoitopaikkaa, hoitoaikaa tai ikää. Ainoastaan sairaalaan tulotavalla oli merkitsevyyseroa potilaiden arvioinneissa ($p=0.000$). Suunnitellusti sairaalaan tulleet potilaat arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen keskimäärin paremmaksi kuin päivystyksenä tulleet. (Liitetaulukko 4)

5.6 Vuosien 2008 ja 2010 väliset erot tiedonsaannissa ja hoitoon osallistumisessa taustamuuttujien ja vuosien yhteisvertailussa

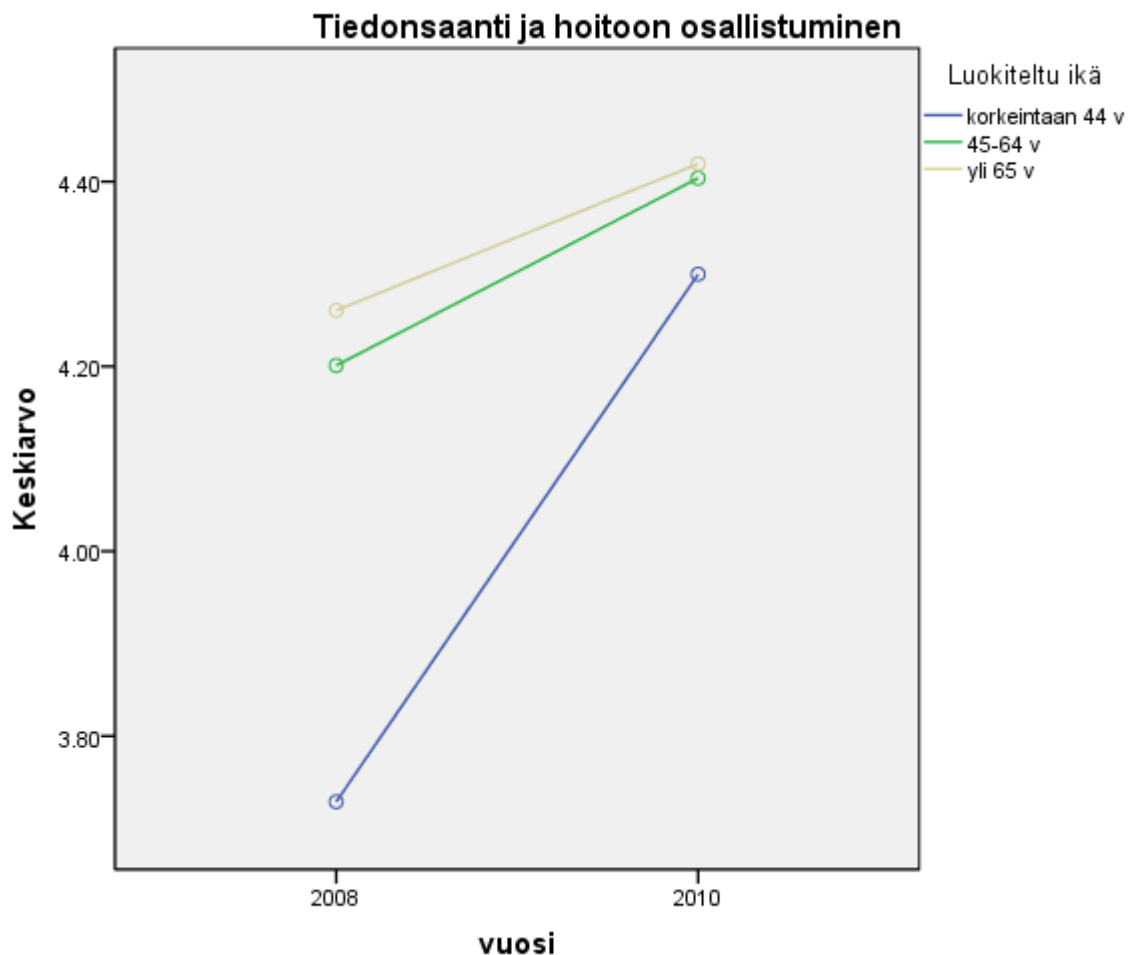
Vuosien 2008 ja 2010 välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa potilaiden arvioinneissa koskien koulutusta ($p=0.000$). Kaikkien koulutusmuotojen vastausten keskiarvoarvioinnit olivat nousseet

vuodesta 2008 vuoteen 2010. Eri koulutusmuotojen välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa eri vuosien välillä ($p=0.059$). Vuonna 2008 korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen keskiarvolla 3,6 ja vuonna 2010 heidän vastausten Ka oli 4,4. Vuonna 2008 korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat antaneet heikoimman arvioinnin, kun taas vuonna 2010 sama ryhmä oli antanut toiseksi parhaan arvioinnin. Vuonna 2008 parhaan arvioinnin antanut ryhmä oli, ei koulutusta (Ka 4,3) ja vuonna 2010 saman ryhmän arviointi oli toiseksi huonoin (Ka 4,4). Paras arviointi (Ka 4,5) vuonna 2010 oli, muu koulutus-ryhmällä. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Pohjakoulutuksen ja vuosien välinen yhteisvertailu tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Ikäluokkien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja eri vuosina potilaiden arvioidessa tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista ($p=0.000$). Vuonna 2008 alin keskiarvo on 3.7, kun vuonna 2010 se on 4.3. Kaikkien ikäryhmien arvioinnit ovat nousseet vuodesta 2008 vuoteen 2010. Vuosien välillä oli myös tilastollisesti merkitsevää eroa ikäluokkien välisessä arvioinnissa ($p=0.003$). Vuonna 2008 ero alle 44-vuotiaiden (Ka 3.7) ja muiden ikäluokkien (Ka 4.2 - 4.3) välillä oli suurempi kuin vuonna 2010. Kuitenkin molempina vuosina alle 44-vuotiaiden arvioinnit ovat keskimäärin huonommat kuin muiden ikäluokkien arvioinnit. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Ikäluokkien ja vuosien välinen yhteisvertailu tiedonsaannista ja hoiton osallistumisesta 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisilla vuodeosastoilla ja poliklinikoilla hoidettujen potilaiden arviointeja tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen toteutumisesta vuosina 2008 ja 2010. Tarkoituksena oli myös selvittää mitkä potilaan taustatiedot vaikuttivat potilaan tyytyväisyyteen suhteessa tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen. Aiempien tutkimusten mukaan tarkastelussa on ollut muun muassa potilaan ikä, sukupuoli, ammatillinen asema, koulutus, asumismuoto ja hoitopaikka (Akin & Erdogan 2005, Suhonen ym. 2005, Florin ym. 2006, Bostan ym. 2007, Saarinen 2007, Eldth ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös eri sairaaloiden, tulosyyn ja hoitoajan vaikutusta potilaiden arviointeihin.

6.1 Tulosten tarkastelua

Miten tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen oli toteutunut vuosina 2008 ja 2010?

Kokonaisuutena potilaat arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen hyväksi molempina vuosina ja parannusta oli tapahtunut vuodesta 2008 vuoteen 2010. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon vuonna 2010. Tässä tutkimuksessa potilaiden antamat kiitettävät arvioinnit tukevat aikaisempia tutkimustuloksia siinä, että hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja osaamiseen oltiin tyytyväisiä (Larrabee ym. 2004, Wagner & Bear 2008.) Eri osa-alueiden arvioinneissa puhutun kielen ymmärrettävyys oli potilaiden mielestä parhaiten toteutunut molempina vuosina. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä myös mahdollisuuteen esittää kysymyksiä vuonna 2008. Vuonna 2010 oli useampia osa-alueita, joihin potilaat olivat erittäin tyytyväisiä. Nämä olivat selityksen ymmärrettävyys sairauden rajoituksista, riittävä tieto jatkohoidosta ja riittävä tieto lääkehoidosta. Lisäksi kotihoidon ohjauksen selkeys arvioitiin toteutuneen erittäin hyvin, joka on aiemmissa tutkimuksissa toteutunut huonosti (Eloranta ym. 2008, Istomina 2011).

Tässä tutkimuksessa havaittiin kuitenkin myös tyytymättömyyttä tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen eri osa-alueilla, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Kvist 2004, Akin & Erdogan 2005, Bostan ym. 2007, Doering ym. 2002, Fröjd ym. 2011). Potilaat eivät saaneet riittävästi osallistua tavoitteiden asettamiseen eikä heillä ollut riittävästi mahdollisuutta osallistua hoitoonsa, jota aiemmat tulokset tukevat (Kvist 2004, Sahlsten ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Ne toteutuivat heikosti molempina vuosina ja tämä tulos vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia (Doering

ym. 2002, Poikkimäki 2004 Eldh ym. 2008, Sahlsten 2008, Fröjd ym. 2011). Suhosen ym. (2005) mukaan riittävän hoitoon osallistumisen mahdollistamisen on todettu olevan hankalaa hoitajien mielestä ja yksi edellytys sille olisi kiireetön ja rauhallinen keskusteluympäristö. Tässä on kenties ollut puutteita tämän tutkimuksen mukaan, sillä potilaat olivat tyytymättömiä hoitoon osallistumisen mahdollisuuteen ja he kokivat usein, etteivät osaa arvioida hoitoon osallistumisen mahdollisuutta.

