

Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana

Katariina Saarela
Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Huhtikuu 2013

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

SAARELA, KATARIINA: Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana

Pro gradu -tutkielma, 94 sivua, 6 liitettä

Ohjaajat: TtM Mira Palonen ja THT, professori Päivi Åstedt-Kurki

Huhtikuu 2013

Asiantuntijasairaanhoidajien kokemukset kirurgisen potilaan ohjaamisessa ovat jääneet vaille huomiota hoitotieteen tutkimuksissa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta. Asiantuntijasairaanhoidajalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lisäkoulutettua sairaanhoitajaa, jonka toimenkuva on erikseen määriteltä. Toimenkuva poikkeaa muiden sairaanhoitajien toimenkuvasta esimerkiksi siten, että siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa sekä tehostettua potilaan ohjausta. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon pohjalta suunnitella ja kehittää kirurgisen potilaan ohjausta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin yhden yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (ERVA) kirurgisen potilaan ohjaustyössä ja itsenäisillä vastaanotoillaan toimivien asiantuntijasairaanhoidajien (n=16) laatimien esseekirjoitelmien avulla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksena muodostettiin kuvaus kirurgisen potilaan ohjauksesta sekä tekijöistä, jotka vaikuttivat potilaan ohjaukseen asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Heidän kokemuksensa potilaan ohjauksesta tiivistyi potilaan kokonaisvoimavaraistamiseen ohjauksella. Se rakentui potilaslähtöisesti niistä kokonaisvoimavaraistamiseen tarvittavista elementeistä, mitä kukin potilas juuri siinä elämänvaiheessaan tarvitsee. Potilaan kokonaisvoimavaraistamisen mahdollistumiseksi ohjauksella asiantuntijasairaanhoidaja tarvitsi tiettyjä ohjauksen hallinnan osa-alueita, jotka vaikuttivat asiantuntijasairaanhoidajien kokemukseen kirurgisen potilaan ohjauksen hallitsemisesta. Sisällönanalyysin avulla lopputuloksena teoreettiseksi kokonaisuudeksi kuvaantui vuorovaikutteisuuden perustuva, dynaaminen ohjausprosessi laadukkaana potilaan ohjauksen toteuttamiseksi. Ohjausprosessissa on havaittavissa sen jokaisen osa-alueen dynaamisuus, jatkuvan muutoksen mahdollisuus.

Potilaan ohjauksen tulee olla tämän päivän hoitokulttuurissa systemaattista, tarkkaan suunniteltua ja kehitettyä. Sen tulee olla potilaan ohjauksen hallinnan osa-alueet kattavaa potilaan kokonaisvoimavaraistamiseen pyrkivää toimintaa. Tässä tutkimuksessa kuvattua potilaan ohjauksen vuorovaikutteisuuden perustuvaa, dynaamista ohjausprosessia on tarkoituksenmukaista hyödyntää teoriassa tai käytännön hoitotyössä osina tai kokonaisuutena ja tarvittaessa täydentää siihen soveltuvilla elementeillä. Tuloksia voidaan hyödyntää sairaaloiden operatiivisissa yksiköissä ja hoitotyön muissa vastaavissa konteksteissa potilaan ohjauksen suunnittelussa, kehittämisessä ja tehostamisessa. Tuloksia voidaan käyttää asiantuntijasairaanhoidajien täydennyskoulutuksessa ja sen kehittämisessä. Jatkotutkimusta tarvitaan asiantuntijasairaanhoidajan toteuttamasta ohjauksesta potilaan ja läheisen näkökulmasta tarkasteltuna.

Avainsanat: asiantuntijasairaanhoidaja, potilaan ohjaus

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

Nursing Science

KATARIINA SAARELA: Surgical patient education as experienced by the advanced practice nurse

Master's thesis, 94 pages, 6 appendices

Supervisors: MNSc Mira Palonen and PhD, professor Päivi Åstedt-Kurki

April 2013

Studies in health science have overlooked the experiences of the advanced practice nurses in surgical patient education. The purpose of this thesis is to describe surgical counselling from the viewpoint of the advanced practice nurse. In this study, the term advanced practice nurse (APN) refers to a registered nurse who has completed additional training and who has a separately specified work description. The work description of APNs differs from that of other nurses, for instance, in that it entails reception of patients conducted by the nurses as well as more intensive patient counselling. The aim of this study is to plan and further develop surgical patient education on the basis of the knowledge produced.

The data of the study consists of essays written by APNs (n=16) working in surgical counselling in their independent practices within the specific catchment area of one university hospital. The data was analyzed with inductive content analysis.

The study resulted in a description of surgical counselling and of the factors influencing patient education from the viewpoint of the APN. The APNs' experiences of patient education were crystallized into counselling that aimed at patients' overall empowerment. It was a patient-driven compilation of those factors required by each patient for their overall empowerment in their specific situation in life. In order to enable the patients' overall empowerment through counselling, the APN needed specific subfields of patient education command that affected the APN's experience of being able to command surgical patient education. By means of content analysis, the study reached a theoretical outcome that depicts an interactive and dynamic counselling process as a means to achieve quality patient education. Each part of this counselling process manifests dynamism; the possibility of constant change.

In today's nursing culture, patient education should be systematic, carefully planned and highly developed. It should cover all the areas of patient education management and strive towards patients' overall empowerment. The interactive and dynamic counselling process that is described in this study is suitable to be applied in theories of nursing science or in practical nursing, either in part or in its entirety and, if necessary, completed with other compatible elements. The results of this study can be used in the planning, development and enhancement of patient education in the operative units of hospitals and other, similar nursing contexts. Moreover, the results may be used in the further education of APNs and its development. Further research is needed on the counselling provided by APNs from the viewpoint of the patients and their families.

Keywords: advanced practice nurse, patient education

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Potilasohjaus.....	8
2.1.1 Potilaan ohjaus kirurgiseen toimenpiteeseen valmistautuessa.....	10
2.1.2 Kirurgisen potilaan ohjauksessa käytettyjen menetelmien vaikutuksia.....	11
2.2 Asiantuntijasairaanhoitaja	12
2.2.1 Asiantuntijasairaanhoitajan koulutus.....	16
2.2.2 Asiantuntijasairaanhoitajan itsenäinen vastaanottotoiminta potilaan ohjaamisessa	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄN VALINTA.....	21
4.1 Aineiston keruu	21
4.2 Aineiston analyysi	23
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	27
5.1 Tutkittavien taustatiedot	27
5.2 Kirurgisen potilaan ohjaus.....	28
5.2.1 Potilaan konkreettisten voimavarojen turvaaminen.....	28
5.2.2 Potilaan henkisten voimavarojen turvaaminen.....	30
5.2.3 Potilaan sosiaalisten voimavarojen turvaaminen.....	31
5.2.4 Potilaan tiedollisten voimavarojen turvaaminen	33
5.3 Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavat tekijät.....	34
5.3.1 Ohjaajakohtaiset ominaisuudet itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa.....	36
5.3.2 Jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius ammattitaidon ylläpitämiseksi.....	40
5.3.3 Riittävä työkokemuksen antama valmius	43
5.3.4 Organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet	44
5.3.5 Potilaslähtöinen toimintavalmius.....	47
5.3.6 Perhekeskeinen toimintavalmius	48
5.3.7 Ohjaustyön motivaatiotekijät.....	49
5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista	53
6 POHDINTA.....	58
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	58
6.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	65

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	67
6.4 Jatkotutkimusaiheet	86
LÄHTEET	87
LIITTEET	95
Liite 1. Asiantuntijuuden tyypit ja osaamisen tavoitteet	95
Liite 2. Tiedote tutkittavalle	96
Liite 3. Kirjoitusohje	97
Liite 4. Tutkittavan suostumus	98
Liite 5. Yhteenveto aineiston abstrahoinnista – kirurgisen potilaan ohjaus	99
Liite 6. Yhteenveto aineiston abstrahoinnista – potilaan ohjauksen hallintaan vaikuttavat tekijät	100

1 JOHDANTO

Potilaan ohjaus on ollut mielenkiinnon ja tarkastelun kohteena terveydenhuoltoalalla sekä sen lähitieteen aloilla pitkään. Leikkaukseen tuleville kirurgisille potilaille järjestetään leikkaukseen valmistavaa ohjausta. Potilasohjausta annetaan erilaisin menetelmin leikkaukseen valmentamisen lisäksi operaatiosta toipumiseen sekä kuntoutumiseen. Potilaan ohjaus on olennainen osa pyrittäessä laadukkaaseen hoitotyöhön sekä jatkuvasti ajankohtainen kehittämisen kohde terveydenhuollossa. Näin ollen sen tutkimisen tarve hoitotieteessä on perusteltua.

Mattila (2002) siteeraa Bondin väittävän tutkimuksessaan hoitoalan ammattilaisten ohjauksellisista taidoista seuraavasti:

”Hoito- ja kasvatusalan ammattilaiset eivät osaa ohjata, mutta heillä on ohjauksellisia taitoja. Heistä voi tulla hyviä ohjaajia tietoisella ja huolellisella harjoittelulla, tarkkailemalla ohjaustyyliliään ja sopimalla selkeästi asiakkaan kanssa ohjauksen sisällöstä ja luonteesta” (Bond 2000).

Hoitotieteessä Visser ym. (2001) määrittelevät ohjauksen käsittävän kaikki potilaille suunnatut ohjaukselliset toimet, joihin lukeutuvat kliininen terveyden tilan edistäminen, potilaalle annettu terveystieto ja sairaanhoidollinen ohjaus sekä terapeuttisuonteinen ohjaus. Ohjaus on osa hoitotyön ammatillista toimintaa. Ohjaus on työmenetelmä, joka tukee potilaan kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaa. (Kääriäinen ym. 2006.) Lipponen ym. (2006) toteavat, että ohjaus on keskeinen potilashoidon osa-alue. Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, itsehoitoon ja arkipäivästä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. Samoin Hupli (2004) määrittää ohjauksen olevan olennainen osa sairaalassa tapahtuvaa hoitotyötä. Potilasohjauksella pyritään edistämään potilaan tiedonsaantia ja tukemaan häntä oman terveyteensä liittyvässä elämänhallinnassa.

Johansson ym. (2001, 2006, 2008) ovat tutkineet potilaiden ohjausta ja siihen liittyviä tarpeita ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen, sekä voimaantumisen näkökulmasta. Hoitotieteellisiin tutkimuksiin on koottu tutkittua tietoa potilasohjauksessa käytetyistä menetelmistä sekä vaikutuksista. Suomalaista tai kansainvälistä tutkittua tietoa ei ole asiantuntijasairaanhoitajan kokemuksista potilaan ohjauksesta.

Korhonen ym. (2012) esittävät, että terveydenhuollossa tarvitaan erityyppisiä asiantuntijoita, joilla on määritelty tehtävä organisaation toiminnan toteuttamisessa ja kehittämisessä. Viime vuosien aikana sairaanhoitopiireissä on perustettu asiantuntijasairaanhoitajien toimia erilaisten nimikkeiden alle sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa.

”On otettu suomalaisen hoitotyön tulevaisuutta aktiivisesti rakentava askel” (Korhonen 2008).

Uuden ammattinimikkeen alla toimiva lisäkoulutettu sairaanhoitaja on tuonut uusia ulottuvuuksia hoitotyöhön potilaan ohjauksessa, joka aikaisemmin kuului pääosin lääkärin tehtäväkuvaan (Helle-Kuusjoki ym. 2006). Työtehtäviä alettiin siirtää kansallisen terveysthankkeen pilotoinnin myötä vuosina 2003 - 2004 sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Työnjaon kehittäminen ja tehtäväkuvien laajentaminen liittyi yleisimmin sairaanhoitajavastaanottotyöhön perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. (Vallimies-Patomäki ym. 2003, Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006, 61.) Toimiessaan optimaalisesti asiantuntijasairaanhoitajan toiminta tuo kokonaisuudessaan organisaatiolle sen tarvitsemia voimavaroja perustehtävän toteuttamiseen (Korhonen 2008). Aihealueena potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana on tästäkin syystä tutkimisen arvoinen.

Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen ja ohjauksen käsitteitä käytetään synonyymeinä, sillä ohjausta tarkastellaan tutkimuksessa hoitotyön kontekstissa. Käsiteparia potilas - asiakas käytetään tekstissä tarkoittaen sekä potilasta, joka on sairaalassa sisäänkirjautuneena että asiakasta, joka on poliklinikan vastaanotolla. Lähdekirjallisuudesta johtuen voidaan käyttää lisäksi käsitettä ohjattava.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on tuotetun tiedon pohjalta suunnitella ja kehittää kirurgisten potilaiden ohjausta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Potilasohjaus

Terveydenhuoltoalalla hoitohenkilöstön toimintaan kuuluvaksi ohjaus on tunnustettu jo 1800-luvun puolivälissä, kun sairaanhoidon kehittäjä Florence Nightingale korosti ohjauksen merkitystä potilaiden perustarpeiden hoidossa. 1900-luvun alussa se painottui sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden ylläpitämiseen. Nykyään ohjausta pidetään yleisesti yhtenä keskeisimpänä hoitotyön toimintona ja olennaisena osana potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. (Kääriäinen 2007.)

Potilaan oikeudet tiedonsaannin suhteen Suomessa ovat laillisia perustuen lakiin potilaan tiedonsaantioikeudesta (17.8.1992/783/5§). Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Saadun tiedon tulee olla ymmärrettävää ja on varmistuttava, että henkilö käsittää saamansa tiedon. Selvityksen antamisesta on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Jos selvitystä ei ole annettu, potilasasiakirjoihin on merkittävä syy siihen. (Finlex 1992.)

Useiden tutkimusten mukaan tiedonsaanti on potilaan oikeuksista ongelmallisin; tiedonsaanti on ollut puutteellista (Leino-Kilpi & Välimäki 2003). Hoitotyössä ohjaus on nykykäsityksen mukaan määritelty potilaan hoitoprosessissa tiedon antamiseksi vuorovaikutuksessa, auttamiseksi valintojen tekemisessä tai hoitotyön toiminnoksi. Potilas ja ohjaaja ovat tasavertainen työpari eli asiantuntijatiimi, joka suunnittelee ohjauksen sisältöä yhdessä tavoitteidensa saavuttamiseksi. Keskeistä ohjauksessa on potilaan ja ohjaajan fyysinen, kielellinen sekä ajatteluun että tunteisiin liittyvä kaksisuuntainen vuorovaikutus. Vuorovaikutus rakentuu keskustelun välineiden eli tukemisen ja ymmärtämisen pohjalle. Potilas on aktiivinen pulmanratkaisija ja hoitaja tukee päätöksenteossa sekä pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Potilaan tavoitteet ja tulokset ovat ohjauksen lähtökohta. Ohjaustilanteen etenemiseen vaikuttavat potilaan tekemät aloitteet ja toisaalta ohjaajan lähestymistapa. Ohjaaja on ohjausprosessin asiantuntija ja ohjattava oman tilanteensa ja ratkaisujensa paras asiantuntija. (Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen 2007.)

Hyvin toteutettu ohjaus on asiakaskeskeistä, kommunikoivaa asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuoropuhelua. Ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja. Vuorovaikutteisessa ohjauksessa korostuu täten potilaan oma toiminta ja vastuu elämästään ja valinnoistaan. Ohjaus ei tähtää ensisijaisesti oppimiseen tai kehittymiseen, vaan ne mahdollistavaan vuoropuheluun ja kuunteluun. (Bensing ym. 2001, Mattila 2004.) Ohjaus ei ole

pelkkää tiedon tai neuvojen antamista, vaan ohjaus sisältää potilaiden tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot eli emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen ja tulkintatuen. Emotionaalinen tuki kattaa välittämisen, arvostamisen ja muiden myönteisten tunteiden osoittamisen. Käytännön tuki sisältää taloudellisen avun, tarvikkeet ja erilaiset palvelut, joita potilas tarvitsee. Tiedollinen tuki on tarpeellisen tiedon tarjoamista ja tulkintatuki pyrkii potilaan auttamisessa ymmärtämään ja arviomaan itseään, omaa tilannettaan tai muita ihmisiä. (Kyngäs ym. 2007.)

Potilaan ohjauksen ei tulisi perustua ainoastaan potilaan tiedottamiseen hänen sairaudestaan, vaan hoitotyön tulisi luoda terapeutisesti tehokas vuorovaikutussuhde arvioimalla potilasta huolestuttavat asiat osoittamalla ymmärrystä, empatiaa, lohdutusta ja tukea. Ymmärtäminen on kuuntelemista sekä empatiaa ja tukemiseen kuuluu rohkaiseminen ja vahvistaminen. (Kruijverin ym. 2001.) Mattila (2002) tosin selvittää tutkimuksessaan, että ohjauksen ja ohjauksellisten taitojen välillä on selkeä ero. Ohjauksellisia taitoja ovat muun muassa aktiivinen kuuntelu, avointen kysymysten käyttäminen, reflektiivinen vastaaminen sekä asioiden ilmaiseminen toisin. Näitä taitoja on vaikea erottaa sosiaalisista ja ihmisten välisistä kommunikaatiotaidoista.