On tärkeää, että hoitoalan ammattilaiset tiedostavat, että tiedonsaanti on yhteydessä potilaan hoitoon osallistumiseen ja auttaa heitä tekemään päätöksiä (Longtin ym. 2010). Toiset potilaat voivat olla tyytyväisiä vähempään tietoon (Wilkinson ym. 2007) tai he haluavat antaa ammattilaisille suuremman päätösvallan omassa hoidossaan ja luottavat täten heihin (Florin 2006). Tutkimusten mukaan muun muassa nuoret, iäkkäämmät ja naiset ovat halukkaampia osallistumaan omaan hoitoonsa (Florin ym. 2007) Hoitoon osallistumisen on todettu olevan yhteydessä parempiin hoitotuloksiin, lyhyeen sairaalassaoloaikaan, potilaan voimaantumiseen ja sopeutumiseen (Olsson ym. 2006; Sahlsten ym. 2008.), jonka vuoksi siihen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Yksilöllisyyden toteuttamisessa on voinut myös olla puutteita, sillä toteutuakseen hyvin, hoitoon osallistuminen vaatii myös yksilöllisyyden toteuttamista hoitotyössä (Matiti ym. 2008, Larsson 2011). Yksilöllisyys on usein toteutunut huonosti Suomessa aikaisempienkin tutkimusten mukaan (Suhonen ym. 2009), jota tämä tutkimus osaltaan tukee. Tämän lisäksi kirurgisten potilaiden kohdalla tulisi kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuteen ja hoitosuunnitelman toteuttamiseen yhdessä potilaan kanssa. Lisäksi potilaalle outo hoitokulttuuri, holhoava asenne ja empaattisuuden puute vaikeuttavat potilaan hoitoon osallistumista. (Larsson 2011.) Koska kirurgisen potilaan hoitoon osallistumisen mahdollisuus on tässä tutkimuksessa toteutunut heikosti, olisi henkilökunnan toimintatapoja ja hoitoympäristöä syytä tarkastella laadukkaan hoitoon osallistumisen toteutumisen varmistamiseksi eri sairaaloissa. Lisäksi riittävä henkilöstömitoitus tulisi varmistaa, jotta potilaiden tarpeisiin voidaan vastata (Kvist 2004, Kvist ym. 2012)

Omaisten riittävä huomioiminen toteutui myös heikosti molempina vuosina, kuten aiemmissakin tutkimuksissa (Akin & Erdogan 2007, Eloranta ym. 2008, Istomina 2011). Tämä saattaa liittyä Poikkimäen (2004) havaintoon siitä, että hoitajat arvioivat usein omaisten huomioimisen toteutuneen paremmin kuin potilaat. Toisaalta ristiriitaista tietoaakin löytyy aiemmista tutkimuksista, joiden mukaan omaiset on huomioitu riittävästi. (Nevalainen 2007, Liimatainen 2007, Aura 2010)

Näissä tutkimuksissa mukana oli kuitenkin myös muiden erikoisalojen kuin kirurgian potilaita, joten niistä ei liene voi vetää johtopäätöksiä tämän tutkimuksen tuloksiin. Huomioitavaa on, että näissä tutkimuksissa on tarkasteltu omahoitajajärjestelmän vaikutusta omaisten huomioimisen yhteydessä, jonka on todettu lisäävän tyytyväisyyttä. Kirurgisen potilaan hoitoaika sairaalassa on yleensä lyhyt, jolloin läheisten hoitoon osallistuminen olisi erittäin tärkeää, jotta he voivat avustaa potilasta kotioloissa (Liimatainen 2007, Aura 2010). Omahoitajajärjestelmä varmasti auttaisi omaisten huomioimisessa kirurgisten potilaiden kohdalla. Tämä vaatii toiminnan ja hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen tarkastelua eri yksiköissä, sillä vaikka hoitotyöntekijät tietävät, miten perheitä tulisi kohdata, niin käytännön toiminta on usein puutteellista (Alinen & Åstedt-Kurki 2001, Maijala 2004, Halme ym. 2007, viitattu Aura 2010).

Miten tiedon saanti ja mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun erosi vuosien 2008 ja 2010 välillä?

Potilaan taustatekijöiden vaikutus tyytyväisyyteen erosi vuosien välillä. Vuonna 2008 tyytyväisyyttä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen selittivät useammat taustatekijät kuin vuonna 2010. Heikoimmin tiedon saantia ja hoitoon osallistumista arvioivat vuonna 2008 alle 44-vuotiaat, korkeakoulutetut, päivystyksenä sairaalaan tulleet ja tutkimusta varten sairaalaan tulleet potilaat. Myös aiempien tutkimusten mukaan nämä taustatekijät ovat vaikuttaneet potilaiden arviointiin heikentävästi (Suhonen ym. 2005, Florin ym. 2007, Saarinen 2007, Longtin ym. 2010). Suunnitellusti ja sairauden hoitoa varten sairaalaan tulleet arvioivat tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen toteutuneen paremmin. Samansuuntaisia tuloksia on ilmennyt myös aiemmissa tutkimuksissa (Suhonen 2005, Saarinen 2007, Fröjd ym. 2011). Vuonna 2010 ainoastaan sairaalaan tulotavan perusteella vastauksissa oli eroja, joten tämä tukee Wilkinssonin ym. (2008) tutkimustulosta, jonka mukaan taustatekijöiden perusteella ei voi ennustaa potilaiden mielipiteitä.

Tämän tutkimuksen mukaan sairaaloiden välillä oli vuonna 2008 eroja niin, että KYS:n potilaat olivat tyytyväisimpiä ja Keski-Suomen keskussairaalan potilaat tyytymättömmimpiä. Tämä toteutui tarkastellessa tietoa lääkeshoidosta, kysymysten esittämismahdollisuutta, tietoa jatkohoidosta, kotihoito-ohjeiden selkeyttä, hoitoon osallistumisen mahdollisuutta ja omaisten huomioimista. Huomattavaa parannusta on tapahtunut vuosien välillä, sillä ainoastaan riittävä tiedon saanti sairaudesta koettiin toteutuneen vuonna 2010 KYS:ssa paremmin kuin muissa sairaaloissa. Tällöin myös heikoimman arvioinnin sai Keski-Suomen keskussairaala.

Mitkä taustatekijät selittävät eroja tiedon saannissa ja hoitoon osallistumisessa vuosina 2008 ja 2010?

Tässä tutkimuksessa potilaiden taustatekijät olivat yhteydessä tyytyväisyyteen tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta. Vuonna 2008 sukupuolten välillä eroja oli lähes kaikissa kysymyksissä, jolloin miehet olivat tyytyväisempiä kuin naiset, mikä on samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissakin (Alanen 2002, Akin & Erdogan 2005, Suhonen ym. 2005, Eldth 2007). Tämä selittyy osittain sillä, että naisten odotukset tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen suhteen ovat yleensä korkeammat kuin miesten (Alanen 2002, Suhonen 2005). Toisensuuntaisiakin tuloksia on kuitenkin havaittu aikaisemmin, jolloin naiset ovat olleet tyytyväisempiä kuin miehet (Saarinen 2007, Fröjd ym. 2011) Vuonna 2010 sukupuolten välinen ero on kaventunut, sillä ainoastaan keskustelumahdollisuus ja hoitoympäristöön liittyvä selittäminen oli naisten mielestä toteutunut heikommin. Myös Florinin ym. (2006) tutkimuksen mukaan sukupuolten välillä ei ollut eroja.

Vuonna 2008 yksinelävät arvioivat hoitoon osallistumisen mahdollisuuden toteutuneen heikommin. Tämä oli ainoa osa-alue, johon asumismuodolla oli vaikutusta. Florinin (2011) mukaan yksinelävät ovat aktiivisempia hoitoon osallistumisessa, jolloin heillä on myös oletettavasti korkeammat odotukset hoitoon osallistumisen suhteen.

Korkeakoulutetut potilaat olivat vuonna 2008 tyytymättömiä tietoon sairaudesta, tietoon lääkehoidosta, kysymysten esittämismahdollisuuteen, tietoon jatkohoidosta, kotihoito-ohjeisiin, hoitoon osallistumismahdollisuuteen ja omaisten huomioimiseen. He ovat aikaisemmissakin tutkimuksissa olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen (Saarinen 2007) Korkeasti koulutetut olivat tyytymättömiä kenties sen vuoksi, että heillä on yleensä korkeat odotukset tiedon saannista (Suhonen 2005). Lääkehoidon riittävyteen he myös vastasivat huomattavasti useammin, *en osaa sanoa*, kuin muut ammattiryhmät, mikä saattaa olla seurausta siitä, ettei tiedon saanti yleensä ole ollut riittävää korkeammin koulutettujen arvioinneissa. Vuonna 2010, korkeakoulutetut olivat taas tyytyväisimpiä tiedon saantiin lääkehoidosta, joka vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia (Alanen 2002, Suhonen 2005). Näin ollen vuosien välillä on tapahtunut selkeää parannusta erityisesti lääkehoitoon liittyvässä tiedon saannissa, sillä vuonna 2010 potilaiden koulutusmuoto ei vaikuttanut tyytyväisyyteen. Korkeakoulutetut olivat selkeästi tyytyväisempiä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen vuonna 2010 kuin 2008.

Vuonna 2008 heikoimmin arvioivat hoitoympäristöön liittyvän selityksen ymmärrettävyyden ammattikoulutuksen suorittaneet ja ilman koulutusta olevat. Voidaan siis olettaa, että vielä vuonna

2008 henkilökunnan käyttämä kieli oli kenties liian ammattimaista ja vaikeaselkoista. Tulokset osoittavat kuitenkin, että mitä alempi koulutustaso, niin sen paremmin he ovat arvioineet eri tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen osa-alueiden toteutuvan. He ovat myös passiivisempia hoitoon osallistumisessa, joka on ilmennyt Florinin (2011) tutkimuksessa, joka selittää osaltaan alemman koulutusryhmän tyytyväisyyttä. Vaikka alemman koulutuksen omaavat potilaat ovat tyytyväisempiä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen, niin se ei välttämättä ole riittävää. Heillä voi olla vähäisemmät odotukset, mutta silti he tarvitsevat enemmän tietoa hoidon onnistumisen takaamiseksi. Tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen on todettu parantavan hoitotuloksia (Olsson ym. 2006, Sahlsten ym. 2008).

Ammattiasema vaikutti vuonna 2008 niin, että omaisten huomioiminen oli toteutunut selkeästi paremmin eläkeläisten mielestä. Ylemmät toimihenkilöt olivat tyytymättömämpiä puhutun kielen ymmärrettävyyteen, joka on samassa linjassa alemman koulutuksen saaneiden tyytymättömyyteen. Vuonna 2010 ylemmät toimihenkilöt ja muussa ammatillisessa asemassa olevat olivat tyytymättömiä kotihoito-ohjeisiin. Toisaalta heidän vastauksissaan painottui myös vaihtoehto, en osaa sanoa, mikä viittaa heidän kykyynsä arvioida tiedon saantia ja sen riittävyyttä.

Sairaalaan kutsutusti tulleet potilaat olivat molempina vuosina pääsääntöisesti tyytyväisempiä kuin päivystyspotilaat. Vuonna 2008 ainoastaan omaisten huomioimiseen oltiin yhtä tyytymättömiä. Vuonna 2010 ei myöskään ollut eroja omaisten huomioimisessa eikä lisäksi jatkohoito-ohjeiden riittävydessä. Parannusta vuosien välillä oli siis tapahtunut ainoastaan jatkohoito-ohjeiden antamisessa, joten edelleen päivystyspotilaiden tiedonsaantiin tulisi kiinnittää huomioita. Tutkimukseen tulleet potilaat olivat molempina vuosina tyytymättömämpiä tiedon saantiin sairaudesta ja lääkehoidosta, jatkohoito-ohjeisiin sekä omaisten huomioimiseen kuin muun syyn vuoksi tulleet. Vuonna 2010 poliklinikkapotilaat olivat myös tyytymättömiä omaisten huomioimiseen sekä lisäksi hoitoympäristöön liittyvän selityksen ymmärrettävyyteen. Vuonna 2010 molempien ryhmien vastauksissa painottui vastausvaihtoehto, en osaa sanoa, joka kertoo kenties siitä, etteivät nämä osa-alueet olleet heille olennaisia tai heidän hoitoonsa liittyviä. Tutkimukseen tulleiden ja poliklinikkapotilaiden tyytymättömyys voikin osaltaan selittää omaisten huomioimisen kokonaistyytymättömyyttä. Poliklinikkapotilaiden ja päivystyspotilaiden tiedonsaantiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä siinä on ollut tutkimusten mukaan aiemminkin puutteita (Saarinen 2007, Wilkinson ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin vuonna 2010 polikliinisten potilaiden saama tieto lääkehoidosta on ollut parempaa kuin

osastopotilaiden, joka kertoo poliklinikkapotilaiden lääkehoitoon liittyvän informoimisen parantuneen vuosien välillä.

Potilaan ikä selittää usein tyytyväisyyttä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen, niin kuin tässäkin tutkimuksessa. Nuoremmat olivat selvästi tyytymättömpiä kuin vanhemmat potilaat, mikä on samansuuntainen tulos aiempien tutkimusten kanssa (Alanen 2002, Akin & Erdogan 2005, Saarinen 2007, Eloranta ym. 2008, Fröjd ym. 2011). Toisen suuntaisiakin tuloksia on muun muassa Suhosen ym. (2005) mukaan, jolloin nuoret olivat tyytyväisimpiä. Vuonna 2008 ainoastaan puhutun kielen ymmärrettävyys ja mahdollisuus keskusteluun arvioitiin kaikissa ikäluokissa samalla tavoin. Tämä voitaneen selittää osittain sillä, että nuorilla on todettu olevan korkeammat odotukset tiedon saannin suhteen (Alanen 2002, Bostan ym. 2007, Eldth ym. 2007.). Huomattavaa parannusta on tapahtunut vuosien välillä, sillä vuonna 2010 ikäluokkien välillä ei ollut eroja tyytyväisyydessä millään osa-alueella.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei vuonna 2010 havaittu eroja potilaan sosiodemografisten tietojen perusteella tyytyväisyydessä tiedon saantiin ja hoitoon osallistumismahdollisuuteen. Ainoastaan sen perusteella voitaneen tehdä päätelmiä potilaiden tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen tarpeesta, millaiset odotukset kullakin on yksilöllisesti (Wilkinsson ym. 2007) Tämän tutkimuksen tulokset vuodelta 2008 tukevat kuitenkin osaltaan niitä potilaiden odotuksiin liittyviä tutkimuksia joiden mukaan nuorilla ja naisilla (Alanen 2002, Suhonen ym. 2005, Bostan 2007), korkeammin koulutetuilla (Suhonen ym. 2005) ja korkeamman ammattiaseman omaavilla (Bostan 2007) on korkeammat odotukset. Sen perusteella hoitohenkilökunta voi parantaa kyseisten potilaiden hoidon laatua ja panostaa heidän kohdallaan erityisesti tiedon saantiin ja hoitoon osallistumisen mahdollistamiseen. Tärkeää on huomioida potilaan yksilölliset tarpeet (Doering ym.2002, Akin & Erdogan 2007, Matiti ym. 2008, Larsson ym. 2011).

Potilaiden osallistumiseen vaikuttaviin tekijöihin tulisi kiinnittää huomioita, sillä sosiodemografiset tekijät voivat vaikuttaa osallistumishalukkuuteen. Florinin ym. (2007) mukaan naisten ja yksin asuvat ovat aktiivisempia osallistumaan hoitoonsa. Aiempien tutkimusten mukaan polikliiniset potilaat (Eloranta ym. 2009), iäkkäät ja alhaisen sosioekonomisen statuksen omaavat (Longtin ym. 2010) olivat haluttomampia osallistumaan hoitoonsa. Nämä tulokset tukevat osaltaan tässä tutkimuksessa vuonna 2008 esiintyvää tyytymättömyyttä potilaan taustatekijöiden perusteella.

Potilaan osallistumisen lisäämiseksi tulisi kiinnittää huomioita potilaaseen tutustumiseen (Sahlsten ym. 2009) sekä hoitajan ammattitaitoon ja osaamiseen (Larrabee ym. 2004, Wagner & Bear 2008). Aiempien tutkimusten mukaan potilaiden osallistumishalukkuus vaihtelee yksilöllisesti ja potilaan ja hoitohenkilökunnan arviot sen tarpeesta vaihtelevat usein (Sainio ym. 2001, Florin ym. 2006, Wilkinsson ym. 2007). Potilaan passiivisuuteen vaikuttaviin tekijöihin tulisi kiinnittää huomioita ja panostaa sellaisten tekijöiden huomioimiseen, jotta potilaat saisivat osallistua riittävästi. Potilaan omat voimavarat voivat olla riittämättömät (Sainio 2001), jolloin potilaan oman osallistumisen sijaan voisi kiinnittää enemmän huomiota omaisten huomioimiseen. Hoitoon osallistumista voivat estää myös potilaan korkea ikä, ajanpuute ja toimimaton vuorovaikutussuhde (Sainio 2001, Eloranta ym.2009). Jotta potilas aktivoituisi omaan hoitoonsa, tulisi henkilökunnan välttää kontrolloivaa asennetta ja keskittyä riittävään vuorovaikutukseen ja selitysten ymmärrettävyyteen (Eldh ym.2008, Longtin ym. 2010) sekä pedagogisten taitojen kehittämiseen (Larsson ym. 2011).

.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen mittarin ja tulosten validiteettia ja reliabiliteettia (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 152). Tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin sisältövaliditeettia on tarkasteltu jo aiemmin ja sen on todettu olevan hyvän, sillä mittaria on käytetty ja kehitetty usein. Tutkimuksen ulkoista validiteettia voidaan arvioida suhteessa otoksen riittävyteen ja edustavuuteen (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 156). Otokoko on tässä tutkimuksessa suuri ja tutkittavien taustatiedot vastaavat perusjoukkoa, joten tulokset antavat luotettavaa tietoa kirurgisten potilaiden tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen toteutumisesta neljässä tutkimussairaalassa

Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta tarkastellaan suhteessa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisesti validi tutkimus on sellainen, jossa tuloksiin eivät vaikuta ulkoiset tekijät, vaan tulokset johtuvat vain tutkimuksen asetelmasta. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 158) Tässä tutkimuksessa validiteetin uhkana voivat olla aineistosta tapahtuvat poistumat (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 210), tilannetekijät, potilaslähtöiset tekijät ja tutkijan vaikutus tutkimukseen (Vehviläinen - Julkunen & Paunonen 2006). Kato voi myös vaikuttaa tuloksiin (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 156). Tämän tutkimuksen vastausprosentit olivat vuonna 2008 39 % ja 2010 40 %, mikä on hiukan enemmän kuin yleensä kyselytutkimuksissa (Burns & Grove 2005, 401), mutta silti sen perusteella kannattaa tulosten yleistettävyyttä arvioida

kriittisesti. Tämä huomioiden ei voida tietää olisivatko vastaamatta jättäneet potilaat muuttaneet tuloksia merkittävästi. Validiteettia parantaa kuitenkin se, että vastaajat saivat vastata omassa tutussa ympäristössä, jolloin ympäristövaikutukset olivat minimaaliset (Burns & Grove 2005, 402).

Tulosten sisäiseen validiteettiin on voinut vaikuttaa jotkin sekoittavat tekijät (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 158). Ulkopuoliset henkilöt ovat voineet vaikuttaa potilaiden vastauksiin, sillä potilaat saivat kyselylomakkeen kotiin. Potilaat vastasivat myös eri ajankohtana eri vuosina, joten se on voinut vaikuttaa vastaajien mielipiteisiin. Vuonna 2008 potilaat eivät saaneet ohjausta kyselylomaketta koskien, joten heidän vastauksiinsa on voinut vaikuttaa asian ymmärrettävyys. Vuonna 2010 potilaat saivat kyselylomakkeen kotiin lähtiessä ja heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Lisäksi vuonna 2010 vastanneet potilaat olivat hoitohenkilökunnan satunnaisesti valitsemia, kun taas 2008 potilaat valittiin rekisteritietojen kautta.

Potilasarviointit vuonna 2010 olivat parempia kuin vuonna 2008, joten sekoittavat tekijät ovat voineet vaikuttaa siihen. Yleensä kuitenkin myöhemmin vastanneiden potilaiden mielipiteet muuttuvat positiivisempaan suuntaan, kun tässä tutkimuksessa asia oli juuri päinvastoin. Voitaneen olettaa siis, että sekoittavien tekijöiden vaikutus on vähäinen. Lisäksi vastaukset ovat kuitenkin samansuuntaisia ja tulokset viittaavat siihen, että potilaiden tiedonsaantia ja hoitoon osallistumisen mahdollisuutta on pyritty parantamaan vuosien välillä. Vastaajien voidaan olettaa myös vastanneen rehellisesti, sillä he saivat vastata täysin anonymisti sairaalan tutkimuspaikan ulkopuolella.