Ohjauksella tarkoitetaan potilaiden ja hoitohenkilökunnan edustajan välistä tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta aktiiviseksi, itsenäiseksi ja selviytyväksi. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kääriäinen ym. 2006, Kyngäs ym. 2007, Lunnela 2011.)

”Voimaantuessaan ihminen saa otteen tilanteestaan, jolloin katse kääntyy elämässä eteenpäin ja hän voi suunnata voimavarojaan tilanteensa hallintaan” (Routasalo ym. 2009)

Ohjauksella voidaan vahvistaa potilaan motivaatiota, jotta hän kiinnittää huomiota ohjattaviin asioihin ja sitoutuu toimimaan tavoitteiden mukaisesti. Motivaatio voidaan nähdä valmiutena, joka saa potilaan tekemään asioita, kun taas motivaation puute voi estää potilasta toimimasta. (Kääriäinen 2011). Ohjauksen yhtenä tarkoituksena on antaa potilaalle valmiuksia ja rohkeutta tehdä ratkaisuja ja päätöksiä omasta hoidostaan sekä hallita omaa terveyttään. (Johansson ym. 2005, Johansson 2006, Routasalo ym. 2009.)

2.1.1 Potilaan ohjaus kirurgiseen toimenpiteeseen valmistautuessa

Leikkaukseen valmistautuvien ja leikattujen potilaiden sekä potilaan ohjausta toteuttavien asiantuntijoiden kokemusten mukaan potilaan ohjaus on edellytettyä useasta syystä. Ensinnä se on edellytys potilaan mukanaololle ja sitoutumiselle hoitopäätöksiin, leikkaukseen sekä omaan hoitoonsa mahdollistaen potilasta ymmärtämään ja ottamaan huomioon hoitoon vaikuttavia tekijöitä (Langdon ym. 2002, Giraudet-Le ym. 2003, Kemi ym. 2009, O'Brien & Presnell 2010.) Toiseksi se vähentää ennen leikkausta esiintyvää pelkoa ja jännitystä (Giraudet-Le ym. 2003, McDonald ym. 2008), edistää kuntoutumista ja toipumista leikkauksesta (Giraudet-Le ym. 2003, Pour ym. 2007, McDonald ym. 2008), lisää potilaan itseohjautuvuutta ja osallistumista hoitoonsa (Wong ym. 2010) sekä lopuksi auttaa hallitsemaan leikkauksen jälkeisiä kipuja (Kearney ym. 2011) ja minimoi mahdollisten komplikaatioiden syntyä (Lee & Lee 2000, Clarke ym. 2012).

Potilaan ohjauksen on todettu vähentävän ahdistuneisuutta (Spalding 2003, Johansson ym. 2005, Wong 2010) tekemällä tuntemattoman tutuksi. Tuttuus voidaan saavuttaa kolmella tavalla: lisäämällä ymmärrystä niistä kokemuksista, joita potilaat yleensä kohtaavat leikkauksen aikana ja sen jälkeen, antamalla potilaalle mahdollisuuden tavata henkilökunta, joka osallistuu hänen hoitoonsa sekä tutustuttamalla potilaat ympäristöihin, joita he kohtaavat sairaalassa. (Spalding 2003, Gautschi ym. 2010.) Potilaan ohjauksesta ennen leikkausta esiintyvään ahdistuneisuuteen on myönteisiä vaikutuksia varsinkin, jos potilasohjaus räätälöidään ahdistuneisuuden mukaan tai jos se kohdistetaan niille, jotka tarvitsevat eniten tukea. Eniten tukea tarvitsevia voivat olla erityisesti toimintarajoitteiset henkilöt tai henkilöt, joilla ei ole riittävää sosiaalista tukiverkostoa. (McDonald ym. 2008.) Potilaiden yksilöllisyys tulisi huomioida paremmin, kun suunnitellaan potilaalle sopivaa hoitoa ja tarpeellisia palveluja leikkauksen jälkeen. Hyvä hoidon etukäteissuunnitelman laatiminen nähdään erityisen tärkeänä hoitoaikojen lyhentyessä edelleen, koska monet taustatekijät voivat vaikuttaa leikkauksesta toipumiseen. (Langdon ym. 2002, Montin 2007.)

Potilaat ovat kokeneet olevansa paremmin valmistautuneita kirurgisiin toimenpiteisiin, kun he ovat saaneet mahdollisuuden osallistua potilaan ohjaukseen ennen toimenpidettään (Kearney y. 2011). Konkreettisella tasolla potilaat haluavat tietää, miten he tulevat toimeen odottaessaan kirurgista toimenpidettä. Tärkeämpänä vuorovaikutteisuuteen perustuvassa ohjausprosessissa pidetään sitä, millä tavoin tieto annetaan ja kohdataanko potilas ihmisenä sekä ottaako hoitohenkilökunta hänet vakavasti. (Sjöling ym. 2005.)

2.1.2 Kirurgisen potilaan ohjauksessa käytettyjen menetelmien vaikutuksia

Vaikka potilaille on järjestetty menetelmiltään sekä vaikutuksiltaan erilaista leikkaukseen, siitä toipumiseen ja kuntoutumiseen valmistavaa ohjausta, on kuitenkin hankalaa todistaa ohjauksen tehokkuutta tai vaikutuksia. Useat tutkimukset välittävät tietoa potilaan ohjauksen hyödyistä, mutta tarpeeksi tinkimättömästi ei keskitytä potilasohjauksen menetelmiin, jotka osoittaisivat ohjausintervention vaikutusta ja tehokkuutta (Johansson ym. 2005, Sherman ym. 2012.)

On suositeltavaa, että ohjaus annetaan kirjallisesti suullisen ohjauksen lisänä. Kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu (Langdon ym. 2002) parantavan potilasohjeiden muistamista. Potilaalle annettu ohjausmateriaali sekä ohjausprosessi kokonaisuudessaan on auttanut potilaita saavuttamaan suuremman varmuuden hoidostaan, mikä on voimaannuttanut valmistautumaan tekoniivelleikkaukseen (Spalding 2004). Kirjallisen ohjauksen lisänä käytetty suullinen systemaattinen käsitekarttamenetelmä on todettu olevan voimavaraistumista tukevaa ohjausta. Potilaat ovat kokeneet saavansa hoitoaan koskevissa asioissa tietämystä sekä varmuutta, mikä on vaikuttanut myös sairaalaan tullessa tulokeskusteluiden lyhenemiseen. (Johansson ym. 2006.)

Perinteinen ennen leikkausta sairaalassa tapahtuva ohjaus on osoittautunut hankalaksi potilaille ja heidän läheisilleen, jotka joutuvat matkustamaan liian pitkän matkan päästäkseen läsnäolevaksi ohjattavaksi. Internetin avulla toteutettu moniammatillinen, vuorovaikutteinen ohjausmenetelmä on osoittautunut tulokselliseksi pitkänmatkalaisille leikkausta odottaville potilaille. Ohjaus on leikattujen potilaiden kuvailemana ollut yhtä tyydyttävää kuin kasvoista kasvoihin saatu ohjaus. Lisäksi keskimääräinen sairaalassa oloaika oli lyhentynyt. (Thomas ym. 2004.)

Videoiden tai Internet -pohjaisten audiovisuaalisten menetelmien käyttö potilaan ohjauksessa on johtanut parempaan ymmärrykseen tulevasta leikkauksesta, vaikuttanut erittäin paljon potilastyytyväisyyteen (Gautschi ym. 2010, Heikkinen 2011) sekä parantanut jonkin verran leikkauksen tulosta (Tappen ym. 2003, McDonald ym. 2008) ortopedisissa leikkauksissa. Rintasyöpäpotilaiden ohjaukseen erikoistuneiden sairaanhoitajien kehittämä digitaalikuviasta muodostettu tietokoneohjelma ennen leikkausta auttoi realistisen tiedon saavuttamisessa leikkauksen jälkeisestä toipumisvaiheesta (Kydd ym. 2010).

Ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen annetut tiedolliset, kirjalliset ohjeet sekä käytännön harjoitusohjeistukset ovat vaikuttaneet ortopedisen toimenpiteen lopputulokseen, kuten potilaan kivun kokemiseen lievempänä (Wong 2010), potilaan tyytyväisyyteen, potilaan nopeampaan

kotiutukseen ja kävelykykyyn (Pour ym. 2007). Leikkaustekniikkana käytetty ns. mini-invasiivinen eli lyhyt leikkausviilto ei yllättävästi vaikuttanut ortopedisen hoidon lopputulokseen, vaan potilaan ja perheen ohjaus sekä nopeutetun kuntoutuksen tehokkaat harjoitusohjeistukset (Pour ym. 2007).

Kirjallisen ohjausmateriaalin lisäksi reumapotilaille ennen leikkausta (Johansson ym. 2008) annettu puhelinohjaus sekä kotiutuneille rintasyöpäleikatuille järjestetty puhelinohjaus ovat koettu voimavaraistavaksi tekijäksi (Sayin & Kanan 2010, Sherman ym. 2012). Useammalla menetelmällä annettu ohjaus on osoittautunut potilaalle vaikuttavammaksi kuin yhdellä menetelmällä toteutettu ohjaus. Tiedon välittäminen ja kokonaisvaltainen huomiointi yhdessä ovat edistäneet potilaan selviytymistä hoidoista ja toimenpiteistä paremmin. (Chamberlain ym. 2006, Johansson ym. 2008.)

Moniammatillisella potilasohjauksella on ollut positiivinen vaikutus tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen ja odotusten ymmärtämiseen. Moniammatillinen ohjaus on koostunut tavanomaisen ohjauksen lisäksi luennosta, jonka sisältöalueista ovat vastanneet sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja kotiutushoitaja (care coordinator). Ohjaus sisälsi kattavasti ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeisen hoidon sairaalassa ja jatkohoidossa sekä kotona tehtävät harjoitteet potilaille ja heidän läheisilleen. Moniammatillisesti toteutettua ohjausta saaneiden suoriutuminen leikkauksen jälkeisistä toiminnoista on ollut parempaa. (Thomas ym. 2008.) Ohjauksen toteutuksella potilaan kotona ei ollut vaikutusta sairaalassaoloaikaan tai siihen, että siirrettiinkö potilaat sairaalasta suoraan kotiin. (Rivard ym. 2003.)

2.2 Asiantuntijasairaanhoitaja

Ensimmäinen asiantuntijasairaanhoitajaa käsittelevä tutkimus julkaistiin 1980-luvulla Englannissa, jonka tarkoituksena oli tunnistaa kliinistä hoitotyötä tekevä asiantuntijasairaanhoitaja. Tutkimuksen selvityksen mukaan sairaanhoitajan tulee olla kokenut hoitaja, joka kehittyy jatkuvasti urallaan tullakseen asiantuntijasairaanhoitajaksi. (Castledine 1998a., Heikkinen 2003.)

Samalla vuosikymmenellä amerikkalainen Patricia Benner (1989) otti merkittävän askeleen käsitellessään hoitotyön asiantuntijaa käsitteellisesti, eikä häntä siten voida ohittaa sairaanhoitajien aloittelijasta asiantuntijaksi vaihemallin luoja. Hän sovelsi professorien Stuart ja Hubert Dreyfusin taitojenhankintamallia analysoidessaan sairaanhoitajien käytännön hoitotyössä tekemiä havaintoja. Benner esitti, että hoitotyön aloittelijoiden ja asiantuntijoiden toimintatavat eroavat toisistaan ja sairaanhoitajan asiantuntijaksi kehittyminen vaatii vahvaa teoreettista tietopohjaa sekä kokemuksellista suuntautumista. Vankka kokemus on hyvän teoreettisen tiedon omaamisen ohella

edellytys asiantuntijaksi kehittymisessä. Edetessään kliinisellä urallaan, sairaanhoitajat muuttavat muun muassa tiedollista orientoitumistaan. Sairaanhoitajalla on mahdollisuus halutessaan edetä aloittelijasta asiantuntijaksi ja kehittyä kokemuksiensa myötä tiedoissaan ja taidoissaan. Viisi etenevää vaihetta ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Alussa toimintaa ohjaavat abstraktit periaatteet ja toiminta on lähinnä joustamatonta ja rajoittunutta. Edistynyt aloittelija kykenee vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin. Pätevän osaajan tasolle on tyypillistä, että hän asettaa itse tavoitteita vastuullisesti ja tietoisesti. Kokemuksen lisääntyessä taitava hoitaja kykenee hahmottamaan kokonaisuuksia ja toimimaan aktiivisesti erilaisissa tilanteissa. Asiantuntijasairaanhoitaja puolestaan toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. (Benner 1989.)

Asiantuntijasairaanhoitajaa on kuvailtu sairaanhoitajaksi, jolla on erilaisia tehtäväkuvia; muun muassa tutkija, johtaja, ohjaaja sekä oman erikoisalansa kliinisen hoitotyön asiantuntija osoittaen korkeaa asiantuntijuutta sairaanhoidon erikoisalueilla (Gracey 2001, Pollard ym. 2010). Kokeneempi asiantuntijasairaanhoitaja voi ohjata kollegaa, jolla ei ehkä ole yhtä paljon taitoja ja kokemusta tietyillä ammattinsa osa-alueilla, esimerkiksi tieteellisten artikkelien julkaisemisessa. Kokemuksen ja tiedon puutteen vuoksi hänellä ei potilaan ohjaamiseen ole välttämättä tarvittavia valmiuksia tai taitoja (Fitzpatrick & Hyde 2006). Asiantuntijasairaanhoitajat voivat auttaa henkilöstöä selviytymään alan jatkuvasta muutoksesta. Näin ollen asiantuntijasairaanhoitajalla on tavanomaisesti kokemuksensa myötä erinomaiset keinot auttaa henkilöstöä toimimaan uusissa työtilanteissa. Työyhteisössä asiantuntijasairaanhoitaja voikin auttaa erilaisten tiimien jäseniä kehittämään taitojaan ja parantamaan tehokkuuttaan; hän on avainhenkilö henkilöstön kehittämisessä ja voi siten vaikuttaa merkittävästi terveydenhuoltoalaan. (Gracey 2001.)

Hoitajan laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvinä yläkäsitteinä englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään termejä ”advanced practice nurse”, ”advanced nursing” ja ”clinical nurse specialist”. Kansallisesti tunnustetut ja rekisteröidyt asiantuntijanimikkeet Nurse Practitioner (NP) ja Advanced Practiced Nurse (APN) omaavat hoitajat ovat usean kymmenen vuoden ajan edustaneet USA:n ja Kanadan asiantuntijasairaanhoitajia tietyillä määritetyillä erityistehtäväalueilla, jotka ovat hyvinkin monitahoisia erilaisine työrooleineen. (Liimatainen 2009, Pollard ym. 2010.) Nurse Practitioner (NP) ja Advanced Practiced Nurse (APN) sekä Nurse Consultant (NC) ja Clinical Nurse Specialist (CNS) voisivat lähinnä vastata suomalaista asiantuntijasairaanhoitajan ammattinimikettä toimiessaan edelläkävijöinä suomalaiselle asiantuntijasairaanhoitajan tai kliinisen asiantuntijahoitajan roolin kehittämiselle ja nimeämiselle. Maisteritasoiselta koulutus pohjaltaan

CNS:n roolina voi olla hoitotyön asiantuntija, tutkija, konsultti, kouluttaja ja johtaja, jonka tehtävänä on juurruttaa, kehittää ja arvioida ja siten viedä eteenpäin näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua, mistä hyötyvät potilaat, hoitotyö sinänsä sekä kyseinen terveydenhuollon organisaatio. Heidän tehtäväalueensa kuitenkin poikkeavat suomalaisessa hoitokulttuurissa esiintyvistä asiantuntijasairaanhoitajan toimenkuvista, eikä siten ole täysin peilattavissa keskenään, varsinkaan potilaan ohjaukseen liittyvissä tehtävissä. (Liimatainen 2009.)

Partanen (1990) esitti vaihtoehtoa sairaanhoitajien urakehitykselle Suomessa, jossa sairaanhoitajana kehittyminen määräytyy hoitotyön perustehtävästä ja ammatillisesta kasvusta aloittelijasta asiantuntijaksi. Lisäkoulutusvaatimukset täyttävä asiantuntijasairaanhoitaja toimii käytännön hoitotyön asiantuntijana ja uusien hoitotyön käytäntöjen välittäjänä. Toiminnallaan hän välittää kokemuksellista oppimista, kouluttaa ja konsultoi. Tärkein tehtävä hänellä on toimia potilaan edustajana hoitotyössä.