Validiteettiin liittyy tutkimuksesta saatujen mittaustulosten perusteella tehtyjen päätelmien soveltuvuus, tarkoituksenmukaisuus ja käytettävyys, jonka avulla tarkastellaan tutkimuksen laatua (Burns & Grove 2005, 376). Tulosten analyysin onnistumiseen vaikuttaa myös tutkijan kyky tulkita tuloksia ja tehdä niistä johtopäätelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, Burns & Grove 2005, 376.) Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta lisää suuri otoskoko, joten virheellisten päätelmien mahdollisuus on pieni (Burns & Grove 2005) Tilastollisten analyysien ja testien perusteella tehtyjen päätelmien luotettavuutta lisää myös tutkijalla apuna olleet kokeneet tutkijat analyysiprosessin aikana. Lisäksi tutkija on saanut asiantuntija-apua tilastotieteilijältä. Kyselymittarissa käytetty Likertin asteikko lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä siinä on useita vastausvaihtoehtoja. Tällainen mittari tuottaa laajempaa tietoa sisällöstä (Burns & Grove, 402), joten tulosten tarkoituksenmukaisuus ja käytettävyys ovat perusteltuja.

Ulkoisen validiuden arviointi käsittää sen kuinka yleistettävissä tutkimus on koko populaatioon (Burns & Grove 2005, Metsämuuronen 2005, 86) Tässä tutkimuksessa on käytetty

harkinnanvaraista otosta, joten tuloksia ei voida yleistää koko suomalaisten kirurgisten potilaiden tiedonsaantiin ja hoitoon osallistumiseen (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa ulkoisen validiteetin uhkana on Hawthornen efekti, joka tarkoittaa sitä, että tietoisuus tutkimuksesta saattaa vaikuttaa ihmisten toimintaan ja työskentelyyn (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 158). Tämä on saattanut edesauttaa hoitohenkilökuntaa kiinnittämään huomiota hoidon laatuun, joka on voinut tuottaa liian positiivisia arviointeja tiedonsaantiin ja hoitoon osallistumiseen liittyen. Uhkana saattaa olla myös valikoituminen (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 158), sillä potilaat saivat osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Voidaan siis vain arvailla onko vastaajien joukossa enemmän tyytyväisiä vai tyytymättömiä potilaita. Tulokset ovat kuitenkin kliinisesti merkittäviä ja niitä voidaan soveltaa hoitotyön käytäntöön. Niiden avulla voidaan kehittää potilaiden tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa on otettu huomioon eettisiä kysymyksiä koskien sekä tutkimusta että tutkittavia (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaajien anonymiteetti varmistettiin, niin että potilaiden tiedot pysyivät salaisina. Aineiston käsittelyvaiheessa yksittäisen potilaan tietoja ei voinut tunnistaa. Tutkimussuunnitelma ja kyselylomake sisälsivät tutkijoiden yhteystiedot, joten tutkimukseen osallistuneet potilaat olisivat halutessaan voineet ottaa yhteyttä tutkijaan. Tälle tutkimukselle saatiin Pohjois- ja Savo sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto (46/2007, § 66/2010). Tutkimusluvat haettiin kaikkien sairaaloiden lääketieteelliseltä ja hoitotyön johdolta.

6.4 Tutkimuksen johtopäätökset ja suositukset

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset ja suositukset:

- 1) Hoitoon osallistumisen mahdollisuus toteutui heikosti molempina vuosina.
- 2) Omaisten huomioiminen ei ollut riittävää kumpanakaan vuonna.
- 4) Nuorten, naisten ja korkeasti koulutettujen potilaiden tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.
- 5) Päivystys- ja tutkimuspotilaiden tiedon saantia ja hoitoon osallistumista tulee kehittää.
- 6) Kirurgisten potilaiden yksilöllinen hoitotyö edistää tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista.

Tämän tutkimuksen tuloksia voivat hyödyntää kirurgisten potilaiden kanssa työskentelevät hoitoalan ammattilaiset. Tuloksia voivat hyödyntää myös hoitoalan oppilaitokset kehittäessään opetussisältöjään. Kirurgisen potilaan tiedon saantia ja hoitoon osallistumista voidaan kehittää myös eri organisaatioissa ja toimintaan liittyviä epäkohtia parantaa. Hoitotieteelle tämä tutkimus tuottaa kumulatiivista tietoa tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta, jossa edelleen on puutteita. Tämä tutkimus on avuksi hoitotyön menetelmien ja prosessien kehittämisessä, jos halutaan mahdollistaa potilaiden yksilöllinen, riittävä tiedon saanti ja hoitoon osallistuminen. Sen toteutuminen kiitettävästi parantaa hoitotuloksia ja täten sillä on välillisiä vaikutuksia myös kustannusvaikutuksiin eri organisaatioissa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tutkimuksessa mukana olleissa sairaaloissa Suomessa. Lisäksi tulokset ovat suuntaa antavia myös muihin organisaatioihin, joissa hoidetaan kirurgisia potilaita, sillä otoskoko oli suuri ja käsitti useiden kirurgian erikoisalan potilaita.

6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tämän tutkimusten tuloksien perusteella esitän seuraavat jatkotutkimusehdotukset:

1. Jatkossa tulisi tutkia hoitoon osallistumisen mahdollisuutta ja omaisten huomioimiseen liittyviä epäkohtia kirurgisten potilaiden kohdalla, koska nämä osa-alueet olivat heikoiten toteutuneet tässä tutkimuksessa. Potilaiden omaisille tehtävä tutkimus tuottaisi uudenlaista näkökulmaa tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen laadusta.
2. Erityisesti polikliinisten potilaiden tiedon saantia ja hoitoon osallistumista tulisi tutkia eri menetelmillä saadakseen yksityiskohtaisempaa tietoa. Esimerkiksi laadullinen tutkimus voisi tuottaa laajempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa poliklinikoiden toiminnan parantamiseksi.
3. Jatkossa voisi tutkia potilaiden odotuksia ja hoitajien arviointeja riittävästä tiedon saannista ja hoitoon osallistumisesta. Potilaiden antamat arvioinnit hoidon laadusta voivat erota heidän odotuksistaan, joten tämän avulla saataisiin kenties luotettavampaa tietoa potilaiden tarvitsemasta tiedon määrästä ja hoitoon osallistumisen tarpeesta.

Toiminnan kehittämiseksi tarvitaan resurssien uudelleen arviointia ja henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämiseen liittyvää koulutusta. Koska kirurgisen potilaan hoitoajat ovat yleensä varsin lyhyitä, tulee heidän hoidossaan kiinnittää erityistä huomioita tiedon saantiin ja hoitoon osallistumiseen. Erilaisia toimintatapoja ja ohjausmenetelmiä tarvitaan, jotta potilaat saisivat riittävästi tietoa. Tietojärjestelmien hyödyntäminen yhdessä vuorovaikutuksen kehittämisen kanssa luovat pohjan hoidon laadulle. Tiedon saannin ja hoitoon osallistumisen toteutumista on syytä arvioida säännöllisesti, jotta sitä voidaan edelleen kehittää. Tiedon saannissa ja hoitoon osallistumisessa on huomioitava omaiset entistä paremmin ja ymmärrettävä heidän osuutensa laadukkaassa hoitotyössä. Ohjaustilanteissa voisi olla aina mahdollisuuksien mukaan myös omainen mukana, sillä potilas on usein kykenemätön osallistumaan riittävästi omaan hoitoonsa.

LÄHTEET

- A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298/> Luettu 5.9.2012
- Akin S & Erdogan S. 2007. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 6466653.
- Alanen S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-11515> Luettu 5.9.2011.
- Aura M. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö* vol 8 (2).
- Baumann C, Rat A, Osnowycz G, Mainard D, Cuny C & Guillemin F. 2009. Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10:150
- Bergvik S, Wynn R & Sørli T. 2007. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Education and Counseling* 70, 2276233.
- Bostan S, Acuner T & Yilmaz G. 2007. Patient (customer) expectations in hospitals. *Health Policy* 82, 62670.
- Burns N & Grove, S.K. 2005. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. 5th Ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Doering LV, McGuire AW & Rourke D. 2002. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *American Journal of Critical Care* 11(4):333-43.
- Eldh A, Ekman I & Ehnfors M. 2008. Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations* 11, 2636271.
- Eldh A, Ekman I & Ehnfors M. 2010. Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 21 (1).
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2008). Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20 (3), 115-125.
- Eloranta S, Katajisto J, Savunen T & Leino-Kilpi H. 2009. Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö*, 7 (4), 12-19.

Finlex. Terveydenhuoltolaki 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326> Luettu 5.11.2012.

Florin J, Ehrenberg A & Ehnfors M. 2006. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1498-1508.

Florin J, Ehrenberg A & Ehnfors M. 2007. Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal Of Clinical Nursing* 17, 2935-2944.

Fröjd C, Swenne C, Rubertsson C, Gunningberg L & Wadensten B. 2011. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management* 19, 226-236.

Heino T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
<http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6290-4>. Luettu 10.9.2012.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2000. Tutki ja Kirjoita. Tammer-paino, Tampere

Iivanainen A, Jauhiainen M & Pikkarainen P. 2001. Sisätauti ó kirurginen hoito ja hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Istomina N. 2011. Quality of abdominal surgical nursing care. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4769-0>. Luettu 10.9.2011.

Johansson K, Hupli M & Salanterä S. 2002. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 11, 634-639

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.

Korte R, Rajamäki A, Lukkari L & Kallio A. 1996. Perioperatiivinen hoito. WSOY, Porvoo.

Kvist T. 2004. Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
<http://www.uku.fi/kirjasto/julkaisutoiminta/julkmyyn.html>. Luettu 1.10.2011.

Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf GA & Vehviläinen-Julkunen K. 2012. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes. *Journal of Nursing Management*.

Kvist T & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Ihmisläheinen hoito ómittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. *Hoitotiede* 20, (6), 377-387.

Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja.

<http://URN.fi/URN:ISBN:978-951-42-8498-4> . Luettu 1.10.2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 27.3.2012.

Larrabee J, Ostrow L, Withrow M, Janney M, Hobbs G & Burant C. 2004. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Research in Nursing & Health* 27, 2546268.

Larsson I, Sahlsten M, Segesten K & Plos K. 2011. Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 25, 5756582.

Larsson I, Sahlsten M, Björnström B, Lindencrona C & Plos K. 2007. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 21, 3136320.

Larsson I, Sahlsten M, Segesten K & Plos K. 2011. Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice* Volume 2011.

Liimatainen T. 2007. Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro Gradu tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-17656> Luettu 5.10.2011.

Lohiniva-Kerkevä M. 2004) *Terveydenhuollon juridiikka*. 3. uud. painos. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donaldson L & Pittet D. 2010. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinical Proceedings* 85(1), 3-62.