Pelttari (1997) ennakoii tutkimuksessaan suomalaisen sairaanhoitajan työn muuttumista yhteiskunnan muutoksista johtuen. Toimintaympäristö ja työajat muuttuvat sekä yhteistyö eri alojen asiantuntijoiden kanssa lisääntyy. Työn vaativuus, vaikuttamisen tarve ja mahdollisuudet lisääntyvät. Sairaanhoitajan työn laatuvaatimuksissa korostuvat lisäksi "ihminen ihmiselle" – vaatimukset. Sairaanhoitajina tarvitaan vuorovaikutusvalmiuksia, joissa keskeisenä nähdään empaattisuus, ystävällisyys sekä monien ongelmien kokonaisvaltaista ihmisen kohtaamis- ja auttamisvalmiuksia. Tarvitaan lisäksi kykyä toimia potilaan asianajajana. Työssä painottuvat nyt ja tulevaisuudessa muun muassa jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen ammatillisten asioiden suhteen sekä valmiuksia kehittämisen, tutkimus- ja tiedonhankkimiseen ja johtamiseen.

Vasta viime vuosikymmenellä suomalaiseen hoitokulttuuriimme on kehitelty erilaisia asiantuntijamalleja, jossa sairaanhoitajille on asetettu ammattiuralla etenemisen vaadittavat kriteerit muun muassa koulutuksen ja työkokemuksen suhteen. Liimatainen (2009) on esittänyt koulutuksen, johtamisen sekä tutkimuksen alueille suuntautuneita uusia terveydenhuoltoalalle kehitettyjä toimenkuvia asiantuntijasairaanhoitajan rooleiksi.

Asiantuntijasairaanhoitajan erilaisia osaamisen tasoja on kehitelty muun muassa Bennerin aloittelijasta asiantuntijaksi -mallin pohjalta niin sanotuksi Aura-malliksi, jossa asiantuntijasairaanhoitajalta edellytetään koulutusvaatimuksena vähintään yliopiston hoitotieteen opintoja sekä vankkaa kliinistä työkokemusta (Heikkinen 2003). Aura-mallissa asiantuntijasairaanhoitajien toimintaa on kuvattu neljän työroolin kautta, joissa kukin työskentelee

toimialojen tarpeiden mukaan. Työrooleiksi kuvattiin kliininen hoitotyö, kouluttaja, konsulttija sekä tutkija. (Heikkinen 2003, Salonen 2004.)

Nurse Practitioner- tasoisen (NP) mallin kehittäminen Suomeen on lähtenyt Kansallisen terveyshankkeen työnjakopilottien tuloksista sekä sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen pohjalta. Tulosten mukaan työjaon kehittäminen terveydenhuollossa on liittynyt yleisimmin sairaanhoitajavastaanottoihin erikoissairaanhoidon poliklinikoilla ja perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa. (Hopia ym. 2006.) Nurse Practitioner - koulutuksen saaneet laillistetut sairaanhoitajat diagnosoivat ja hoitavat sekä akuutteja että kroonisia sairauksia. Heillä on kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle ja he voivat työskennellä itsenäisesti tai lääkärin ohjauksessa. (The International Council of Nurses 2013.)

Korhonen ym. (2010) ovat viime vuosina perehtyneet asiantuntijuuteen ja näyttöön perustuvaan toimintaan sekä kehittäneet hoitotyön asiantuntija -toimintamallin, jossa kuvataan terveydenhuollon eri asiantuntijoiden vastuita ja rooleja Suomessa. Malli koostuu neljästä erilaisesta asiantuntijatasosta osaamisen ja painotuksen mukaisesti riippuen siitä, missä määrin kyseinen asiantuntija osallistuu välittömään potilaan hoitoon. Lähimpänä potilaan hoitamista painottuu kliinisen hoitamisen osaaminen. Etäämmällä ovat tutkimus-, teoria- ja kehittämisosaaminen. Hoitotyön asiantuntija – toimintamallin mukaan työntekijöiden erilainen osaaminen täydentää toisiaan. (Korhonen ym. 2010, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 ja 2012.) Asiantuntijan osaaminen nähdään laaditussa mallissa (Liite 1) Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan resurssina sekä johtamiselle että välittömässä hoitotyössä toimiville. Asiantuntijan toimintaan kuuluvat oppiminen ja taidot. Näiden avulla asiantuntija osaa yhdistää tietoa käytännön ongelmien ratkaisemiseen ja ammatilliseen kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Käytännöt tehtäväkuvan ja työn vaatimuksen sekä vaadittavan koulutuksen suhteen ovat vielä suhteellisen kirjavia eikä asiantuntijasairaanhoitajan ammattinimike ole täysin vakiintunut sairaaloissamme. Kuitenkin asiantuntijasairaanhoitajalta odotetaan taitoa, johon katsotaan sisältyvän vankka työkokemus, sekä tietoa, johon kuuluu asianmukainen koulutustausta (Heikkinen 2003). Yhteistä asiantuntijan määritelmässä on vaatimus tiedollisen ja käytännöllisen osaamisen integroinnista sekä asiantuntijan metakognitiivisten taitojen hyödyntämisestä tässä integraatiossa (Hakkarainen ym. 2002, Katajavuori 2005, Korhonen ym. 2012.) Haasteena on luotettavan tutkimustiedon tunnistaminen ja hyödyntäminen. Tämän vuoksi hoitotyöntekijöiden tulee seurata oman alansa tutkimuksia asiantuntijaosaamisensa säilyttämiseksi. Osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttää oman alansa kirjoittelun seuraamisen lisäksi pohdintaa sen suhteuttamisesta

oman yksikön käytäntöihin sekä osallistuvuutta toiminnan kehittämiseen. (Korhonen ym. 2010, Pölkki & Korhonen 2012.)

Tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoitajalla tarkoitetaan lisäkoulutettua sairaanhoitajaa, jonka toimenkuva on erikseen määritelty – toisin sanoen poikkeaa muiden sairaanhoitajien toimenkuvasta esimerkiksi siten, että siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa sekä tehostettua potilasohjausta. Tutkimuksessa keskitytään asiantuntijasairaanhoitajan toimintaan kirurgisen potilaan ohjaajana.

2.2.1 Asiantuntijasairaanhoitajan koulutus

Ensimmäinen kliininen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajan koulutus luotiin USA:ssa vuonna 1963. Koulutuksen tarkoituksena oli saada asiantuntijoita, jotka toimisivat resurssihenkilöinä tietoineen ja taitoineen muulle hoitohenkilökunnalle sekä laajentaisivat ja syventäisivät hoitotyön omaa aluettaan. Asiantuntijasairaanhoitaja oli yliopistokoulutettu sairaanhoitaja, jonka koulutuksen painopiste oli kliinisessä hoitotyössä. (Partanen 1990.)

Perinteisessä suomalaisessa hoitokulttuurissa sairaanhoitajan uralla etenemiseen on mahdollistanut yliopistossa suoritettujen sairaanhoitajan jatkokoulutukset johtamis- tai opetustehtäviin (Kuoppamäki 2008). Lisäksi yliopistoissa on järjestetty erikoistumisopintoja pitkäkestoisina täydennyskoulutuksina. Asetuksessa korkeakoulututkintojen järjestelmästä (464/1998) määritellään yliopistojen antamat erikoistumiskoulutukset. Niitä ovat tutkintojärjestelmää täydentävät, ammatillista kehittymistä edistävät opinnot, jotka ovat vähintään 30 opintopisteen laajuisina korkeakoulututkinnon suorittaneille tai muille riittävät opiskeluvalmiudet omaaville (Kuoppamäki 2008). Yliopistollisen täydennyskoulutuksen kysyntä on aiempien hiljaisempien vuosien jälkeen ollut taas kasvussa. Varsinkin korkeakoulutettujen osallistuminen lyhytkestoisiin täydennyskoulutuksiin on ollut laajaa. (Opetusministeriö 2004 ja 2008.)

Erikoissairaanhoitajan tutkintoon johtavaa koulutusta sairaanhoitajille on tarjonnut ammatillinen opistoaste 1990 -luvun puoleen väliin saakka. Sairaanhoitaja on voinut suorittaa erikoiskoulutuksen esimerkiksi kirurgian tai sisätautien erikoisalalle, jonka syntyyn ovat vaikuttaneet lääketieteellisen erikoisan tarpeet ja teknologia. Erikoiskoulutuksen lisäksi on pyritty kehittämään asiantuntijakoulutusta. Erikoiskoulutuksen ja asiantuntijakoulutuksen välillä onkin tärkeää tehdä ero. Asiantuntijakoulutusta ehdotettiin kehiteltäväksi sairaanhoitajan ammatillisen kasvun mahdollistamiseksi. Vastavalmistuneena sairaanhoitajana asiantuntijakoulutusta ei kuitenkaan tulisi

aloittaa, vaan nuori tarvitsee kokemusta käytännön hoitotyöstä. Terveysthuollon organisaatiot eivät luoneet kuitenkaan edellytyksiä kovinkaan halukkaasti asiantuntijasairaanhoitajana toimimiselle virkarakenteen hierarkian vuoksi eikä asiantuntijasairaanhoitajalla ole siten tunnustettua asemaa organisaatiossa. Toiseksi ongelmaksi todettiin, että systemaattinen asiantuntijakoulutus Suomesta puuttui vielä täysin. Uskottiin, että asiantuntijakoulutuksen avulla hoitotyön arvostus lisääntyisi sekä ammattikunnan sisällä että ulkopuolella. (Partanen 1990.)

Suomalainen ammatillinen koulutus koki merkittävän rakenteellisen muutoksen siirtyessään ammatillisesta opistoasteesta ammatilliseen korkea-asteeseen eli ammattikorkeakouluun (Saarikoski ym. 2009). Ensimmäiset vakinaiset ammattikorkeakoulut aloittivat toimintansa syksyllä 1996. Pilotointi oli aloitettu vuonna 1991. (Kuoppamäki 2008.) Muutos niin sanotusta opistokulttuurista ammattikorkeakoulukulttuuriin toi muutoksen sairaanhoitajan uralla etenemiseen. Ammattikorkeakoulutuksen myötä alettiin järjestää alueellisen kysynnän pohjalta ei-tutkintoon johtavia laajoja 30 - 60 opintopisteen täydennyskoulutusohjelmia - ammatillisia erikoistumisopintoja, jotka auttoivat sairaanhoitajia opintojen avulla kehittämään asiantuntijuuttaan, hoitotyötä ja itseään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Erikoistumisopintojen tehtävänä oli tarjota koulutusta, joka tukee yksilön urakehitystä ja tähtää asiantuntijatehtäviin (Kuoppamäki 2006). Erikoistumisopinnoissa orientaationa olivat usein eri sairaudet tai niihin liittyvä hoitaminen, esimerkiksi nivelrikko, verisuoni-, suolisto-, virtsatie- tai syöpäsairaudet sekä haavahoidot ja kivunhoito. Tavoitteena oli hoitotyöhön kokemusta kartuttaneiden sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen edelleen. Erikoistumisopintojen tarjoaminen on kuitenkin viime vuosina vähentynyt muuttuneen rahoitusmallin myötä ja muu ammattikorkeakoulujen tarjoama täydennyskoulutus on lisääntynyt ja mahdollisesti tulee korvaamaan erikoistumisopinnot tulevaisuudessa kokonaan. (Kuoppamäki 2008, Luukkainen & Uosukainen 2011.)

Erikoistumisopintoja tarvitaan ammattikorkeakoulutuksen rinnalla turvaamaan laaja-alainen ja uusiin haasteisiin vastaava erikoistumiskoulutus asiantuntijatehtäviin. Asiantuntijatehtäviin lisäkoulutetun sairaanhoitajan työsuhde ja ammattinimike lisäkoulutuksen myötä olivat yhden selvityksen mukaan pysyneet pääsääntöisesti samana kuin ennen koulutusta. Erikoistumisopinnot olivat sen sijaan vaikuttaneet työn sisältöön sekä työn parempaan hallintaan. Työhallinnalla tarkoitetaan sairaanhoitajan mahdollisuutta olla vaikuttamassa tiedoillaan, taidoillaan ja osaamisellaan oman työnsä sisältöön ja sen monipuolisuuteen. Organisaatioiden tulisi

systemaattisesti tukea sairaanhoitajien urakehitystä pitkäkestoilla täydennyskoulutuksilla kuten erikoistumisopinnoilla. (Kuoppamäki 2008.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994/15§) määrittää että terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Toiminnan onkin perustuttava parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon, mikä kuuluu hoitohenkilökunnan ammattieettisiin velvollisuuksiin. Koulutusta on myös pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Laki täydennyskoulutusvelvollisuudesta (559/1994/18§) määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa (Finlex 1994). Hoitotyön ammattilaisen velvollisuutena on seurata oman alansa kehitystä sekä olla tietoinen alan tutkimuksista ja hoitosuosituksista oman osaamisen ylläpitämiseksi. Tutkitun tiedon avulla voidaan edistää oman ja työyhteisön toiminnan kehittymistä. Tämän hetken ja lähitulevaisuuden haasteet liittyvät sekä kliniseen käytäntöön että terveydenhuollon koulutukseen näyttöön perustuvan toiminnan vahvistamiseksi. (Korhonen ym. 2012.)

2.2.2 Asiantuntijasairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto toiminta potilaan ohjaamisessa

Asiantuntijasairaanhoitajalla odotetaan olevan valmiuksia hoitotyön yksikössä potilaan ohjauksen koordinoimiseen (Meretoja 2002). Liimatainen (2009) on tutkimuksessaan todennut, että sairaanhoitajat ohjaavat potilaita enemmän kuin lääkärit ja potilaat ovat tyytyväisempiä sairaanhoitajien itsenäisesti pitämiin vastaanottoihin. Härkösen (2005) tutkimus osoitti samansuuntaisesti, että asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä erikoissairaanhoidossa toteuttaviin sairaanhoitajavastaanottoihin. Asiakkaat kokivat, että sairaanhoitajavastaanotto tehostaa toimintaa ja parantaa hoitoon pääsyä. Helle-Kuusjoen ym. (2006) kirjallisuuskatsauksen mukaan lääkäreiden mielestä sairaanhoitajavastaanotto toiminnan ohjaustyöt toimivat erinomaisesti. Asiantuntijasairaanhoitajat kuvasivat taidollista osaamistaan hyväksi ja sairaanhoitajavastaanotolla toimiminen nähtiin usein asiantuntijasairaanhoitajan vahvimpana osaamisalueena. Tiedollisen osaamisen koettiin olevan vankkaa, mutta tietojen päivittämisen tarvetta esiintyi.

Työnjakoa on uudelleenorganisoitu ja lisäkoulutetut sairaanhoitajat ovat aloittaneet suunnitellun, itsenäisen vastaanotto toiminnan, joka sisältää organisaatiokohtaisesti sovittuja toimenkuvia ja tarkkaan määriteltyjä työtehtäviä. Työnjaon uudelleenorganisointia on perusteltu hoidon sujuvuudella sekä henkilökunnan optimaalisella käytöllä. (Liimatainen 2009.) Työnjaolla tarkoitetaan koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään

tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta. Erityyppisten terveydenhuollossa toimivien asiantuntijoiden toiminta täydentää toisiaan, mistä hyötyy ennen kaikkea asiakas ja hänen läheisensä. (Vallimies-Patomäki ym. 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Pölkki & Korhonen 2012.)

Eniten erilaisia tehtäviä on siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille (Liimatainen 2009). Tehtäväsiirrot ovat lisäksi laskettu olevan yksi keino kustannustehokkuuteen terveydenhuollossa (Helle-Kuusjoki ym. 2006, Liimatainen 2009). Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan tietylle henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä toisten henkilöstöryhmien tehtäviin. Tehtäväkuvien laajentamisella puolestaan tarkoitetaan tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista. (Vallimies-Patomäki ym. 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Helle-Kuusjoki ym. (2006) selvityksen mukaan tehtäväsiirrot ja sairaanhoitajavastaanotto soveltuvat erikoissairaanhoidon poliklinikoille. Erilaiset tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille ja organisatoriset osaamiskeskittymät vaativat uudenlaista osaamista (Eriksson ym. 2013). Ne edellyttävät hoitotyöntekijöiden lisäkoulutusta. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) suosittelee, että laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvä koulutus on maisteritasoista. Suomessa lisäkoulutuksen mahdollistaa ylempi korkeakoulutustutkinto sekä yliopistossa että ammattikorkeakoulussa, ammatillisina erikoistumisopintoina ja täydennyskoulutuksina. (Hopia ym. 2006, Liimatainen 2009.)