Luxford K. 2012. What does the patient know about quality. *International Journal of Health Care* 24(5), 439-440.

Matiti M & Trorey G. 2008. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal Of Clinical Nursing* 17, 270962717.

Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä.

Moule P & Goodman M. 2009. *Nursing research. An introduction*. London: SAGE Publications.

Nevalainen A, Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede* 19(4).

Nummenmaa L., 2004. *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nurmela T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. Tampereen yliopisto .Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

<http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5321-2> Luettu 1.9.2012.

Olsson L-E, Karlsson J & Ekman I. 2006. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: A prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 25(1), 3.

Palese ., Tornietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Haritini T, Merkouris A, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z & Papastavrou E. 2011. Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and Correlational Study in Six European Countries. *Journal of Nursing Scholarship* 43(4), 341-350.

Palokoski M-R 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-16703> Luettu 1.9.2012.

Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos, 2006. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki.

Pekurinen M, Räikkönen, O & Leinonen T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Verkkojulkaisu.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf> Luettu 31.1.2012.

Poikkimäki I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-13257> Luettu 1.9.2011.

Polit DF & Beck CT. 2008. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Saarinen S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu tutkielma.

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-17278> Luettu 1.9.2011.

Sahlsten M, Larsson I, Sjöström B & Plos K. 2009. Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 23, 490-497.

Sahlsten M, Larsson I & Sjöström B. 2008. An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum* Volume 43(1), 3-11.

Sahlsten M, Larsson I, Sjöström B, Lindencrona C & Plos K. 2007. Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 16, 630-637.

Sainio S, Lauri S & Eriksson E. 2001. Cancer patients' views and experiences of participation in care and decision making. *Nursing Ethics* 8 (2), 97-113.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto 2006.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ Luettu 27.3.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Stakes raportteja 38/2008. Verkkojulkaisut. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf> Luettu 5.11.2012.

STM (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf Luettu 26.2.2012.

Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2007. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies* 44 197-207.

Suhonen R, Nenonen, Laukka A & Välimäki M. 2005. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1167-1176.

Suhonen R, Berg A, Idvall M, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt L, Välimäki R & Leino-Kilpi H 2009. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2818-2829.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, § 2

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Luettu 5.11.2012.

Töyry E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Etene-julkaisuja 32 (2011) Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki. Luettu 21.9.2012 osoitteesta: www.etene.fi/Julkaisut

Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009-2010. KASTE. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto (VeTe) ohjelma.

http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT_Raportti_R0.pdf Luettu 5.11.2011.

Wagner D & Bear M. 2008. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing* 65(3), 692-701.

Wilkinson C, Khanji ., Cotter P, Dunne O & O'Keefe S. 2008. Preferences of acutely ill patients for participation in medical decision-making. *Quality & Safety in Health Care* 17, 97-100.

Liitetaulukko 1. Tutkimuksia potilaiden tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Akin S. & Erdogan S. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 16, 646–653.	Testata Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale –mittarin (NSNCS) luotettavuutta sisätautien- ja kirurgian vuodeosaston potilailla.	Vuodeosastopotilaat (n=200)	Kysely	Mittarin reliabiliteetti ja validiteetti todettiin hyväksi. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä samaansa hoitoon. Potilaan kunnioittaminen toteutui hyvin: potilaita kohdeltiin yksilöllisesti ja heidän vaatimuksiinsa vastattiin nopeasti. Naiset ja iäkkäämmät potilaat olivat tyytyväisimpiä. Potilaat arvostivat eniten yksityisyyttä ja hoitajien kyvykkyyttä ja avuliaisuutta. Tiedon saannin ja omaisten huomioimisen osalta potilaat olivat vähiten tyytyväisiä.
Aura M. (2010) Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tutkiva hoitotyö vol 8 (2)	Kuvata sairaalassa hoidettavana olevien aikuispotilaiden läheisten hoitotyöntekijöiltä saamaa tukea sekä sitä, millaista tukea läheiset odottivat.	Aikuisen potilaan läheiset (n=218)	Kysely	Kohtaaminen hoitotyöntekijän kanssa oli myönteistä, turvallista ja kunnioittavaa. omahoitajuudella todettiin olevan positiivinen yhteys kohtaamisen kokemukseen. Potilaan terveydentilasta saatu tieto oli riittävää, mutta läheisten omaa jaksamista tukeva tieto ei. Läheiset olivat tyytyväisiä mahdollisuuteen osallistua potilaan hoitoon. Läheisten esittämät kehittämiskohteet liittyivät tiedonsaantiin, kohtamiseen, hoitokäytäntöihin, käyttäytymiseen, avun järjestämiseen ja ryhmätoimintaan.
Baumann C., Rat A., Osnowycz G., Mainard D., Cuny C. & Guillemin F. (2009). Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 10:150	Arvioida nivelrikkoa sairastavien potilaiden tyytyväisyyttä kokotekonivelleikkauksen jälkeen yhden kuukauden, 6 kk:n ja yhden vuoden jälkeen sairaalahoidosta.	Vuodeosastopotilaat (n=231)	Kysely	Mittarin reliabiliteetti ja validiteetti todettiin hyväksi. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä samaansa hoitoon. Potilaan kunnioittaminen toteutui hyvin: potilaita kohdeltiin yksilöllisesti ja heidän vaatimuksiinsa vastattiin nopeasti. Naiset ja iäkkäämmät potilaat olivat tyytyväisimpiä. Potilaat arvostivat eniten yksityisyyttä ja hoitajien kyvykkyyttä ja avuliaisuutta. Tiedon saannin ja omaisten huomioimisen osalta potilaat olivat vähiten tyytyväisiä.
Bergvik S., Wynn R. & Sørli T. (2007) Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. <i>Patient Education and</i>	Kehittää potilaskeskeinen hoitotyön malli ohitusleikkauksipotilaille.	Kirurgisen vuodeosaston hoitajat (n=4)	Toimintatutkimus	Hoitajat kokivat, että potilaskeskeinen lähestymistapa oli erittäin hyödyllinen, jos potilas esitti paljon kysymyksiä, heillä oli vaikeuksia tuoda omia huoliaan esille, jos he valittivat usein tai omaiset olivat kovin huolestuneita. Potilaskeskeisestä hoitomallista oli selkeää hyötyä

Counseling 70 (2008) 227–233. Norja				kliinisessä hoitotyössä. Sen avulla saadaan potilaat aktiivisesti osallistumaan omaan hoitoonsa ja ottamaan omaiset mukaan hoitoon. Liian vähäinen tiedon saanti ja riskien liika esille tuominen aiheuttavat ahdistuneisuutta potilaalle. Tässä mallissa potilas on aktiivinen osallistuja ja hoitajan päätehtävä on edistää ja tukea potilaan hoitoon osallistumista.
Bostan S., Acuner T. & Yilmaz G. (2007). Patient (customer) expectations in hospitals. Health Policy 82, 62–70. Turkki	Kuvata potilaiden odotuksia terveyspalveluista potilaiden oikeuksiin, potilastyytyväisyyteen ja hoidon laatuun perustuen.	Sairaalapalveluita käyttäneet potilaat(n=396)	Kysely	Tutkimuksen mukaan tyytyväisyyden tunteella ja vähäisillä odotuksilla on yhteys. Tässä tapauksessa korkeat tyytyväisyysluvut eivät kerro korkeasta hoidon laadusta. Potilaiden odotukset tiedon saannista olivat korkeammat kuin muilta osa-alueilta.
Doering LV, McGuire AW & Rourke D (2002) Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. American Journal of Critical Care 11(4):333-43. USA	Tutkia hoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä potilaan näkökulmasta sydänkirurgisen operaation jälkeen.	Vuodeosastopotilaat (n=89)	Haastattelu	Tyytyväisyyttä lisäsi tiedon saanti. Tyytymättömyyttä kokeneet potilaat kuvasivat saaneensa ei-yksilöllistä hoitoa, heitä ei kuunneltu, odotukset olivat vääriä, epäammattillinen käytös. Myös fyysisen hoitoympäristöön liittyi negatiivisia asioita sekä tiedon saanti ei aina ollut riittävää. Potilaat tarvitsevat selkeät kotihoito-ohjeet ja hoidon tulee olla yksilöllistä ja tiedon saannin riittävää.
Eldh A., Ekman I. & Ehnfors M. (2008). Considering patient non-participation in health care. Health Expectations, 11, pp.263–271.	Kuvata hoitoon osallistumattomuutta sairaalahoidon aikana.	Sairaalahoidossa olleet vuodeosasto- sekä poliklinikkapotilaat (n=100)	Kysely	Osallistumattomuus aiheutuu tiedonannon puutteesta ja yksilöllisyyden puutteesta hoitotyössä. Potilaat eivät saaneet riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa eikä heitä kuunneltu. Organisaatiokeskeisyys liittyy myös siihen ja potilaat kokivat hoitotoimenpiteiden aikana epävarmuutta.
Eldh A., Ekman I., & Ehnfors M. (2010) Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications Volume 21, No. 1. Ruotsi	Kuvata potilaiden kuvaamaa osallistumista sekä vaikuttaako osallistumiseen ikä, sukupuoli, hoitajakso tai sairauden kesto.	Vuodeosastopotilaat (n=362)	Kysely	Potilaat kuvasivat osallistumiseen liittyvän tiedonsaannin ja yhteistyön henkilökunnan kanssa. He eivät tuoneet esille informoinnin tai keskusteluun osallistumisen merkitystä. Osallistumiseen liittyy kunnioitus, kuulluksi tuleminen ja yksilöllinen kohtelu. Lisäksi potilaat kokivat, että heidän tietämystään ja mielipiteitään tulisi kunnioittaa sekä tiedonsaannin tulisi olla ymmärrettävää.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2008). Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. <i>Hoitotiede</i> , vol. 20, no 3, 115-125.	Arvioida kirurgisten vuodeosastojen hoidon laatua potilaiden näkökulmasta. Lisäksi tutkimus selvitti hoidon laadun toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Pyrkii edistämään kirurgisten potilaiden hoidon laatua	Vuodeosastopotilaat (n=740)	Kysely	Kirurgisen hoidon laatu vaikuttaa keskimäärin hyvältä, mutta myös kehittämisalueita löytyi. Parhaiten toteutuivat hoitoympäristöön ja heikoiten omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvät laatutekijät. Potilaiden ohjausta tulisi tehostaa sekä kiireellisten leikkauspotilaiden tarpeet tunnistaa paremmin. Lisäksi käytävällä hoitamista ei tule sallia.
Eloranta, S., Katajisto, J., Savunen, T. & Leino-Kilpi, H. (2009). Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. <i>Tutkiva hoitotyö</i> , vol. 7, 4, 12-19.	Arvioida polikliinisen hoidon laatua ja laatuun yhteydessä olevia tekijöitä kirurgisten potilaiden näkökulmasta.	Kirurgian poliklinikan potilaat (n=400)	Kysely	Polikliininen hoidon laatu oli hyvä. Puutteitakin kuitenkin ilmeni, esim. potilaiden mahdollisuudessa keskustella hoitajan kanssa ja kivunhoidossa. Myös etukäteistieto potilaalle ennen poliklinikalle tuloa on tärkeää. Pitkä odotusaika aikaansai tyytymättömyyttä.
Florin J., Ehrenberg A. & Ehnfors M. (2006) Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 15, 1498–1508	Verrata yhteneväisyyttä hoitajien havainnoista potilaiden mieltymyksiin suhteessa päätöksentekoon osallistumisessa hoitotyössä.	Hoitaja-potilas-pari (n=80)	Kysely	Sairaanhoitajat eivät aina ole tietoisia kuinka potilaat haluavat osallistua omaan hoitoonsa ja usein yliarvioivat heidän halukkuutensa osallistua. Hoitajilla on myös vaikeuksia yrittäessään kannustaa potilasta osallistumaan. Hoitajilla voisi olla työkalu, joka auttais heitä toimimaan potilaita kannustavasti osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilaat omaksuivat usein passiivisen roolin päätöksenteossa. Kuitenkin nuoret ja yksin elävät osoittautuivat aktiivisemmin haluavan osallistua päätöksentekoon.
Florin J, Ehrenberg A. & Ehnfors M. (2007). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 17, 2935–2944	Kartoittaa tekijöitä, jotka ennustavat potilaan halukkuutta osallistua päätöksentekoon sairaalahoidon aikana.	Vuodeosastopotilaat (n=428)	Kysely	Yleisesti potilaat omaksuivat passiivisen roolin päätöksenteossa. Kuitenkin tietyt potilaan ominaisuudet osoittautuivat lisäämään aktiivisuutta osallistumisessa päätöksentekoon. Näitä olivat iäkkäät naiset, joilla oli vähintään keskiasteen koulutus ja asuivat yksin. Sen sijaan alemman koulutustason ja yhteismajoituksessa asuvat miehet olivat vähiten aktiivisia.
Fröjd C., Swenne C., Rubertsson C., Gunningberg L. & Wadensten B. (2011). Patient information and	Kartoittaa hoidon laatuun liittyvä osa-alueita, joita tulisi parantaa potilaiden näkemysten mukaan. Kartoittaa näkemyseroja potilaan	Erikoissairaanhoidon potilaat (n=2734)	Kysely	Hoidon laatu oli riittämätöntä mm. hoitoon liittyvässä tiedon saannissa sekä potilaan hoitoon osallistumisessa ja päätöksenteossa. Tutkimuksen mukaan hoidon laadussa on parantamisen varaa ja vaihtelut potilaiden arvioinneissa

participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. Journal of Nursing Management, 19, 226–236. Ruotsi	iän, sukupuolen ja hoidon tyypin mukaan.			olivat suuria. Ensiapupoliklinikan potilaat olivat tyytymättömiä tiedon saantiin sekä mahdollisuudesta osallistua hoitoon. Hoidossa ei myöskään tarpeeksi huomioitu potilaiden tarpeita. Tiedon annon yhteydessä on tärkeää huomioida sen ymmärrettävyys. Suuri osa potilaista koki, etteivät saaneet osallistua hoitoon riittävästi.
Istomina N. (2011) Quality of abdominal surgical nursing care. Väitöskirja, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.	Arvioida abdominaalikirurgisten potilaiden hoitotyön laatua potilaiden ja hoitajien arvioimana. Lisäksi sairaanhoitajat arvioivat omaa hoitotyön osaamistaan ja voimaantumistaan.	Vuodeosastopotilaat (n=1208), sairaanhoitajat (n=218)	Kysely	Potilaiden ja sairaanhoitajien arvioit hoitotyön laadusta olivat positiivisia, tosin sairaanhoitajat olivat arvioinneissaan kriittisempiä. Molemmat arvioivat hoitoprosessin laadun ja yhteistyön potilaiden läheisten kanssa heikoimmiksi. Sairanhoitajien työn tyytyväisyys ja itsenäisyys korreloivat korkean hoitotyön laadun kanssa. Hoitajat arvioivat oman osaamisensa heikoimmaksi koskien potilaiden opettamisen ja ohjaamisen osa-alueilla. Tulosten perusteella yhteistyötä potilaiden läheisten kanssa, hoitoprosessin laatua, leikkaushoidon ohjaus- ja opetusosaamista ja leikkaushoidon tulevaisuuden suunnittelua olisi parannettava.
Kvist T. (2004). Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Väitöskirja, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto	Kuvata hoidon laadun toteutumista potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana taustatekijöittäin ja tunnistaa eri vastaajaryhmien arviointien yhtäläisyyksiä ja eroja.	Vuodeosastopotilaat (n=631), poliklinikkapotilaat (n=908), vuodeosastojen hoitohenkilökunta (n=690), vuodeosastojen johtajat (n=76), poliklinikoiden hoitohenkilökunta (n=160), poliklinikoiden johtajat (n=39) ja lääkärit (n=128)	Kysely	Yleisesti arvioituna hoidon laatu oli hyvää sekä potilaiden että henkilöstön arvioimana. Potilaat arvostivat henkilökunnan ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avun saantia tarpeisiinsa, mutta olivat tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua omaan hoitoonsa, tiedon saantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntamäärään.
Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf GA & Vehviläinen-Julkunen K. (2012). How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical	Selvittää magneettisairaalamaliin liittyvien tekijöiden toteutumista neljässä eri suomalaisessa sairaalassa hoitajien ja potilaiden arvioimana.	Erikoissairaanhoidon potilaat (n=2566)	Kysely	Potilaat kokivat saaneensa laadukasta ja ammattitaitoista hoitoa. Potilaat olivat tyytymättömiä henkilökunnan määrään. Riittävä henkilökunnan määrä on edellytys potilaiden tarpeisiin vastaamisessa.

quality outcomes. Journal of Nursing Management.

<p>Larsson I., Sahlsten M., Björnström B., Lindencrona C. & Plos K.(2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. Scandinavian Journal of Caring Science; 21; 313–320</p>	<p>Kuvata mitä hoitoon osallistuminen tarkoittaa potilaan näkökulmasta</p>	<p>Vuodeosastojen potilaat (n=26)</p>	<p>Ryhmähaastattelu</p>	<p>Potilaiden mukaan hyvä yhteistyö lisäsi osallistumisen mahdollisuutta. Hyvään yhteistyöhön liittyviä osa-alueita olivat palvelevainen ilmapiiri, hoitajan empaattisuus, sopusointu ja potilaan oikeudet huomioiva hoitotyö.</p>
<p>Larsson I., Sahlsten M., Segesten K., & Plos K. (2011).Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice, Volume 2011, Article ID 534060, 8 pages doi:10.1155/2011/534060</p>	<p>Kuvata niitä tapahtumia hoitotyössä ja hoitajien käyttäytymistä niiden yhteydessä, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon osallistumiseen potilaiden kuvaamana.</p>	<p>Vuodeosastopotilaat (n=17)</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Hoitotyön tapahtumat joiden yhteydessä osallistumista arvioitiin olivat lääkärin kierto, hoitajan kierto, tiedon anto-tapahtuma, dokumentointi, lääkkeiden anto ja ateriointi. Lääkäreiden ja hoitajien kierron aikana potilaat eivät kokeneet voivansa osallistua aktiivisesti. Myöskään hoidon dokumentointiin eivät potilaat voineet vaikuttaa. Lääkehoito on sairaalan protokollan mukaista eikä siinä juurikaan huomioida potilasta yksilöllisesti. Hoitoon osallistuminen mahdollistui, jos hoitaja kohteli potilasta tasa-arvoisena yhteistyökumppanina. Tällöin hoito oli potilaskeskeistä ja siinä saavutettiin aito yhteys ja luottamus. Potilailla tulee olla tunne, että hoitajat todella ymmärtävät heidän tilanteensa ja tarpeensa. Tiedon annon tulee olla yhtenevästä ja selkeää sekä yksilöllistä. Tällöin hoitajalla tulee olla myös hyvät pedagogiset taidot.</p>
<p>Larsson I., Sahlsten M., Segesten K.& Plos K. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. Scandinavian Journal of Caring Science; 25; 575–582. Ruotsi.</p>	<p>Kartoittaa mitkä tekijät estävät potilaan osallistumisen hoitoonsa</p>	<p>Vuodeosastopotilaat (n=26)</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Esteitä hoitoon osallistumiselle olivat potilaan kokemana oma kyvyttömyys, empatian puute, holhoava asenne sekä toiminnalliset tekijät (hoitajan jatkuva vaihtuminen, puutteellinen dokumentointi, petipaikan puute)</p>
<p>Liimatainen, T. (2007). Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja</p>	<p>Kuvata avanneleikatun potilaan ja läheisen tuen saantia sekä selviytymistä hoitajakson aikana</p>	<p>Avanneleikatun potilaan läheiset (n=10)</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Tuen saanti koostui tiedonsaannista ja ohjauksesta, emotionaalista tuesta, hoitoympäristön vaikutuksesta sekä läheisen osallistumisesta potilaan hoitoon. He saivat</p>