Toimintapamuutosten myötä hoitajavastaanottotyössään sairaanhoitajat ovat kokeneet voivansa hoitaa potilasta kokonaisvaltaisemmin kuin perinteisessä polikliinisessä työssä, jossa sairaanhoitaja on toiminut lähinnä lääkärin avustajana. Potilaiden kohtaamiseen ja huomioimiseen sairaanhoitajan omalla vastaanotolla on ollut enemmän aikaa. Sairaanhoitajien mielestä tehtäväsiirrot ovat lisänneet hoidon laatua ja potilaskeskeisyyttä. Sairaanhoitajavastaanotolla työskentely on lisännyt myös sairaanhoitajien ammatillista voimaantumista. (Helle-Kuusjoki ym. 2006.)

Asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotot ovat osa potilaiden kokonaishoitoa. Näillä vastaanotoilla potilaan on mahdollista keskustella hoitajan kanssa sairaudestaan ja sen hoidosta, sekä saada ohjausta, tukea ja tietoa ratkaisuihinsa. Läheisten yksilöllinen tiedonsaanti mahdollistuu, kun he osallistuvat vastaanotoilla järjestettyihin ohjaustilanteisiin hoitohenkilökunnan huomioidessa läheiset osana potilaan hoitoa. Hyvä potilas-sairaanhoitaja -yhteistyösuhde edistää potilaan elämänlaatua. (Eloranta ym. 2010, Liimatainen 2011.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta. Asiantuntijasairaanhoidajalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lisäkoulutettua sairaanhoitajaa, jonka toimenkuva on erikseen määritelty – toisin sanoen poikkeaa muiden sairaanhoitajien toimenkuvasta esimerkiksi siten, että siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottoa toimintaa sekä tehostettua potilasohjausta. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon pohjalta suunnitella ja kehittää kirurgisen potilaan ohjausta.

Tutkimustehtävänä on:

1. Kuvata, mitä kirurgisen potilaan ohjaus on asiantuntijasairaanhoidajan kokemana.
2. Kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat kirurgisen potilaan ohjaukseen asiantuntijasairaanhoidajan kokemana.

4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄN VALINTA

Pro gradu -tutkielma toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa kuvataan kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen katsotaan soveltuvan tähän tutkimukseen, koska siinä pyritään ymmärtämään sekä kuvaamaan muun muassa sitä, mitä tai millainen jokin ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden ihmisten subjektiivisesta näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2009, 181).

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tai teoriaa, kun tutkimusaiheesta on vähän tai ei lainkaan tutkimustietoa (Öhman 2005, Kylmä & Juvakka 2007, Elo & Kyngäs 2008, Kylmä 2008, 109). Laadullisen tutkimuksen valintaan vaikuttivat tutkimuksen tarkoitus ja aiemman asiantuntijasairaanhoidajien potilasohjauksesta kuvailevan tutkimuksen puuttuminen. Tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ei tässä laajuudessa ole aikaisempaa tutkimustietoa.

4.1 Aineiston keruu

Tutkimukseen pyydettiin osallistumaan yhden yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (ERVA) kirurgisen potilaan ohjaustyössä ja itsenäisillä vastaanotoillaan toimivia asiantuntijasairaanhoidajia (n=16). Tiedonantajat valittiin harkinnanvaraisesti. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän ja pyrkimyksenä on saada tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä mahdollisimman kattava kuva. Tässä tutkimuksessa aineiston keruun suhteen edettiin siten, että tutkimukseen osallistujien määrää lisättiin vähittäin tarpeen mukaan. Analyysin tulosten perusteella päätettiin lisätutkittavien tarpeesta. Tutkimukseen osallistuvien valinnassa on kiinnitettävä huomiota siihen, että osallistujilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, he tietävät kyseisestä ilmiöstä paljon sekä ovat halukkaita kuvailemaan kokemuksiaan. Näin päästään lähemmäksi kunkin asianosaisen ilmiölle antamia merkityksiä. (Parahoo 2006, 63, Kylmä & Juvakka 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Perttula 2009, 137.) Kohderyhmän valintaan vaikutti tutkimukseen osallistuvien asiantuntijuus potilaan ohjauksesta, tietämisen subjektiivisuus, jossa kertojana on merkityksiä antava asiantuntijasairaanhoidaja.

Laadullisen tutkimuksen myötä ovat yleistyneet sellaiset tiedonkeruumenetelmät, joissa pyritään ymmärtämään toimijoita heidän itsensä tuottamien kirjoitusten ja kertomusten avulla (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi ym. 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimusaineistona käytettävää kirjallista materiaalia voivat olla muun muassa tutkittavien kirjoittamat päiväkirjat,

kirjeet, esseet ja muistelmat (Kyngäs & Vanhanen 1999, Nieminen 2006, 19, Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajarvi 2009, 84). Tähän tutkimukseen aineistoa kerättiin asiantuntijasairaanhoitajien laatimien kirjoitelmien, esseiden avulla. Laatimaansa kirjoitukseen osallistujia pyydettiin kertomaan tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman kattavasti. Suunniteltaessa esseitä aineistonkeruun menetelmäksi oli tutkijalla tiedossa menetelmään liittyvä ongelma – mahdollinen aineiston niukkuus ja mahdottomuus tarkentaa kirjoitelmista esiin tulleita seikkoja esimerkiksi lisäkysymyksin (Nieminen 2006, 218).

Tutkimuslupa haettiin kyseisten yksiköiden esimiehiltä ja johtoryhmistä. Yksiköiden esimiehiin, osastonhoitajiin ja ylihoitajiin oltiin yhteydessä puhelimitse sekä sähköpostitse asiantuntijasairaanhoitajien kartoittamiseksi kyseisen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelta. Kunkin yksikön esimiehiltä kysyttiin alustavasti halukkuutta yhteistyöhön mahdollisen tutkimuksen toteutuessa heidän toimialueellaan. Vapaaehtoiset asiantuntijasairaanhoitajat valikoituivat tutkimukseen heidän esimiestensä avulla. Osallistumisen kriteerinä oli aikaisemmin sairaanhoitajana hoitotyössä toimimisen lisäksi vähintään yhden vuoden työkokemus asiantuntijasairaanhoitajan tehtävistä sekä itsenäisen vastaanotto toiminnan toteuttamisesta.

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen tutkimukseen osallistujille toimitettiin kirjallinen tiedote (Liite 2) kyseessä olevasta tutkimuksesta ja kirjoitusohje (Liite 3) sekä kysyttiin vastaajien suostumus osallistua tutkimukseen. Tutkittavia pyydettiin allekirjoittamaan tietoinen suostumus (Liite 4) tutkimukseen osallistumisensa hyväksymisestä. Kirjoitelma toivottiin lähetettävän tutkijalle toukokuun ja kesäkuun 2012 aikana.

Esseen kirjoittamiseksi kaikkia osallistujia ohjeistettiin kirjallisesti. Lisäksi osallistujat saivat suullisen ohjeistuksen joko puhelimitse tutkijan toimesta tai heidän esimiestensä toimesta, mikäli tutkimuksen kirjallinen materiaali toimitettiin tutkimukseen osallistujille esimiesten avulla. Tiedotteessa pyydettiin osallistujia laatimaan omin sanoin kirjoitelma aihealueesta 'Potilasohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana'. Kirjoitusohjeeseen laadittiin muutamia esimerkkilauseita, joita kirjoittajan oli mahdollisuus käyttää kirjoituksensa avuksi. Näin menetellen pyrittiin helpottamaan kirjoitelman laatimista. Ennen varsinaisen kirjoitelma-aineiston keruuta testattiin kirjoitusohjeessa esitettyjen esimerkkilauseiden toimivuutta kahden sairaanhoitajan toimesta. Heidän palautteensa pohjalta esimerkkilauseet vaikuttivat toimivilta. Kuitenkin esimerkkilauseisiin tehtiin joitakin tarkennuksia ja päällekkäisyyksiä karsittiin.

Tutkimukseen osallistuvia pyydettiin lähettämään laatimansa kirjoitukset ensisijaisesti liitetiedostona sähköpostin välityksellä tutkijalle kirjoituspyynnössä esitetyn ajan kuluessa. Aineiston keruussa voidaan käyttää apuna viestintäteknikkaa, jossa osallistujia pyydetään lähettämään kirjoitettuja aineistoja sähköpostin välityksellä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Esseet oli mahdollista palauttaa myös postitse tutkijan esittämään osoitteeseen. Esseitä palautettiin sekä sähköpostin liitteenä että maapostin välityksellä.

Tutkimukseen lupautui alustavasti 16 osallistujaa. Sovittuun aikaan mennessä palautui kuitenkin vain 11 kirjoitelmaa. Aineiston täydentämiseksi ja saturaation varmistamiseksi kirjoitelma-aineistoa saatiin täydennetyksi viidellä asiantuntijasairaanhoidajan essee-kirjoitelmalla tiedustelemalla lisää tutkimukseen osallistuvia kyseessä olevan erityisvastuualueen sairaaloista. Aineistoa täydentävät kirjoitelmat palautuivat tutkijalle lokakuun alkuun mennessä vuonna 2012.

4.2 Aineiston analyysi

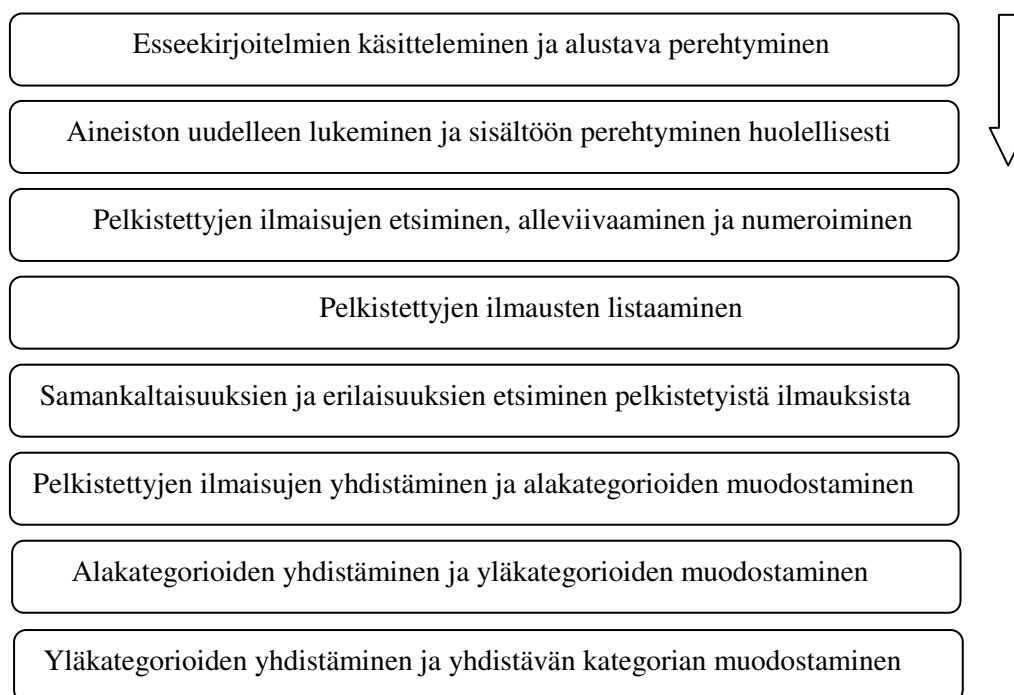
Tämän tutkielman aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisellä laadullisella eli induktiivisella sisällönanalyysillä, joka määräytyi aiemmassa kappaleessa esitettyjen tutkimustehtävien mukaisesti. Asiantuntijasairaanhoidajien kokemukset kirurgisen potilaan ohjaamisessa ovat jääneet vaille huomiota hoitotieteen tutkimuksissa, mikä puoltaa aineiston analyysimenetelmän valintaa. Keskeistä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113, Tuomi & Sarajärvi 2009, Kyngäs 2011.) Induktiivisessa analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoria ohjaa analyysin etenemistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Aineistolähtöisen analyysin vaikeutena nähdäänkin analyysin eteneminen aineiston ehdolla eikä tutkijan ennakkokäsitysten perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tässä tutkimuksessa tutkijan esiymmärryksen muodosti aikaisempi omakohtainen asiantuntijasairaanhoidajana toimimisen kokemus potilaan ohjaajana ja itsenäisen vastaanottoiminnan toteuttajana. Siirtyminen toisiin tehtäviin viimeisten kolmen vuoden ajaksi toi jonkin verran etäännyttä aihepiiriin. Henkilökohtainen kokemus kuitenkin vaikutti tutkimuksellisen mielenkiinnon syntymiseen, mutta tutkijana se edellytti omien muodostuneiden käsitysten myötä aihepiiriin syntyneiden merkityssuhteiden siirtämistä syrjään tutkimuksen toteuttamisen ajaksi. Tutkijan tulee kontrolloida, että induktiivisen analyysin vaiheissa analyysi tapahtuu tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan ennakkokäsitysten saattamana. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Aihepiirin esiymmärrys on tutkimuksen analysoinnin vaiheissa toiminut hyvänä perustana,

joka auttoi tutkijaa ymmärtämään tiedonantajien asioille antamia merkityksiä. (Perttula 2009, 145, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Sisällönanalyysin avulla tutkimusaineistoa ja tutkittavaa ilmiötä voidaan järjestää ja kuvailla systemaattisesti ja tuottaa siten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2006). Sen avulla voidaan kerätty tietoaineisto tiivistää siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla ja tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille. (Hyvönen 2004, Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, Kyngäs 2011.)

Sisällönanalyysi aloitettiin aineiston kokonaisuuden hahmottamisesta ja tulkinnasta, joka etenee prosessina kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä verraten koko ajan alkuperäiseen aineistoon. Aineistolähtöisessä laadullisessa sisällönanalyysissä on karkeasti erotettavissa kolme prosessinomaista vaihetta: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tarkempi analyysin vaiheittainen eteneminen esitetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Aineiston sisällönanalyysin vaiheittainen eteneminen (Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009).

Aineistoon tutustuminen alkoi aineiston keräämisen vaiheessa. Sähköpostitse saapuneet esseekirjoitelmat kopioitiin tutkijan omaan tekstinkäsittelyohjelmaan ja postitse lähetetyt kirjoitelmat tutkija kirjoitti aineiston yhtenäisen käsittelyn helpottamiseksi samaan tiedostoon.

Sisällönanalyysin vaiheet aineistoon syvällisen perehtymisen ja kokonaiskuvan saamisen jälkeen olivat analyysiyksikön eli lauseen, lauseen osan tai ajatuksen valinta kirjoitelmien tekstikokonaisuuksista (Tuomi & Sarajärvi 2009). Analyysiyksikkönä tässä tutkimuksessa toimi tutkimukseen osallistujan sellainen ilmaus, joka sisälsi tutkimuskysymykseen vastaavan sisällöllisesti mielekkään asiakokonaisuuden. Ilmaus koostui ajatuskokonaisuudesta, osittaisesta tai kokonaisesta lauseesta, koska yksittäinen sana tai sanapari analyysiyksikkönä olisi saattanut pirstaloita aineistoa liikaa. Alkuperäisaineistosta alleviivauksia, rivinumerointia ja eri värejä käyttämällä etsittiin niitä ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimustehtävien mukaisiin kysymyksiin. Asiantuntijasairaanhoidtajista käytettiin kirjainlyhennelmää (ash) ja kukin tutkimukseen osallistunut kirjoittaja numeroitiin kronologisesti kirjoitusten saapumisjärjestyksessä rivinumeroimisen lisäksi (esim. ash1r3). Tällä tavoin meneteltynä mahdollistui alkuperäistekstiin palaaminen joustavasti analyysin edetessä vaihe vaiheelta. (Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009.) Alkuperäisilmaisuja kertyi kaikkiaan 382.