selviytyminen hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Pro Gradu tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Suomi	läheisen näkökulmasta.			tietoa monella tavalla ja pääsääntöisesti se oli riittävää ja ohjaus onnistunutta. Läheisen tiedonsaantiin vaikutti olennaisesti heidän osallistumisensa hoitoon. Omahoitajalta he saivat emotionaalista tukea. Tulokset osoittavat, että läheisen läsnäolo ja yhteydenpito potilaaseen nähtiin tärkeänä. Avanneleikatun potilaan ja läheisen selviytyminen hoitajakson aikana muodostui avanteen ja sairauden aiheuttamasta muutoksesta potilaan ja läheisen elämässä, toiminnallisessa selviytymisessä sekä sopeutumisesta avanteeseen ja sairauteen
Longtin Y.,Sax H.,Leape L.,Sheridan S.,Donaldson L. & Pittet D.(2010) Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. <i>Mayo Clinical Proceeding</i> ;85(1):S3-62	Kuvata potilaan hoitoon osallistumiseen liittyviä tekijöitä sekä löytää osallistumista edistäviä tekijöitä hoitotyössä.	Kirjallisuuskatsaus	Sisällön analyysi	Potilaan hoitoon osallistuminen vähentää haittatapahtumia lääkehoidossa.Hoitoon osallistumiseen vaikuttaa organisaation kielteinen suhtautuminen tai kulttuurilliset tekijät, jolloin potilas passivoituu. Hoitohenkilökunnan liian vähäinen vuorovaikutus tai liian vaikeaselkoinen puhe heikentää osallistumista. Henkilökunnan asenteella ja perinteisellä roolijattelulla on kielteinen vaikutus hoitoon osallistumiselle.
Matiti M. & Trorey G. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 17, 2709–2717. Iso-Britannia	Kuvata kunniakkuuden ja yksilöllisyyden toteutumista sairaalahoidon aikana potilaiden näkökulmasta sekä selvittää mikä potilaiden näkemys kunniakkaasta kohtelusta on.	Vuodeosastopotilaat (n=102)	Haastattelu	Monet potilaat ovat tyytyväisiä hoitonsa aikaiseen kunniakkaaseen kohteluun, mutta useat samaan aikaan eivät olleet. Tekijät, jotka kuuluivat potilaiden mielestä kunniakkaaseen kohteluun olivat yksityisyys, luottamus, vuorovaikutus ja tiedon saanti, valinnan vapaus, kontrolli ja osallistuminen omaan hoitoon, kunnioitus ja soveliaisuus sekä tapa esittää asioita.
Nevalainen A., Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. (2007). Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessa hoidossa. <i>Hoitotiede</i> vol 19, no 4	Kuvata aikuisen syöpäpotilaan läheisen tärkeänä pitämää ja saamaa tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta polikliinisessä hoidossa sekä selvittää sitä, mitkä taustatekijät olivat yhteydessä läheisten hoitohenkilökunnalta saamaan tiedolliseen tukeen.	Syöpäpotilaiden läheiset (n=142)	Kysely	Hoitohenkilökunta antoi läheisille hyvin tietoa syöpäsairaudesta, syövän hoitomenetelmistä, hoitoihin liittyvistä sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteista ja potilaille tehdyistä tutkimuksista. Tietoa annettiin myös ymmärrettävästi ja rehellisesti ja läheisillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä keskustelun aikana. Läheiset saivat heikosti tietoa yhteiskunnan tarjoamasta tuesta, sairauden ennusteesta, miten he voivat halutessaan osallistua potilaan hoitoon.
Palese, A., Tornietto M.,	Selittää potilaiden saamaa hoidon	Vuodeosastopotilaat (n=1565)	Kysely	Hoitajan antama laadukas tekninen suoriutuminen sekä

<p>Suhonen R., Efstathiou G., Haritini T., Merkouris A., Jarosova D., Leino-Kilpi H., Patiraki E., Karlou C., Balogh Z & Papastavrou E. (2011). Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and Correlational Study in Six European Countries. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> 43:4, 341–350.</p>	<p>laadun yhteyttä potilastyytyväisyyteen kuudessa eri Euroopan maassa sekä kartoittaa mahdollisia maiden välisiä eroja. Lisäksi haluttiin selvittää selittääkö hoitotyö potilastyytyväisyyttä.</p>	<p>hyvät vuorovaikutustaidot ovat yhteydessä potilastyytyväisyyteen.</p>		
<p>Poikkimäki I. (2004). Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tehtävänä oli selvittää miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita ja kuinka paljon he ovat saaneet tietoa omaa hoitoaan koskevista asioista pystyäkseen osallistumaan päätöksentekoon sekä miten potilaan yksityisyys otettiin huomioon.</p>	<p>Sisätautien ja kirurgian vuodeosastopotilaat (n=83), hoitohenkilökunta (n=111)</p>	<p>Kysely</p>	<p>Potilaiden ja hoitajien kokemusten mukaan potilaita kohdeltiin, arvostettiin ja kunnioitettiin melko hyvin. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen; hoito oli kiireetöntä keskustelevaa ja heitä kuunneltiin. Sekä potilaiden että hoitajien mieltä tiedonsaanti toteutui kohtalaisesti. Puutteita esiintyi potilaiden mielestä tiedonsaannissa eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitajat kokivat potilaita useammin, että potilaiden mielipiteet oli huomioitu ja heidän kanssaan oli neuvoteltu ja heidän läheisiään oli tuettu osallistumaan hoidon suunnitteluun.</p>
<p>Saarinen S. (2007). Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro Gradu tutkielma, Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto</p>	<p>Kuvata potilaiden käsityksiä saamastaan hoidon laadusta. Tarkastelun kohteena olivat potilaiden käsitykset hoitajien ammattitaidosta, potilaiden ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta ja hoitajien antamasta ohjauksesta ja opettamisesta.</p>	<p>Päivystyspotilaat (n=364), potlaspalautteet (n=69)</p>	<p>Kysely</p>	<p>Potilaat olivat yleisesti tyytyväisiä hoitoon kaikilla osa-alueilla. Ammatillis-tekniiseen kompetenssiin oltiin tyytyväisiä. Vuorovaikutukseen oltiin tyytyväisiä ja sitä kuvattiin joustavaksi, mukavaksi, välittäväksi, huolehtivaiseksi ja ystävälliseksi. Opetukseen ja ohjaukseen oltiin tyytyväisiä, nuoret tosin olivat selvästi keski-ikäisiä tai yli 65-vuotiaita tyytymättömpiä. Tyytymättömpiä ohjaukseen ja opetukseen olivat myös ne potilaat, jotka tulivat päivystykseen tapaturman tai akuutin sairaskohtauksen takia.</p>
<p>Sahlsten M., Larsson I., Sjöström B., Lindencrona C.</p>	<p>Kuvata mitä potilaan hoitoon osallistuminen tarkoittaa hoitajan</p>	<p>Vuodeosastojen hoitajat (n=31)</p>	<p>Ryhmähaastattelu</p>	<p>Neljä hoitoon osallistumiseen vaikuttavaa tekijää määriteltiin: ihmisläheinen toimintatapa, terapeutti</p>

<p>& Plos K.(2007) Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 16, 630–637</p>	<p>näkökulmasta.</p>			<p>lähestymistapa, voimavaroihin ja vaikutusmahdollisuuksiin keskittyminen. Lisäksi tasa-arvoisuus potilaiden ja hoitajien välillä tiedon antotilanteessa luo dynaamisen hoitaja-potilassuhteen.</p>
<p>Sahlsten M., Larsson I., Sjöström B. & Plos K. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation Nursing Forum Volume 43, No. 1</p>	<p>Määritellä mitä hoitoon osallistuminen sisältää hoitotyön kontekstissa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Sisällön analyysi</p>	<p>Hoitoon osallistuminen mahdollistuu, jos potilas-hoitajasuhde on hyvä. Tässä suhteessa hoitajalla on enemmän kontrolloiva rooli. Kommunikaatio on tärkeää ja tiedon on oltava ymmärrettävää. Tiedon anto ja potilaan informointi ovat tärkeitä tekijöitä sekä aktiivinen yhteistyö hoitotyön toiminnoissa. Hoitajan tulee olla empaattinen ja kiinnostunut potilaasta. Hän rohkaisee ja tukee potilasta ja toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä, jossa potilasta kuunnellaan. Hoitajan tulee arvioida potilaan kyvyt ja rohkaista häntä niiden mukaan osallistumiseen. Hoitoon osallistuminen vaikuttaa positiivisesti. Se mm. lisää potilastyytyväisyyttä, parantaa hoitotuloksia, potilas voimaantuu ja tuntee luottavaisuutta ja potilas sopeutuu paremmin.</p>
<p>Sahlsten M., Larsson I., Sjöström B & Plos K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i>; 23, 490–497. Ruotsi</p>	<p>Selvittää sairaanhoitajien kykyä mahdollistaa ja optimoida potilaiden hoitoon osallistuminen. Tarkoituksena oli lisäksi määrittää hoitajien käyttämät hoitotyön keinot osallistumisen mahdollistumiseksi.</p>	<p>Vuodeosastojen sairaanhoitajat (n=16)</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Hoitajien mukaan määräytyi kolme hoitotyön keinoa, joiden avulla hoitoon osallistumista voitiin vahvistaa ja edistää. Nämä olivat läheinen vuorovaikutussuhde, potilaaseen tutustuminen sekä itsenäisyyden vahvistaminen. Näin hoitaja vahvistaa samalla potilaan omien arvojen, tietojen, tavoitteiden sekä motivaation esille tuomista. Hoitajien tulee olla tukemassa potilaan osallistumista ja ohjata heitä siihen. Erittäin tärkeää tässä on tasapainoinen hoitaja-potilassuhde.</p>
<p>Sainio S., Lauri S & Eriksson E. (2001) Cancer patients' views and experiences of participation in care and decision making. <i>Nursing Ethics</i> 2001 8 (2)</p>	<p>Kartoittaa aikuisen syöpäpotilaan näkemyksiä ja kokemuksia omaan hoitoon osallistumisesta ja päätöksenteosta sekä mitä edellytyksiä osallistumiselle on.</p>	<p>Osastohoitoiset syöpäpotilaat (n=34)</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Potilaiden näkemykset hoitoon osallistumisesta vaihtelivat. Osa potilaista koki osallistumisen olevan osallistumisesta päätöksentekoon tai mielipiteiden esittämistä hoitoa koskien. Osa koki, että hoitoon osallistuminen ei ollut mahdollista. Potilaan osallistumista edistivät heidän hyvä terveydentila, tiedon saanti, itsevarmuus, hyvät vuorovaikutussuhde henkilökuntaan sekä henkilökunnan rohkaisu. Osallistumista heikensi huono terveys,</p>