Alkuperäisilmaisuista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Aineiston pelkistämisessä ilmaisu nimettiin aineistoon sopivin termein. Ilmaisujen alkuperäiset termit pyrittiin säilyttämään pelkistämisessä, sen mahdollisimman tarkan alkuperäismerkityksen sisältymisen ja olennaisen sisällön säilymiseksi. (Taulukko 1). Samaa asiaa kuvaavat ilmaisut ryhmiteltiin ja yhdisteltiin kategorioiksi abstrahoiden (Taulukko 2) eli käsitteellistäen aineistoa. Alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävän kategorian avulla vastattiin tutkimuskysymyksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Taulukko 1. Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä ja alakategorian nimeämisestä (ryhmiteltynä).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
<i>".. valmiudet potilaan ohjaajana .. hyvät, kun.. sairaalassa sisäisesti perehdytetty työtehtäväänsä"</i>	valmiudet potilaan ohjaajaksi hyvät sairaalan sisäisellä perehdytyksellä	sisäinen perehdytys toimipaikasta vaadittavaan tehtävään
<i>"..saanut tehtävään vaadittavan toimipaikkakoulutuksen talon lääkäreiltä"</i>	tehtävään vaadittava toimipaikka koulutus lääkäreiltä	
<i>"..saanut työpaikkakoulutusta ja lääkäreiltä ohjeet asioista, joita vastaanotolla käsitellään"</i>	työpaikkakoulutusta ja lääkäreiltä ohjeet vastaanotolla käsiteltävistä asioista	
<i>"..tarkasti määriteltiin tehtävänsiirrot lääkäriltä hoitajalle"</i>	määritellyt tehtävänsiirrot lääkäriltä hoitajalle	määritellyt tehtävänsiirrot lääkäreiltä
<i>"Tehtävien siirtojen myötä on tullut lääkäreiltä ohjeita ohjauksen sisällöstä"</i>	tehtävien siirtojen myötä lääkäreiltä ohjeita ohjauksen sisällöstä	asiantuntija-sairaanhoidajalle
<i>"Tehtävän siirtona on siirtynyt potilaita ja töitä lääkäriltä"</i>	tehtävän siirtona potilaita ja töitä lääkäriltä	
<i>"..lääkäreiltä on siirretty paljon polikäyntejä asiantuntijahoitajille"</i>	lääkäreiltä polikäyntejä asiantuntijahoitajille	

Taulukko 2. Esimerkki aineiston abstrahoinnista ohjauksen hallintaan vaikuttavissa tekijöissä

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
sisäinen perehdytys toimipaikasta vaadittavaan tehtävään	organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet potilaan ohjauksen turvaamiseksi	Ohjauksen hallinnan osa-alue
määritellyt tehtävänsiirrot lääkäreiltä asiantuntijasairaanhoidajalle		
määritellyt ohjaukseen kuuluvat muut tehtävät sisältöineen		
määritellyt ohjauksen menetelmät		

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkittavien taustatiedot

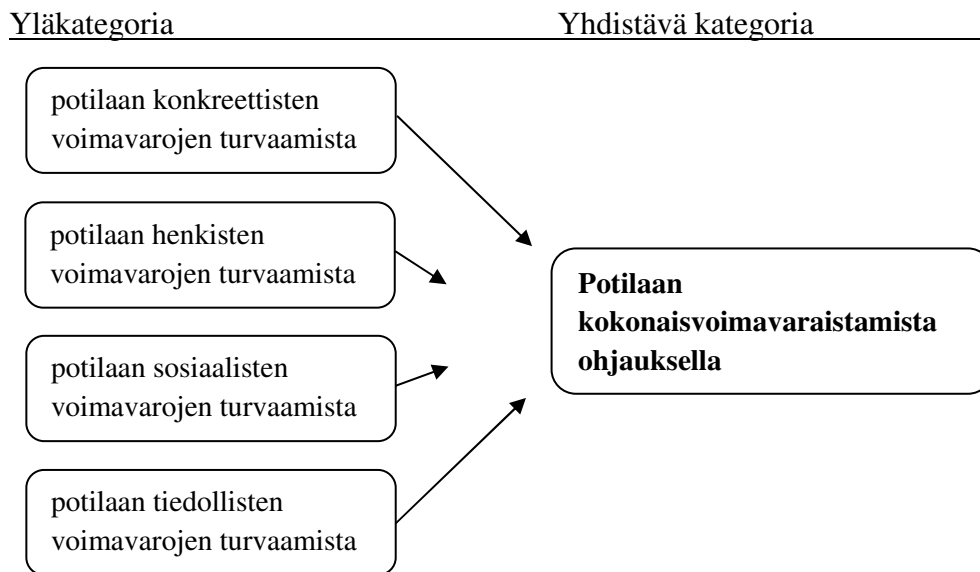
Tutkimukseen osallistui 16 asiantuntijasairaanhoitajaa. Jokainen oli kyseiseen tehtäväänsä lisäkoulutettu ja heidän toimenkuvansa oli erikseen määritelty esimerkiksi siten, että siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa sekä tehostettua potilaan ohjausta. Lisäkoulutusta oli hankittu erillisistä kyseisiin toimenkuviin ja tehtäviin rakennetuista kursseista ja täydennyskoulutuksista sekä ammattikorkeakoulujen järjestämistä erikoistumisopinnoista. Useilla oli taustalla sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi sisätautien tai kirurgisen tai molempien erikoissairaanhoitajan tutkinnot ja erillisiä appro - ja cum laude - sekä maisteritason yliopisto-opintoja hoito-, hallinto- tai kansanterveystieteistä.

Kaikki ilmoittivat ohjanneensa potilaita ja heidän läheisiään 10 – 32 vuotta. Useimmat tutkimukseen osallistuvista toimivat tehtävässään kokopäiväisenä ja muutama ilmoittivat toimivansa osa-aikaisena asiantuntijasairaanhoitajan tehtävissä osastolla tapahtuvan hoitotyön ohella. Asiantuntijasairaanhoitajan tehtävissä potilaan ohjaajana ja itsenäisesti vastaanottotoiminnasta vastaavana lisäkoulutetut sairaanhoitajat olivat toimineet 1 – 11 vuotta.

Ammattinimikkeet muodostuivat kouluttautumisen tai tehtävän mukaisesti esimerkiksi endoproteesihoitaja, haavahoitaja tai uroterapeutti. Nimikkeenä käytettiin myös asiantuntijasairaanhoitajaa, erityissairaanhoitajaa tai asiantuntijahoitajaa. Jokaisen tutkimukseen osallistujan toimenkuvaan oli kuulunut ns. sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa sekä tehostettua potilasohjausta. Itsenäisesti toteutettava vastaanottotoiminta sijoittui kirurgisen tai operatiivisen toiminta-alueen osastojen yhteyteen tai poliklinikoille, joissa potilaita hoidetaan hoitoprosessin eri vaiheissa ennen tai jälkeen leikkauksen tai sairauden eri vaiheissa. Asiantuntijasairaanhoitajat kirjoittivat monipuolisesti ja rikkaasti asiantuntijasairaanhoitajana potilaan ohjauksessa toimimisen kokemuksistaan. Kirjoituksissaan he käyttivät itsestään nimityksiä ”asiantuntijasairaanhoitaja”, ”asiantuntija”, ”sairaanhoitaja” tai pelkistetysti ”hoitaja”, joka tulee huomioida siteerauksia luettaessa. Käyttäessään varsinaista erikoisalaansa liittyvää nimikettään, on tutkija jättänyt sen tarkoituksella vastaajien siteerauksista pois henkilön mahdollisen tunnistettavuuden minimoimiseksi.

5.2 Kirurgisen potilaan ohjaus

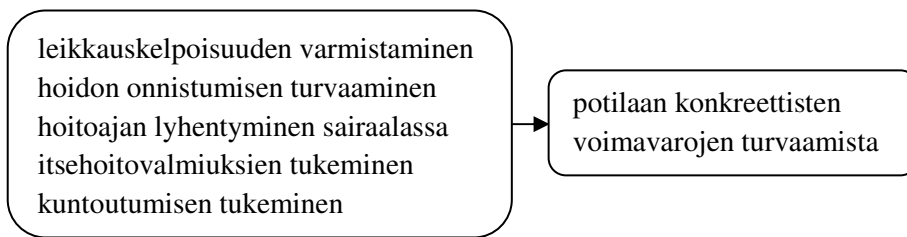
Asiantuntijasairaanhoidajien kuvaamat ilmaukset kirurgisen potilaan ohjauksesta tiivistyivät heidän kokemukseensa potilaan kokonaisvaltaisesta voimavaraistamisesta. (Kuvio 2). Potilaan kokonaisvoimavaraistaminen koostui potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaamisesta. Yhteenveto aineistosta muodostetuista alakategorioista, yläkategorioista sekä yhdistävästä kategoriasta on esitetty tutkimuksen liitteenä (liite 5).



Kuvio 2. Potilaan kokonaisvoimavaraistaminen ohjauksella asiantuntijasairaanhoidajien kokemana

5.2.1 Potilaan konkreettisten voimavarojen turvaaminen

Tutkimukseen osallistuneet asiantuntijasairaanhoidajat kuvasivat ohjauksen avulla pyrkivänsä turvaamaan kirurgisen potilaan konkreettisiä voimavaroja. Tässä tutkimuksessa kokonaisvoimavaraistamisen osa-alue *konkreettisten voimavarojen turvaaminen* kuvaantui leikkaukseen valmistamisesta, hoidon onnistumisen turvaamisesta, sairaalassa vietetyn hoitoajan lyhentymisestä, itsehoitovalmiuksien tukemisesta sekä kuntoutumisen tukemisestä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Potilaan konkreettisten voimavarojen turvaaminen

Leikkauskelpoisuuden varmistaminen ilmeni asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksissa potilaan leikkaukseen valmistamisena ja leikkauskelpoisuuden parantamisena ohjauksella siten, että leikkaus voidaan potilaalle suorittaa. Leikkauskelpoisuuden arviointiin perustuva ohjaus nähtiin olennaisena osana asiantuntijasairaanhoitajan työtä. Asiantuntijasairaanhoitajan toteuttaman ohjauksen tuli olla mahdollisimman perusteellinen edessä olevaa leikkausta ajatellen.

”Ohjauksen jälkeen potilaat ovat valmiimpia tulemaan leikkaukseen suoraan kotoa leikkauspäivän aamuna... Hyvä, kattava ohjaus parantaa potilaan leikkauskelpoisuutta...” (ash1)

Hoidon onnistumisen turvaaminen sisälsi vastaajien kuvauksia pyrkimyksistä hyvään hoitotavoitteeseen ja potilaan paranemisprosessiin asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamalla ohjauksella. Potilaan ohjauksen yhtenä selkeänä tavoitteena pidettiin hoitoprosessin sujuvuutta ja sitä, että potilas selviäisi asiantuntijasairaanhoitajan ohjauksen avulla koko hoitojaksosta hyvin. Vastaajien mukaan ilman ohjausta jääneiden potilaiden leikkaukset eivät ole välttämättä onnistuneet toivotulla tavalla.

”Etukäteen hyvin ohjattu potilas selviytyy tulevasta hoitojaksosta huomattavasti paremmin, kuin jos ohjausta... ei ole annettu jostain syystä, esim. päivystysleikkaus.” (ash7)

Hoitoajan lyhentyminen sairaalassa oli perusteellisen ohjauksen tuloksena tavoiteltavaa sekä odotettavissa oleva seikka. Potilaiden ohjauksen laadulla nähtiin olevan selkeästi hyötyä potilaalle ja vaikuttavan hoitoajan pituuteen.

”Potilaat hyötävät valtavasti asiantuntijahoitajan ohjauksesta... Meillä on huomattu, että hyvä preoperatiivinen potilasohjaus lyhentää hoitoaikoja sairaalassa,.. (ash14)

Itsehoitovalmiuksien tukeminen sisälsi kuvauksia siitä, miten asiantuntijasairaanhoitaja pyrki ohjauksella avaamaan käsityksiä potilaan omaan hoitoonsa osallistumisen merkityksestä hoitoprosessissa ja kuntoutumisessa. Ohjauksella pyrittiin vahvistamaan potilaan asennetta omaan itsehoitoonsa aktiivisena vaikuttajana.

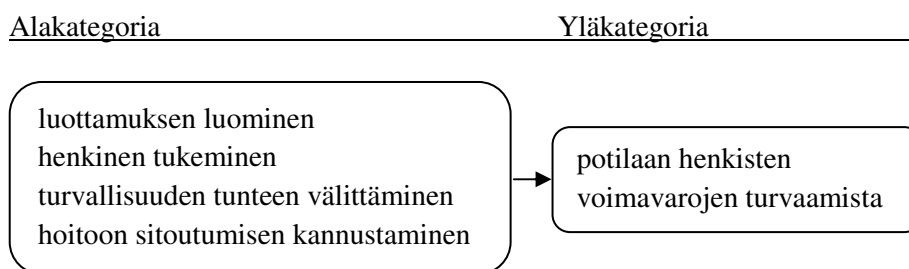
”On tärkeää saada potilas ymmärtämään oma osuutensa kuntoutumisprosessissaan. Potilaasta on tullut vuosien saatossa oma aktiivinen kuntoutuja passiivisen kohteen sijaan. Emme voi ketään kuntouttaa toisen puolesta.” (ash6)

”Kattava, laadullinen ohjaus on avain itsehoitovalmiuksiin ja elämänlaatuun kotioloissa”. (ash16)

Kuntoutumisen tukemiseen tähtävällä ohjauksella oli pyrkimys turvata potilaan sairaalajakson aikainen sekä kotiutumisen jälkeen tapahtuva kuntoutuminen. Laadukkaalla ohjauksella kuvattiin olevan vaikuttava merkitys potilaan hyvinvointiin.

5.2.2 Potilaan henkisten voimavarojen turvaaminen

Asiantuntijasairaanhoidajat kuvasivat tässä tutkimuksessa potilaan kokonaisvoimavaraistamiseen ohjauksella kuuluvaksi henkisten voimavarojen turvaamisen osa-alueen. *Henkisten voimavarojen tukemisen turvaaminen* ilmeni luottamuksen luomisena, henkisenä tukemisena, turvallisuuden tunteen välittämisenä ja hoitoon sitoutumisen kannustamisena. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Potilaan henkisten voimavarojen turvaaminen

Luottamuksen luominen oli kuvausten perusteella tärkeä pyrkimys asiantuntijasairaanhoidajan ohjauksessa. Luottamuksellisen suhteen luominen oli tutkimukseen vastaajien mukaan synnyttänyt potilaassa luottamusta tulevaan hoitoonsa.

”Asiantuntijahoitajana koen osaavani vastata potilaiden kysymyksiin paremmin kuin sairaanhoitajana ohjaustilanteissa, koska olen perehtynyt syvällisemmin potilaan hoitopolkuun. Tiedän mitä tapahtuu missäkin hoidon vaiheessa. Uskon tämän lisäävän potilaan luottamusta hoitoonsa.” (ash6)

Luottamuksen luomista lisäsi asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuus, potilaan huomioiminen, kiireettömyys ja rauhallisuus. Asiantuntijasairaanhoidajan tuli olla aidosti läsnä potilasta ohjattaessa.

”Potilaiden ja omaisten luottamus on hyvä asiantuntijan ohjaukseen lähes poikkeuksetta... Luottamusta mielestäni herättää läsnäolo ja potilaan huomioiminen yksilönä”. (ash10)

Henkinen tukeminen korostui asiantuntijasairaanhoidajan työssä. Itsenäisellä vastaanotolla ohjaustilanteissa potilaan henkiseen tukemiseen koettiin olevan myös mahdollisuuksia. Vastaajien mukaan henkinen tukeminen oli lohduttamista, toivon ylläpitämistä, tuen tarjoamista sekä tiedon jakamisen myötä ohjattavan rauhoittamista. Henkisen tukemisen kerrottiin olevan osa asiantuntijasairaanhoidajan antamaa hoitoa.

”Asiantuntijasairaanhoidaja on joskus se ainut henkilö, jolle voi ”purkautua”. (ash6)

Turvallisuuden tunteen välittäminen potilaalle ohjauksen avulla oli vastaajien kertomana ensiarvoisen tärkeää. Leikkauksesta tai sairaudesta johtuvat pelot pyrittiin poistamaan sekä erilaiset ennakkoluulot karsimaan. Ohjauksessa koettiin tärkeänä huomioida lisäksi potilaan kotiutumisvaiheen turvallisuus. Turvallinen kotiutus pyrittiin saamaan aikaan perusteellisella ohjauksella. Turvallisuuden tunnetta lisäsi aiemmilta ohjauksen käynneltä tutuksi tulleen asiantuntijasairaanhoidajan tapaaminen.

”Ohjaus ennen leikkausta / toimenpidettä poistaa potilaalta / omaiselta pelkoa, ennakkoluuloja.” (ash7)

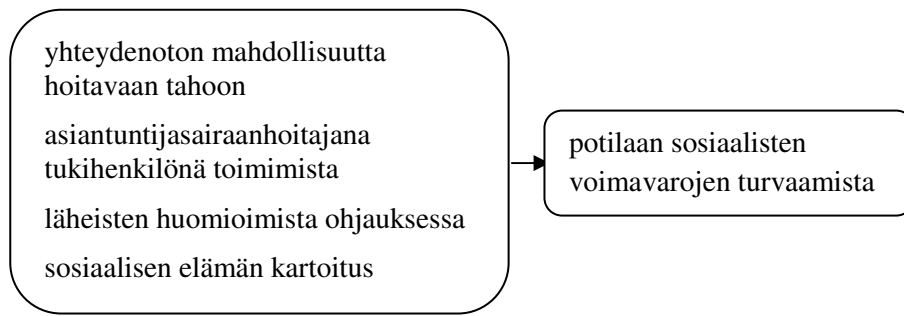
”...hyvä preoperatiivinen potilasohjaus..., potilaat kotiutuu turvallisemmalla mielellä.” (ash14)

Hoitoon sitoutumisen kannustaminen sisälsi ilmaisia saada potilas motivoitumaan omaan hoitoonsa ohjauksen avulla. Potilaan ymmärrys hoitoonsa sitoutumisesta vaati asiantuntijasairaanhoidajalta potilaan oman näkemyksen selvittämistä ja sen pohjalta hoitoon sitoutumiseen kannustamista hoidon onnistumiseksi.