				tietämättömyys, ahdistuneisuus, ikä, henkilökunnan kiire ja vaihtuvuus sekä huono vuorovaikutussuhde henkilökunnan kanssa.
Suhonen R., Nenonen H., Laukka A & Välimäki M. (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 14, 1167–1176	Kuvata ja verrata potilaiden samaa tietoa siihen mitä he toivoisivat saavansa sekä kartoittaa onko potilaiden välillä eroja	Vuodeosastopotilaat (n=928)	Kysely	Potilaat kokevat tärkeäksi saada tietoa sairaudesta ja hoidosta. Vähemmän tärkeäksi potilaat kokivat tiedon saannin päivittäiseen selviytymiseen liittyvissä asioissa, ennusteessa sekä potilaan oikeuksista. Naiset kokivat tarpeellisemmaksi tiedon saannin ja he myös arvioivat samaansa tietoa tarkemmin. Potilaiden tiedon tarpeet ja heidän saamansa tieto eivät olleet yhteneväiset. Tulosten mukaan hoitajalla on tärkeä rooli tunnistaa potilaan yksilölliset tiedon tarpeet.
Suhonen R, Välimäki M., Katajisto J & Leino-Kilpi H.(2007).Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using LISREL. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 44, 197–207.	Kartoittaa yksilöllisen hoitotyön yhteyttä potilastyytyväisyyteen, potilaan itsemääräämiseen ja terveyskeskeiseen elämänlaatuun.	Vuodeosastopotilaat (n=861)	Kysely	Yksilöllisen hoitotyön mallin mukainen hoitotyö lisää potilastyytyväisyyttä, itsemääräämisen mahdollisuutta sekä lisää terveyskeskeisen elämänlaadun toteutumista. Potilaiden mukaan ottaminen hoitotoimenpiteisiin ja heidän mielipiteidensä huomiointi edesauttaa hoidon onnistumista.
Suhonen R.,Berg A., Idvall M., Kalafati M.,Katajisto J., Land L.,Lemonidou C., Schmidt L.,Välimäki R & Leino-Kilpi H (2009). European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care:a comparative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 2818–2829	Verrata englantilaisten, ruotsalaisten, suomalaisten ja kreikkalaisten trauma- ja ortopedisten potilaiden odotuksia ja näkemyksiä hoidon laadusta sairaalahoidon aikana.	Vuodeosastopotilaat (n=425,Suomi), (n=315,Kreikka), (n=218,Ruotsi), (n=135,Iso-Britannia)	Kysely	Pohjoismaalaiset potilaat arvioivat hoidon laadun parhaimmaksi. Suomalaiset potilaat kokivat huolenpidon parhaiten toteutuneeksi osa-alueeksi. Yksilöllisyyden toteutuminen taas koettiin huonoimmaksi osa-alueeksi. Liian vähäinen henkilökunta ja hoitohenkilökunnan alhainen koulutustaso olivat yhteydessä huonoon hoitoon vastaamiseen ja tiedon saantiin.
Wilkinson C., Khanji M., Cotter P., Dunne O. & O'Keeffe S. (2008) Preferences of acutely ill	Määrittää mitä tiedon saanti ja osallistuminen päätöksentekoon akuuttihoitossa olevien potilaiden mielestä on.	Vuodeosastopotilaat (n=152)	Kysely	Akuuttihoitossa olevat potilaat halusivat paljon tietoa koskien omaa hoitoa ja sairauttaan. Päätöksenteossa potilaat halusivat olla enimmäkseen passiivisessa roolissa ja antoivat mieluummin lääkärin päättää asioista. Ainoa

patients for participation in
medical decision-making.
Quality & Safety in Health
Care ;17:97-100

keino määrittellä potilaan toiveita päätöksentekoa koskien
on kysyminen potilaalta. Potilaiden taustatietojen
perusteella ei voida ennustaa heidän mieltymyksiään.

Liitetaulukko 2. Potilaiden arvioinnit tiedonsaannista ja hoitoon osallistumisesta vuosina 2008 (n=664) ja 2010 (n=668)

Väittämät	Täysin eri mieltä %		Osittain eri mieltä %		En osaa sanoa %		Osittain samaa mieltä %		Täysin samaa mieltä %	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Voin tarvittaessa keskustella asioistani kahden kesken henkilökunnan kanssa p=0.000	3	2	8	4	17	12	22	23	50	60
Sain riittävästi tietoa sairaudestani p=0.002	4	1	10	7	5	5	34	31	48	57
Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteeni liittyviä rajoituksia p=0.000	4	1	7	4	6	6	31	26	52	62
Sain riittävästi tietoa lääkeshoidostani p=0.005	4	1	8	5	10	8	23	25	55	61
Voin esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä p=0.000	2	9	5	2	6	3	25	22	62	72
Minulle selitettiin ymmärrettävästi hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset p=0.000	4	3	7	3	15	11	28	27	47	57
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani p=0.000	5	2	8	4	6	4	25	25	56	66
Sain selkeät kotihoito-ohjeet p=0.000	5	2	8	4	6	5	23	18	58	72
Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä p=0.000	2	0	3	2	3	1	23	16	69	81
Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun p=0.001	9	5	8	6	26	24	26	24	32	42
Omaiseni otettiin riittävästi huomioon p=0.114	4	3	4	2	30	27	19	18	44	50

Liitetaulukko 3. Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen vuonna 2008 taustamuuttujittain (Ka, Sd, Mannin-Whitney testi, Kruskalin-Wallis testi) (n=664)

Taustamuuttujat 2008	Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen vuonna 2008	
	Ka	Sd
Sukupuoli		
Nainen (n=351)	4.05	0.92
Mies (n=288)	4.27	0.72
p-arvo	0.016	
Asun		
Yksin (n=158)	4.15	0.79
Toisen kanssa (n=499)	4.15	0.86
p-arvo	0.633	
Ammatillinen koulutus		
Korkeakoulututkinto (n= 67)	3.86	0.90
Ammattikorkeakoulututkinto (n=49)	4.04	0.86
Ammatti tutkinto (n=300)	4.15	0.83
Ei koulutusta (n=178)	4.27	0.77
Muu (n=45)	4.18	0.16
p-arvo	0.015	
Ammattiasema		
Ylempi toimihenkilö (n=41)	4.07	0.83
Alempi toimihenkilö (n=56)	4.15	0.66
Yksityisyrittäjä, maanviljelijä (n=43)	3.95	1.11
Työntekijä (n= 149)	4.10	0.86
Eläkeläinen (n= 331)	4.24	0.81
Muu (n=37)	3.89	0.94
p-arvo	0.059	
Sairaala		
KYS (n=183)	4.34	0.68
Mikkelin keskussairaala (n=85)	4.09	0.95
Pohjois-Karjalan keskussairaala (n=187)	4.22	0.75
Keski-Suomen keskussairaala (n=209)	3.96	0.96
p-arvo	0.000	
Sairaalaan tulo		
Suunnitellusti kutsuttuna (n= 494)	4.24	0.79
Päivystyksenä (n=158)	3.87	0.96
p-arvo	0.000	
Sairaalaan tulosyy		
Tutkimus (n=113)	3.98	0.95
Sairauden hoito (n=422)	4.22	0.81
Muu (n=125)	4.08	0.84
p-arvo	0.023	
Olin potilaana		
Vuodeosasto (n=505)	4.16	0.83
Poliklinikka (n=151)	4.13	0.89
p-arvo	0.992	
Ikäluokat		
Ö44 v (n=98)	3.73	0.99
45-64 v (n=309)	4.20	0.79
× 65 v (n=248)	4.26	0.80

p-arvo	0.000	
Hoitoaika osastolla		
1-3 pv (n=218)	4.13	0.86
4-6 pv (n=115)	4.14	0.80
× 7 pv (n=94)	4.22	0.78
p-arvo	0.607	

Liitetaulukko 4. Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen vuonna 2010 taustamuuttujittain (Ka, Sd, Mannin-Whitneyn testi, Kruskalin-Wallis testin testi) (n=668)

Taustamuuttujat 2010	Tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen vuonna 2010	
	Ka	Sd
Sukupuoli		
Nainen (n=353)	4.36	0.75
Mies (n=293)	4.43	0.58
p-arvo	0.991	
Asun		
Yksin (n=161)	4.33	0.77
Toisen kanssa (n= 500)	4.42	0.62
p-arvo	0.625	
Ammatillinen koulutus		
Korkeakoulututkinto (n= 62)	4.45	0.58
Ammattikorkeakoulututkinto (n=69)	4.26	0.68
Ammatti tutkinto (n=354)	4.39	0.66
Ei koulutusta (n=127)	4.38	0.80
Muu (n=37)	4.52	0.59
p-arvo	0.356	
Ammattiasema		
Ylempi toimihenkilö (n=29)	4.33	0.64
Alempi toimihenkilö (n=62)	4.35	0.67
Yksityisyrittäjä, maanviljelijä (n=61)	4.47	0.52
Työntekijä (n= 168)	4.42	0.61
Eläkeläinen (n= 294)	4.40	0.74
Muu (n=43)	4.21	0.68
p-arvo	0.435	
Sairaala		
KYS (n=190)	4.46	0.63
Mikkelin keskussairaala (n=100)	4.38	0.68
Pohjois-Karjalan keskussairaala (n=212)	4.42	0.67
Keski-Suomen keskussairaala (n=166)	4.27	0.73
p-arvo	0.056	
Sairaalaan tulo		
Suunnitellusti kutsuttuna (n= 515)	4.46	0.61
Päivystyksenä (n=150)	4.18	0.80
p-arvo	0.000	
Sairaalaan tulosyy		
Tutkimus (n=109)	4.30	0.75
Sairauden hoito (n=413)	4.43	0.65
Muu (n=145)	4.35	0.66

p-arvo	0.110	
Olin potilaana		
Vuodeosasto (n=457)	4.37	0.69
Poliklinikka (n=211)	4.42	0.64
p-arvo	0.453	
Ikäluokat		
Ö44 v (n=116)	4.30	0.66
45-64 v (n=311)	4.4	0.63
× 65 v (n=219)	4.42	0.74
p-arvo	0.268	
Hoitoaika osastolla		
1-3 pv (n=206)	4.42	0.66
4-6 pv (n=152)	4.43	0.63
× 7 pv (n=95)	4.25	0.78
p-arvo	0.086	