”Mielestäni olennaisinta ohjaamisessa on saada potilas ymmärtämään miksi jotain tarvitsee tehdä ja motivoitumaan asioiden tekemiseen, vaikka ne joskus työläitä olisivatkin.” (ash3)

5.2.3 Potilaan sosiaalisten voimavarojen turvaaminen

Kirurgisen potilaan ohjauksessa yhdeksi kokonaisvoimavaraistamisen osa-alueeksi ilmeni *sosiaalisten voimavarojen turvaaminen*. Tämä osa-alue sisälsi yhteydenoton mahdollisuuden hoitavaan tahoon, asiantuntijasairaanhoidajan toimimisen yhteyshenkilönä, läheisten huomioimisen ohjauksessa ja sosiaalisen elämän kartoituksen. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Potilaan sosiaalisten voimavarojen turvaaminen

Yhteydenoton mahdollisuudesta hoitavaan tahoon annettiin tietoutta asiantuntijasairaanhoidajan toimesta potilaan hoitojen tai jatkohoidon turvaamiseksi. Yhteydenotto potilaille ja/tai hänen läheiselleen mahdollistettiin sekä puhelimitse että tarvittaessa uudella vastaanottokäynnillä.

”Myös potilas ja omainen saa tietoa, että jos ei kotona pärjää voi aina tulla polille näyttille, uuteen ohjaukseen...” (ash7)

”Hyvin usein jo puhelinkeskustelu auttaa potilasta, he saavat neuvoja ja ohjeita ja joskus vain että joku kuunteli heitä.” (ash10)

Asiantuntijasairaanhoidajana tukihenkilönä toimiminen nähtiin tärkeänä valmiutena antaa aikaa potilaalle sovittujen ohjausaikojen lisäksi. Asiantuntijasairaanhoidajat kokivat tärkeäksi, että ohjattavat saivat tietää asiantuntijasairaanhoidajan roolista toimia yhteyshenkilönä sairaalassa. Vastaajat kokivat olevansa hyödyksi, kun he olivat potilaiden tai heidän läheistensä tavoitettavissa silloin, kun heillä oli siihen tarvetta.

”Pidän tärkeänä, että potilaat tietävät, että he voivat ottaa aina yhteyttä tänne poliklinikalle asiantuntijasairaanhoidajaan ongelmissaan.” (ash3)

”..asiantuntijasairaanhoidaja menee potilaan kotiin antamaan ohjausta, koskaan ei jätetä yksin.” (ash7)

Läheisten huomioiminen ohjauksessa ilmeni asiantuntijasairaanhoidajien kuvauksissa ottaa läheiset mukaan aktiivisina osallistujina ohjaustilanteisiin. Vastaajat kertoivat, että potilas voimavaraistui saadessaan ohjaustilanteissa jakaa leikkauksesta tai sairaudesta saamaansa tietoa ja siitä mahdollisesti aiheutuvaa taakkaa läheisensä kanssa. Potilaat saivat tukea läheisiltään myös kotona toteutettaviin hoitoihin sekä kuntoutumiseensa. Huomioiden läheinen ohjauksessa potilaan vastuu itsestään ja tilanteestaan jakautui toisen vastuunkantajan kanssa. Asiantuntijasairaanhoidajat ilmaisivat läheisten toimivan potilaiden tukihenkilöinä.

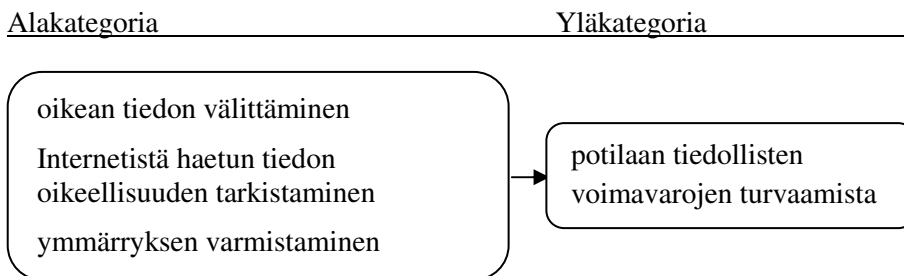
”Potilaan omaiset on aina huomioitava ohjauksessa... läheisen rooli tukihenkilönä korostuu. Potilas voi tavallaan jakaa vastuuta ja leikkauksesta aiheutuvaa stressiä läheistensä kanssa... Tärkeintä olisi saada aikaan luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri, että läheisetkin voisivat kokea saaneensa keskustella ja pohtia mieltänsä askarruttavia kysymyksiä yhdessä at-hoitajan kanssa.” (ash11)

”Läheiset ovat merkittävä osa asiantuntijasairaanhoidajan ohjaustyössä. Hyvin usein vastaanotolle tullaan läheisen kanssa. Tämä on hyvä asia, koska potilaat ovat usein vanhoja ja kotona pärjääminen perustuu läheisen apuun.” (ash3)

Sosiaalisen elämän kartoitus sisälsi asiantuntijasairaanhoidajien ohjauksessa käytäviä asioita, jotka vaikuttivat asiakkaan elämänlaatuun tässä sairauden ja elämän tilanteessa. He keskustelivat harrastuksista, työstä, seksuaalisuudesta sekä muusta sosiaalisesta elämästä, jotka mahdollisesti olivat vaikuttamassa myös jatkossa potilaan elämään ja valintoihin.

5.2.4 Potilaan tiedollisten voimavarojen turvaaminen

Asiantuntijasairaanhoidajat kuvasivat ohjauksen avulla pyrkivänsä turvaamaan kirurgisen potilaan tiedollisia voimavaroja. *Tiedollisten voimavarojen turvaamisen* osa-alue sisälsi ilmaisia oikean tiedon välittämistä, Internetistä haetun tiedon oikeellisuuden tarkistamisesta ja ymmärryksen varmistamisesta. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Potilaan tiedollisten voimavarojen turvaaminen

Oikean tiedon välittäminen potilaalle korostui asiantuntijasairaanhoidajan ohjauksessa. Jaetun tiedon tuli pyrkiä kattamaan kaiken sen, mitä potilas tuli tarvitsemaan koko hoitoprosessissa. Potilaalle tuli pyrkiä antamaan totuudenmukaista tietoa, myös vaikeaksi koetuista asioista. Tietoa jaettiin potilaan oikeuksia, odotuksia ja kokemuksia koskevien tietojen lisäksi sosiaalietuuksista ja potilasjärjestöistä. Vastaajien mukaan tiedon antaminen avasi potilaalle mahdollisuuden ymmärtää tilannettaan laajemmin.

”...saattavat sanoa, että potilas kuntoutuu parissa kuukaudessa, mutta me asiantuntijasairaanhoidajat selvitämme, kuinka toipumisprosessi kestää vuoden jopa kaksi. Eli on tärkeää kertoa fakta-tietoa potilaalle: esimerkiksi kivuista ja myös odotuksista.” (ash6)

”Esim. kun potilas kieltäytyy... lääkärikunta laittaa heti ajan asiantuntijasairaanhoidajalle, jos mieli saataisiin muuttumaan...kunnon ohjaus, tiedonanto kyllä saavat potilaan ajattelemaan asioita uudesta näkökulmasta.” (ash7)

Internetistä haetun tiedon oikeellisuuden tarkistaminen nähtiin aiheelliseksi, koska Internettietoa eri sairauksista ja leikkauksista etsittiin aktiivisesti, varsinkin nuorempien potilaiden toimesta. Tietoutta oli paljon saatavilla, joka saattoi osoittautua myös virheelliseksi. Lisäksi potilaat saattoivat ymmärtää väärin Internetistä saadun tiedon.

”Osa potilaista tietää paljon varsinkin nuoremmat luettuaan netistä asioita” (ash9)

”Ohjaus ennen leikkausta/toimenpidettä., nykyisin netistä haetaan tietoa ja se voidaan ymmärtää väärin. Siksi oikeaa tietoa, ohjausta pitää osata antaa...” (ash7)

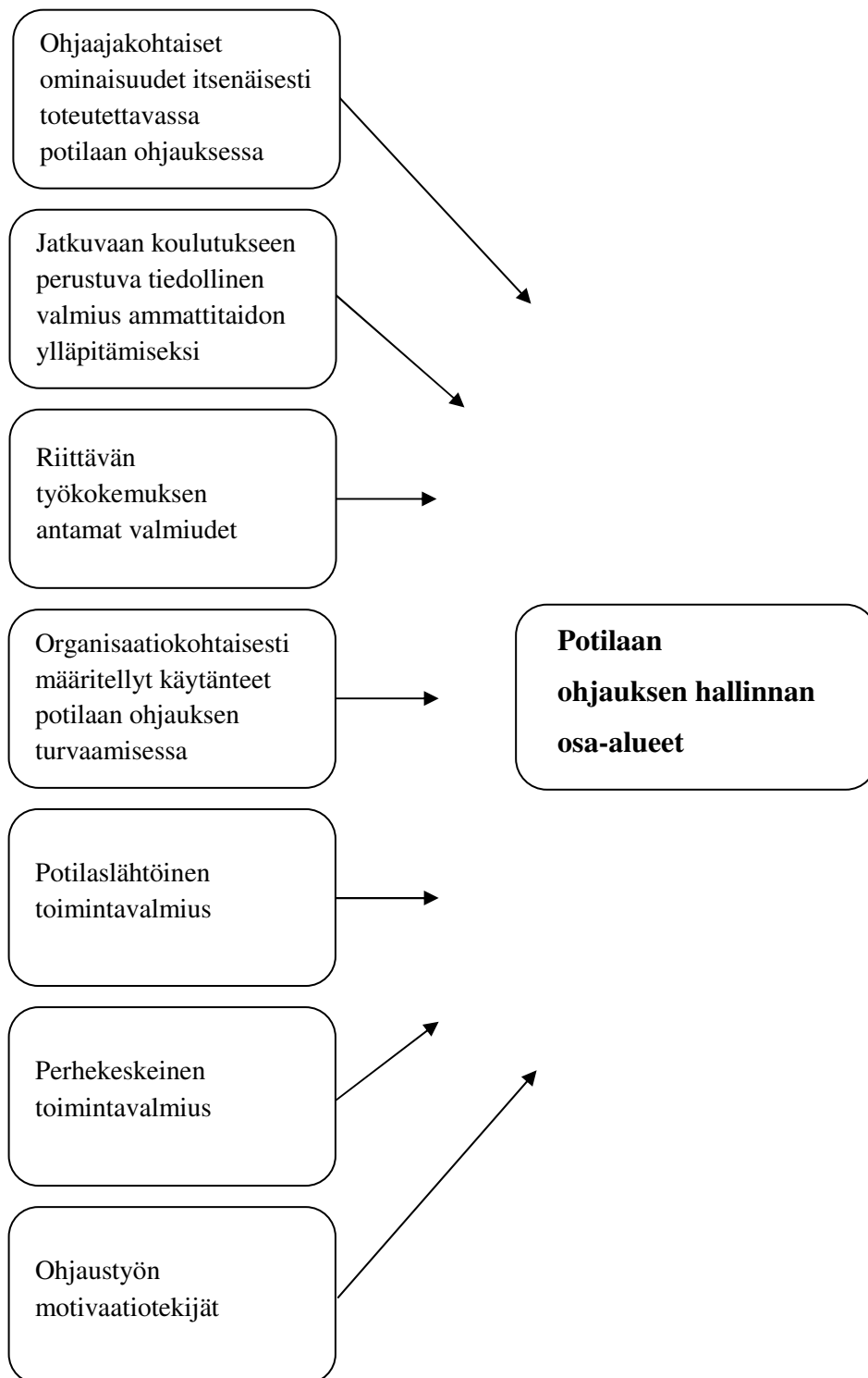
Ymmärryksen varmistaminen mahdollistui potilaan saadessa kysyä ja keskustella omaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Tutkimukseen osallistujat pitivät tärkeänä, että potilaan ymmärrys hoidosta tai siihen liittyvistä asioista oli varmistettu esimerkiksi kertaamalla yhdessä ydinasiat. Asiantuntijasairaanhoidajien pyrkimyksenä oli turvata, ettei potilas lähtenyt heidän vastaanotoiltaan epävarmoin tiedoin.

”Vaikka olisi kuinka kiire, sitä ei saa näyttää potilaalle. Potilaan on saatava kysellä ja kommentoida. Lopuksi kertaan vielä ne tärkeimmät asiat.” (ash6)

”...otan vielä lopusta noin 5 min jolloin lyhyesti käydään läpi avainasiat, jotka ohjeeseen on kirjattu, eräänlainen tiivistelmä. Minulle on todella tärkeää että potilas tietää KUKA hoitaa haavat, MISSÄ ne hoidetaan, mitä tarvikkeita tarvitaan ja tarviiko hänen ostaa ne itse, ja jos niin mistä.” (ash5)

5.3 Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavat tekijät

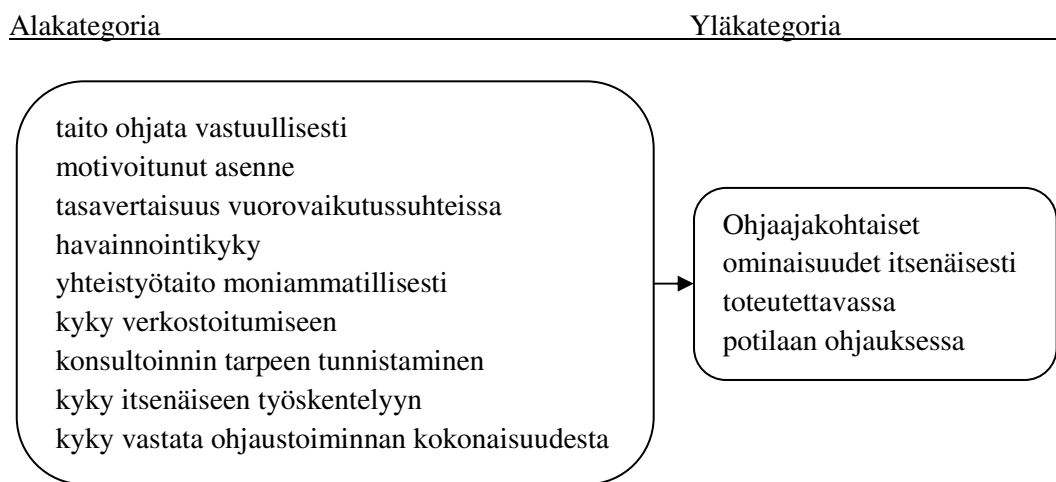
Asiantuntijasairaanhoidajien kuvaamat ilmaukset kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavista tekijöistä tiivistyivät heidän kokemukseensa ohjauksen hallitsemisen käsittävistä osa-alueista. Yhdistävä kategoria nimettiin asiiasältöä kuvaavalla käsitteellä: potilaan ohjauksen hallinnan osa-alueet. Ohjauksen hallintaan vaikuttivat ohjaajakohtaiset ominaisuudet, jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius, riittävän työkokemuksen valmius, organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet, potilaslähtöinen toimintavalmius, läheisen huomiointi perhekeskeisen ohjauksen turvaamisessa sekä ohjaustyön motivaatiotekijät. (Kuvio 7.) Yhteenveto aineistosta muodostetuista alakategorioista, yläkategorioista sekä yhdistävästä kategoriasta on esitetty tutkimuksen liitteenä (liite 6).



Kuvio 7. Potilaan ohjauksen hallinnan osa-alueet asiantuntijasairaanhoidajien kokemana

5.3.1 Ohjaajakohtaiset ominaisuudet itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa

Tutkimukseen osallistuneet asiantuntijasairaanhoitajat kuvasivat tarvitsevansa potilaan ohjaukseen ominaisuuksia, jotka antavat valmiuksia itsenäisesti toteutettavaan kirurgisen potilaan ohjaukseen. Tässä tutkimuksessa vastaajien kokemuksiin perustuva ohjauksen hallinnan osa-alue *ohjaajakohtaiset ominaisuudet itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa* sisälsi seuraavia ilmaisuja: taito ohjata vastuullisesti, motivoitunut asenne, tasavertaisuus vuorovaikutussuhteissa, havainnointikyky, moniammatillinen yhteistyötaito, kyky verkostoitumiseen, konsultoinnin tarpeen tunnistaminen, kyky itsenäiseen työskentelyyn sekä kyky vastata ohjaustoiminnan kokonaisuudesta. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Ohjaajakohtaiset ominaisuudet itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa

Taito ohjata vastuullisesti sisälsi asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksia ohjaamisen haasteellisuuteen vastaamisesta. Vastuullisuus korostui ilmauksissa ohjauksen laadullisuuteen pyrkimisenä ja ohjaukseen paneutumisenä. Vastuullisuus ilmeni potilaan tarkemman tulotilanteen selvittämisenä ennen ohjattavan vastaanotolle saapumista sekä täsmällisen yleiskuvan kartoittamisena ohjaustilanteessa. Vastuullisuus koettiin voimakkaammin asiantuntijasairaanhoitajana toimiessa kuin aiemmin tavallisena sairaanhoitajana potilaita ohjattaessa.

”Potilaan ohjaaminen erilaista asiantuntijasairaanhoitajana. Asiantuntijasairaanhoitajalla on isompi vastuu... Asiantuntijasairaanhoitaja tietää että hyvään hoitoon kuuluu perusteellinen ohjaus.” (ash15)

”2000-luvun alussa... haastateltiin osastolla leikk. edeltävänä päivänä kenenkä tahansa sh:n toimesta. Eli silloin potilas tuli osastolle, haastateltiin... pot ei saanut mitään ohjausta itse leikkauksesta, valmistautuminenkin oli vähän sitä sun tätä...” (ash13)

Ohjaajan vastuullisuutta asiantuntijasairaanhoitajana lisäsi tieto mahdollisista seuraamuksista, jos potilaan ohjausta ei toteutettu hyvin. Asiantuntijasairaanhoitajan velvollisuutena oli tiedostaa eettisten lähtökohtien vaikutukset potilaan ohjaamiseen ja hoitotyöhön.

”Tärkein ero asiantuntijahoitajan ja sairaanhoitajan ohjauksessa on vastuu. Itse asiantuntijahoitajana olen vastuussa siitä, että potilas pärjää kotona itsenäisesti tai avun turvin. Jos en hoida työtäni kunnolla, potilaan elämänlaatu kärsii ja hän kuormittaa terveydenhuoltoa, myös taloudellisesti” (ash2)

Omalla vastaanotolla ohjaukseen paneutuminen mahdollistui, kun ohjaaja koki vastuullisuutta perusteelliseen potilaan ohjaukseen. Asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksien mukaan taitoon ohjata vastuullisesti kuului avuja omata syvällistä ja laajaa katsantokantaa. Vastuu ohjauksesta ilmeni taidollisuutena ohjata potilaita noudattamaan ohjeita perustellen.

”Laaja-alainen näkemys ja eri asioiden yhdistäminen on asiantuntijan yksi ominaisuus... (ash10)

”Sairaanhoitajan työhön kuuluva ohjaus ei ole yhtä laajaa ja syvällistä, kuin asiantuntijahoitajan antama ohjaus.” (ash2)

Motivoitunut asenne ilmeni aineistossa kiinnostuksena ja innostuksena omaan työhön potilaan ohjaajana. Mitä enemmän ohjaaja oli toiminut työssään potilaan ohjaajana, sitä enemmän kiinnostus lisääntyi ja ohjaukseen paneutuminen kasvoi. *Motivoitunut asenne* ilmeni työstä pitämisenä ja halusta kehittyä edelleen työssään ohjaajana. Innostuksen ohjauksesta katsottiin olevan tärkeää välittyä myös potilaille. Lisäksi asenne oman työnsä arvostamisesta kertoi ohjaajan motivoituneesta asenteesta.

”Tiedon ja taidon lisääntyessä myös innostus ja kiinnostus asiaan lisääntyy ja asiaan paneutuu koko sydämellään.” (ash9)

”Paljon on matkan varrella oppinut, mutta haluaisin enemmän tietää, jotta ohjaaminen olisi helpompaa.” (ash13)

Tasavertaisuutta vuorovaikutussuhteissa oli tunnistettavissa ohjaajan pyrkimyksistä luoda vuorovaikutteinen ja keskusteleva ohjaussuhde potilaaseen sekä hänen läheiseensä. Potilaille ja hänen läheiselleen tuli antaa ohjaustilanteessa mahdollisuus osallistua keskusteluun aktiivisesti. Ohjaustilanteen vuorovaikutus koettiin tällöin tasavertaiseksi ohjaajan ja ohjattavien kesken.

”...enemmänkin ohjaus painottuu keskusteluun... Potilaan mukana on usein myös läheinen. Ohjauksessa otan huomioon myös hänet... Joskus on hyväksyttävä sekin, että läheinen kertoo kaiken potilaan puolesta. Tällöin potilasta ei saa sivuuttaa, vaan tulee ottaa hänet huomioon keskustelussa.” (ash4)

Tutkimukseen osallistujat ilmaisivat, että potilaat olivat asiantuntijasairaanhoitajien vastaanotoilla vähemmän jännittyneitä kuin lääkärien vastaanotoilla. Heidän antamansa ohjaus oli ymmärretty paremmin kuin lääkärien antama ohjaus. Lisäksi potilaat olivat kertoneet ongelmistaan ja avautuneet hyvinkin henkilökohtaisista asioista helpommin asiantuntijasairaanhoitajille kuin lääkäreille. Tasavertainen vuorovaikutussuhde edellytti potilaan kuuntelemista ja kykyä tulkita myös sanatonta viestintää eli vastaajan sanoin taitoa ”lukea rivien välistä”.

”Potilaiden on selvästi helpompi avautua hoitajavastaanotolla verrattuna lääkärin vastaanottoon.” (ash8)

”Omalla vastaanotolla... Osa potilaista kuulee asiasta ensi kertaa tai eivät ole ymmärtäneet lääkärin ohjauksesta mitään.” (ash9)

Havainnointikykyä tarvittiin erityisesti, koska asiantuntijasairaanhoitaja toimii yksin itsenäisesti pidettävällä vastaanotolla. Ohjaustilanteessa potilaan havainnointi vaatii potilaan tarkkailua, kuuntelemista ja tilanteen selvittämistä. Asiantuntijasairaanhoitajan toteuttama tarkka potilaan yleiskuvan selvittäminen havainnoinnin avulla antoi mahdollisuudet parempaan potilaan ohjaukseen.

”Asiantuntijasairaanhoitaja seuraa potilasta erilaisella tavalla kuin sairaanhoitaja... tottunut tekemään työtä itsenäisesti sekä etsimään potilaan oireisiin vastausta tai selitystä.” (ash15)

Taito toimia yhteistyössä moniammatillisesti edellytti ohjaajalta hyviä vuorovaikutustaitoja potilaan hoitoon osallistuvien ja siihen vaikuttavien eri ammattiryhmien ja hoitotahojen kanssa. Toimivaa yhteistyötä korostettiin toistuvasti. Sillä koettiin olevan rakentava vaikutus ja se mahdollisti toinen toisensa ammattiryhmän työn tukemisen potilaan hyväksi.

”Tärkeää ...olla ahkerassa vuorovaikutuksessa eri hoitoon vaikuttavien ryhmien kanssa.” (ash14)

”Myös toisten työntekijöiden työn arvostus on kasvanut. Heidän tärkeä ja saumaton osuus potilaan hoitoketjussa on korostunut.” (ash1)

Toimiva moniammatillinen yhteistyö vaikutti asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksien mukaan resurssien jakaantumiseen. Ohjaajakohtaisena ominaisuutena hyvä yhteistyötaito eri ammattiryhmien kanssa ilmeni valmiuksina auttaa muita potilaan hoitoon osallistuvia tai hoitoa järjestäviä tahoja.

”Osastoa asiantuntijahoitajan antama ohjaus auttaa melkoisesti.” (ash1)

”Työjohdon taholta odotukset liittyvät resursseihin. Hoitajavastaanotot helpottavat lääkäriresurssien käyttöä.” (ash12)

Verkostoitumisen kyky ilmaistiin olevan tärkeä taito ohjaajan ominaisuuksissa muun muassa muiden asiantuntijasairaanhoitajien kanssa kokemusten jakamiseksi. Kykyä verkostoitumiseen tarvittiin lisäksi alueellisen yhteistyön mahdollistumiseksi. Vastaajat kokivat tarpeellisena, että potilaat saivat perusterveydenhuollossa samanlaista ohjausta kuin erikoissairaanhoidossa.

”Olemme verkostoituneet alueemme terveyskeskusten kanssa ja pidämme säännöllisesti yhteistyöpalavereita heidän kanssaan. Näin pystymme varmistamaan myös samankaltaisen ohjauksen terveyskeskuksissa.” (ash6)

Konsultoinnin tarpeen tunnistaminen sisältyi asiantuntijasairaanhoitajan taitovaatimuksiin itsenäisesti toteutettavassa vastaanottotyössä. Potilaan ohjauksessa konsultointi ilmeni asiantuntijaavun tunnistamisen tarpeena sekä omien vahvuuksien ja valtuuksien tunnistamisena asiantuntijuudessa. Asiantuntijasairaanhoitajan oli tiedostettava, mitkä seikat kuuluivat itselle hoidettaviksi potilaan ohjaajana ja mitkä kuuluivat taas toisen ammattikunnan hoidettaviin tehtäviin. Vastaajat olivat konsultoineet muun muassa eri erikoisalojen lääkäreitä ja asiantuntijasairaanhoitajia, sosiaalityöntekijää, ravitsemussuunnittelijaa ja fysioterapeuttia. Asiantuntijasairaanhoitajat kuvasivat erittäin tärkeäksi taidoksi omata kyvyn arvioida omaa ja toisten osaamista sekä toimintaa.

”Omien rajojen tunnistaminen potilastyössä on hyvin tärkeää, pitää tietää koska konsultoida muita tai ohjata potilas hoitoon.” (ash10)

”Lääkäri on pkl:lla viereisessä huoneessa pitämässä omaa vastaanottoaan ja hoitaja voi konsultoida häntä potilaan ongelmista tarvittaessa heti tai kirjallisesti myöhemmin.” (ash12)

Kyky itsenäiseen työskentelyyn kulminoitui toimintaan itsenäisesti niin ongelmanratkaisuisissa kuin päätöksenteoissa. Kykyjen lisäksi itsenäinen työskentely potilaan ohjaajana koettiin vaativan myös halukkuutta toteuttaa itsenäisesti potilaan ohjausta, että kykeni suoriutumaan työstä ilman toisten hoitajien avustusta.

”Asiantuntijahoitajana työskenteleminen jatkuvaa ongelmanratkaisua, teen paljon omia ratkaisuja ja päätöksiä koskien potilaan hoitoa.” (ash14)

”Asiantuntijasairaanhoitaja pitää itsenäisesti vastaanottoa ja on monissa asioissa ainoa asiantuntija eli itse on ratkaistava ongelmat. (ash2)

Vastaajat ilmaisivat, ettei asiantuntijasairaanhoitajalla ollut mahdollisuuksia siirtää omilta vastaanotoiltaan töitään muiden hoitoon osallistujien tehtäviksi. Asiantuntijasairaanhoitajan oli itsenäisesti pyrittävä turvaamaan potilaan jatkohoito tai päättämään uuden ohjauksen ja vastaanottokäynnin tarpeista.

”Itse asiantuntijahoitajana olen vastuussa siitä, että potilas pärjää kotona itsenäisesti tai avun turvin... Sairaanhoitajan on helppo siirtää vastuuta seuraavaan työvuoroon toiselle hoitajalle. Ainoana ...hoitajana en voi siirtää töitäni muiden tehtäväksi.” (ash2)

”Tässä on selvä muutos aiempaan ohjaustoimintaan koska potilaan jatkot on nyt täysin minun käsissäni kun taas leikkauksen tai tutkimuksen jälkeen ei juuri koskaan. Minä saan itse päättää kuka tulee uudelleen kontrolliin, kuka ei ja miten usein tulee. Jollei tule niin missä hoidetaan ja kuinka usein,...jos potilas odottaa leikkausta niin minä vastaan siitä että jos leikkausaika viipyy niin lähetän sitten oman arvion mukaan välikontrollia ettei tauko jää pitkäksi.” (ash5)

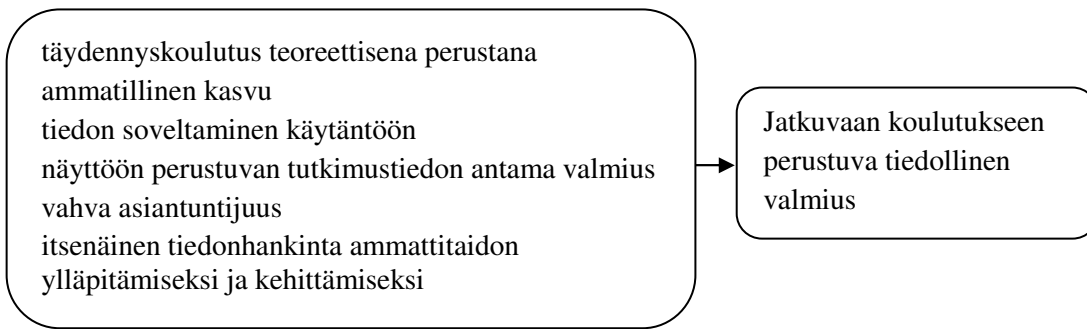
Ohjaustoiminnan kokonaisuudesta vastaamiseen kuului potilaan ohjaustoimintaan liittyviä järjestelyjä. Asiantuntijasairaanhoitajat yksilöivät järjestelyihin kuuluviksi potilaiden vastaanottoaikojen suunnittelun ja hoito-ohjeistusten laatimisen, päivittämisen sekä niiden saavutettavuudesta huolehtimisen.

”..minulla on ja oli paljon mahdollisuuksia vaikuttaa, sain olla mukana tekemässä ja toivomassa millainen ajanvarauskirja tulisi olemaan ja pystyn helposti edelleen itse muokkaamaan aikoja potilaiden tarpeiden mukaan.” (ash5)

Tutkimukseen vastaajat olivat huolehtineet eri ohjeiden saatavuuden potilaiden lisäksi myös muun henkilökunnan käytettäväksi ohjauksen apuvälineeksi. Asiantuntijasairaanhoitajat ilmaisivat, että heillä oli mahdollisuuksia vastata potilaan ohjaustyön kokonaisuudesta itsenäisesti.

5.3.2 Jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius ammattitaidon ylläpitämiseksi

Asiantuntijasairaanhoitajat kuvasivat *jatkuvaan koulutukseen perustuvan tiedollisen valmiuden ammattitaidon ylläpitämiseksi* vaateeksi, joka on kirurgisen potilaan ohjauksen edellytys. Osa-alue sisälsi ilmaisuja: sairaanhoitajan täydennyskoulutukset teoreettisena perustana, ammatillinen kasvu, tiedon soveltaminen käytäntöön, näyttöön perustuvan tutkimustiedon antama valmius, vahva asiantuntijuus, itsenäinen tiedonhankinta ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius ammattitaidon ylläpitämiseksi

Sairaanhoitajan täydennyskoulutukset teoreettisena perustana koettiin potilaan ohjauksessa ammattitaidon keskeisimpänä lähtökohtana. Vastaajien mukaan täydennyskoulutuksen avulla oli sisäistetty oman alan asioita sekä saavutettu tiedollista osaamista. Erikoistumiskoulutus täydennyskoulutuksena oli avannut uusia näkökulmia.

”...vahva teoreettinen osaaminen ovat asiantuntijuuden ja laadukkaan ohjauksen perusjalka.” (ash8)

Ammatillisen kasvun potilaan ohjauksessa ilmaistiin alkaneen täydennyskoulutuksessa. Koulutuksen avulla asiantuntijasairaanhoitajat kertoivat ammattitietoutteen tulleen syvyyttä ja ohjaustaitojen koettiin kehittyneen. Koulutuksen myötä kiinnostus asioiden selville ottamiseen oli lisääntynyt.

”Asiantuntijasairaanhoitajan ohjaus on periaatteessa samanlaista ohjausta kuin yleensä sairaanhoitajan ohjaus, mutta erona on se, että koulutuksen... myötä hoitaja on tavallaan ”kasvanut” asiantuntijaksi alallaan ja kasvaa tietenkin koko ajan lisää.” (ash11)

Tiedon soveltaminen käytäntöön vahvistui erikoistumisopintojen myötä. Potilaan ohjaus omalla vastaanotolla toimiessaan vaatii erittäin paljon tietämystä muun muassa perustaudeista ja niiden hoidosta sekä lääkityksistä rinnakkaislääkkeineen. He osasivat hyödyntää ja soveltaa tietoa jokapäiväisessä käytännön työssään paremmin asiantuntijasairaanhoitajan toimiessaan. Tiedon hyödyntäminen tuli ohjaustyössä esiin potilaiden erilaisissa hoidollisissa ja ohjauksellisissa ratkaisuisissa. Tiedon soveltamisessa kerrottiin olevan yhteyttä potilaan ohjauksen laadukkuuteen.

”Asiantuntijuudessa korostuvat vahva tietämys ammatista ja taito soveltaa asiantuntemusta käytännön ongelmien ratkaisuisissa. Laadukasta kliinistä työtä on mahdotonta tehdä, jos teorian tiedon soveltamista käytäntöön ei hallita... tiedon käyttäminen hyväksi jokapäiväisessä käytännön työssä on erityisesti vahvistunut ammatillisten erikoistumisopintojen kautta.” (ash8)

Näyttöön perustuva tutkimustieto antoi valmiuksia toimia asiantuntijasairaanhoitajana potilaan ohjaamisessa. Ymmärrys näyttöön perustuvan tutkimustiedon ja osaamisen merkityksestä käytännön työhön oli lisääntynyt. Tutkimustiedosta saatu hyöty ilmaistiin ammattitaitoa parantavana ja työmotivaatiota lisäävänä tekijänä. Näyttöön perustuvan tutkimustiedon katsottiin edesauttavan potilaan ohjauksessa sekä mahdollistavan yhtenäisten käytäntöjen syntymistä.

”Asiantuntijasairaanhoitajalla on enemmän tietoa ja tuntemusta näyttöön perustuvasta hoidosta ja kyseisestä olevasta asiasta/sairaudesta.” (ash15)

”Koen tärkeäksi, että minä annan ohjausta mikä perustuu tietoon ja näyttöön, tiedän mitä teen ja miksi... Voisi melkein ajatella tiedon antavan ylimääräistä energiaa ohjaukseen..” (ash10)

Vahva asiantuntijuus sisälsi kuvauksia asiantuntijasairaanhoitajien tiedollisista valmiuksista vastata potilaiden ja heidän läheistensä kysymyksiin. Vastausvalmiutta potilaille ja omaisille lisäsi vastaajien tuntemus asiansa osaamisesta. Vastauksista kuvastui tiedollinen ja taidollinen varmuus.

”Kun on itse varma asiastaan, pystyy sitä myös antamaan toiselle... Potilaat ovat hyvin valveutuneita nykyään ja osaavat itsekkin kysyä. Asiantuntijana osaan myös vastata.” (ash4)

”...koen nyt olevani asiantuntijahoitaja... asioissa... On ihana asia, että tietää tietävänsä ainakin tästä asiasta keskimääräistä enemmän.” (ash9)

Itsenäinen tiedonhankinta ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi ilmaistiin tapahtuvaksi suurimmalta osalta työn ohessa. Potilaan ohjaajana toimiessaan hoitojen ajantasalla pysyminen edellytti jatkuvasti etsimään erikoisalasta kertovaa ammattikirjallisuutta, uusia tutkimuksia sekä uusiutuvia alan tuotteita. Osallistumalla alan koulutuksiin tietojen päivittämisen lisäksi mahdollistui asiantuntijayhteisön tapaaminen. Tiedonvaihto ammattiin liittyvistä eri toimintatavoista ja hoitolinjojen suuntauksista koettiin tarpeellisena ja tärkeänä koulutuspäivien antina. Asiantuntijasairaanhoitajat ilmaisivat halua etsiä uutta ammatillista tietoa ja opiskella työn ohella.

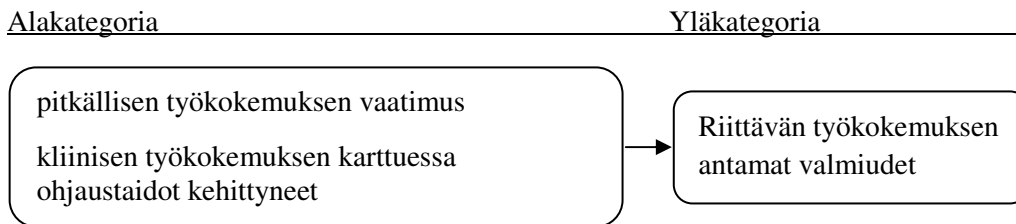
”..pääsen vuoden aikana yhteen koulutukseen... alani tärkein foorumi. Todella paljon omaehtoista etsimistä ja googlettamista joudun tekemään pysyäkseeni hoidoissa ajan tasalla, onneksi luonani käy paljon tuote-edustajia jotka antaa usein uusinta tietoa kunhan osaa suodattaa ’minun tuote on se ainoa josta on mitään iloa’ – jutut.” (ash5)

”Asiantuntijahoitaja... joutuu myös itsenäisesti päivittämään tietojaan tutustumalla alan kirjallisuuteen, tutkimuksiin, tuotteisiin... Vuosittain tarkastelen työskentelyäni ja teen tarvittavia muutoksia.” (ash2)

Potilaan ohjauksen alueella ja siinä kehittymisessä tunnistettiin olevan aina varaa. Itsenäinen tiedonhankinta koko työuran ajan vaatii motivaatiota ja oma-toimisuutta. Oman työn reflektointi nähtiin tarpeelliseksi potilaan ohjaajana kehittymisessä.

5.3.3 Riittävä työkokemuksen antama valmius

Asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksista ilmeni, että kirurgisen potilaan ohjaamiseksi tarvitaan riittävän pitkää työkokemusta kyetäkseen laadukkaaseen potilaan ohjaamiseen. *Riittävän työkokemuksen antamat valmiudet* potilaan ohjaamiseen sisälsi ilmaisuja pitkällisen työkokemuksen vaatimuksesta ja ohjaustaitojen kehittymistä kliinisen työkokemuksen karttumisesta. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Riittävän työkokemuksen antamat valmiudet

Pitkällisen työkokemuksen antama valmius sairaanhoitajana nähtiin edellytyksenä potilaan ohjaukselle. Vastaajat kuvasivat pitkällä hoitotyön kokemuksella olevan merkitystä, että pystyi selviytymään hyvinkin erilaisista tilanteista potilaan ohjaamisessa. Lisäksi ohjaajan elämäkokemuksella ja iällä ilmaistiin olevan samansuuntaista vaikutusta. Potilastyössä karttuneet ohjauskokemukset koettiin pääomaksi potilaan ohjaajana toimimiselle.

"Pystyäkseen toimimaan asiantuntijasairaanhoitajana täytyy olla pitkällinen kokemus ns. tavallisena sairaanhoitajana työskentelystä. Tärkeää on kokemuksen tuomat tiedot ja taidot..." (ash14)

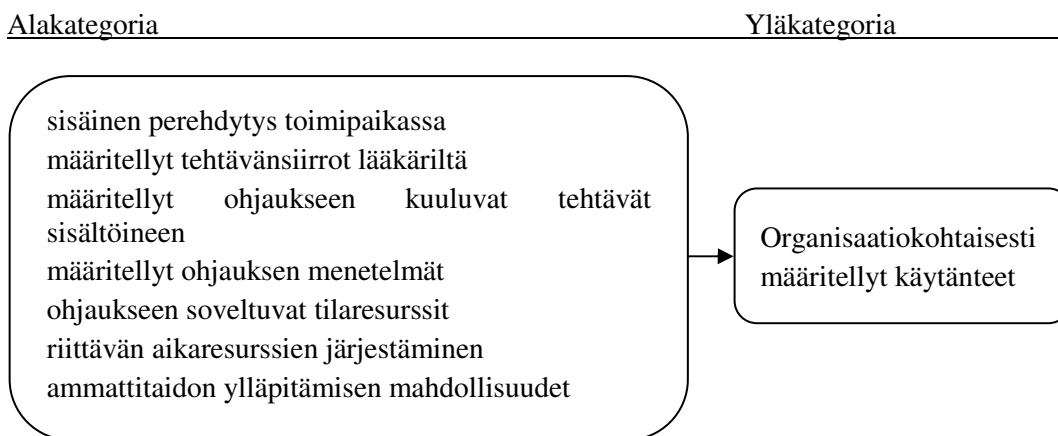
Ohjaustaitojen kehittymistä kliinisen työkokemuksen karttuessa oli tutkimukseen osallistujien kertomina kuvattavissa. Kliinisen työkokemuksen myötä potilaan ohjaukseen oli tullut laadukkuutta, selkeyttä ja laaja-alaisuutta. Ohjaajat osasivat kiinnittää enemmän huomiota ohjauksen jatkuvuuteen ja sisältöön. Potilaan ohjaukseen oli tullut varmuutta. Vastaajat ilmaisivat, että kokemuksen kertyessä ihmistuntemus oli kasvanut ja potilaan ohjaus muuttunut aiempaa yksilöllisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi.

"Kokemuksen kautta ohjauksesta tulee parempaa ja parempaa,... Pitkän kokemuksen huono puoli on se että huomaan tarttua lähes joka asiaan ja se teettää lisää työtä, potilashan siitä hyötyy." (ash14)

"...ilman vuosien kokemusta potilaan hoidosta vuodeosastolla, en kykenisi heitä näin laaja-alaisesti ohjaamaan. Mikään koulutus tai titteli ei tee meistä hyvää asiantuntijaa, vaan siihen vaaditaan riittävä työkokemus ja kiinnostus alaan ja potilaisiin." (ash6)

5.3.4 Organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet

Potilaan ohjauksen turvaamiseksi on jokaisessa *organisaatiossa määritelty käytänteitä*. Tutkimukseen osallistuneiden ilmaisuissa kuvattiin organisaation sisällä toteutettavia seuraavia käytänteitä: sisäinen perehdytys toimipaikassa, määritellyt tehtävänsiirrot lääkäriltä, määritellyt ohjaukseen kuuluvat tehtävät sisältöineen, määritellyt ohjauksen menetelmät, ohjaukseen soveltuvat tilaresurssit, riittävän aikaresurssien järjestäminen sekä ammattitaidon ylläpitämisen mahdollisuudet. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet

Sisäinen perehdytys toimipaikassa antoi hyvät edellytykset toimia asiantuntijasairaanhoitajan itsenäisesti toteuttamalla vastaanotolla potilaan ohjaajana. Työpaikkakohtaisesti saadut opit etenkin lääkäreiltä koettiin kehittävinä.

"Asiantuntijahoitajan valmiudet potilaan ohjaajana ovat hyvät, kun hän on... sairaalassa sisäisesti perehdytetty työtehtäväänsä." (ash1)

"..se mitä oppii lääkäreiltä, kun puhuvat potilaille, on myös oma valmius... kasvanut." (ash13)

Määritellyt tehtävänsiirrot lääkäriltä olivat koskeneet potilaan hoitoa, erilaisia toimenpiteitä sekä sairauteen tai leikkaukseen liittyvää arviointia ja seurantaa sekä niihin kuuluvaa potilaan ohjausta. Tehtävänsiirtojen myötä asiantuntijasairaanhoitajat olivat saaneet tehtäväkohtaisia ohjeistuksia lääkäreiltä. Lääkäreiltä erikoiskoulutetuille sairaanhoitajille siirretyt tehtävät ja tehtäväkuvat olivat tarkasti määritelty työyksikön sisällä.

"...asiakaskuntani on laaja;... Tehtävän siirtona on siirtynyt potilaita ja töitä lääkäriltä asiantuntijahoitajalle." (ash2)

Määritellyt ohjaukseen kuuluvat tehtävät sisältöineen muodostuivat toimipaikkakohtaisesti ja toimenkuvan mukaisesti sovitusta käytänteistä. Tehtävät sisälsivät terveydentilan arviointia, terveystottumusten kartoitusta sekä eri hoitoihin liittyvien kliinisten taitojen opettamista ja harjoittelemista. Määriteltyjä yksityiskohtaisempia ohjauksen sisältöjä olivat esimerkiksi leikkaukseen, sairauteen tai lääkkeisiin liittyvää ohjausta sekä ohjausta liikkumisesta, apu- ja hoitovälineistä, kivun hoidosta, lihaskunnosta ja painonhallinnasta. Sisältö noudatti lääkärin ohjeistuksia.

”Ohjauksen sisältö on määritelty jo silloin, kun toiminta on alkanut... tein toimintasuunnitelman, jossa näkyy myös ohjauksen sisältö... hyväksyivät osastonhoitaja, ylihoitaja ja ylilääkäri.” (ash2)

”...potilaiden pysyminen erikoissairaanhoidon piirissä on lyhytaikaista ja terveyskeskuksista ei löydy sellaisia hoitajatahoja, joihin potilaan ohjausasioita voisi siirtää. (ash3)

Ohjauksen määritellyt tehtävät sisältöineen oli vaativa kokonaisuus. Haasteeseen oli vaikea vastata erikoissairaanhoidossa lyhyiden hoitajaksojen vuoksi. Ohjausasioiden siirtäminen perusterveydenhoitoon koettiin ongelmallisena potilaan ohjauksen ja hoitojen jatkumisen turvaamiseksi.

Määritellyt ohjauksen menetelmät muokkautuivat toimipaikassa parhaiksi todettujen käytänteiden mukaisiksi. Potilaan ohjauksessa käytettiin perinteisten suullisen ja kirjallisten ohjeiden lisäksi apuna kuvia, videoita ja PowerPoint -esityksiä. Sairaalan omaan intranettiin laadittu opetusohjelma oli kohdennettu potilaiden lisäksi henkilökunnalle potilasohjauksen apuvälineeksi. Puhelimen välityksellä tapahtuvaa ohjausta esiintyi runsaasti sekä potilaille että heidän läheisilleen. Puhelinyhteys koettiin tärkeänä lisänä muun ohjauksen ohessa. Yksilöohjaus koettiin ryhmäohjauksena parempana vaihtoehtona potilaille. Yksilöohjaus kuvattiin potilaille oikeudenmukaisempana, koska vastaajien mukaan ohjeistusten vastaanottokyky oli jokaisella potilaalla erilaista ja lisäksi jokainen potilas reagoi ohjaukseen yksilöllisesti.

”...yksilöohjaus on laadukkaampaa ohjausta. Potilas uskaltaa tuoda paremmin ajatuksiaan ja kysymyksiään julki kuin ryhmätilanteissa.” (ash6)

”Heti alkuun koin hankalana ryhmäohjauksen; potilaat... kaksikielisiä,... eri-ikäisiä (oppiminen, omaksuminen erilaista), toisilla enemmän kokemusta sairaalasta. Aloin siten ottamaan jokaisen potilaan erikseen eli anest. haastattelu + leikkauksesta kertominen jokaiselle erikseen.” (ash13)

Organisaation toiminnan mukaisesti hoitoon, toimenpiteeseen tai leikkaukseen liittyvä ohjaus oli järjestetty välittömästi tai sovittuna aikana siitä, kun lääkäri oli tehnyt arvion potilaalle tehtävästä hoidosta, toimenpiteestä tai leikkauksesta. Toimenpiteeseen tai leikkaukseen liittyvä tarkempi ohjaus kohdennettiin potilaille lähelle toimenpiteen tai leikkauksen ajankohtaa. Ohjausajankohdat

ajoittuivat tällöin vastaajien kertomina noin kahta viikkoa ennen toimenpidettä tai leikkausta sekä toimenpiteen tai leikkauksen jälkeen jälkitarkastuksen yhteyteen väliselle ajalle. Ohjauksen oikea-aikaisuutta pidettiin merkityksellisenä, kuten ohjauksen toistamista, jonka vuoksi potilaille järjestettiin useita ohjauskertoja.

”Potilas saa ohjausta ennen leikkausta pitkin matkaa: jonoonlittovaiheessa, kuntoneuvolassa, ensitietokursilla sekä preoperatiivisella ohjaus- ja tutkimuskäynnillä. Tärkeintä on ohjauksen oikea-aikaisuus. Preoperatiivisella käynnillä asia on tullut ”läheemmäksi”, se on ajankohtainen ja herättää paljon kysymyksiä jopa pelkoa.” (ash11)

Joka vuosi on myös edellisenä vuonna leikattujen potilaiden ensitietopäivä, jonka järjestän... Se on leikatuille hyvä opintopäivä, tulee uutta tietoa ja kerrataan vanhaa. (ash7)

Ohjaukseen soveltuvien fyysisten tilojen oli oltava asianmukaiset. Ohjaukselle edellytettiin rauhallista ympäristöä, jossa ei ohjaajan eikä potilaan keskittyminen häiriintynyt ja ohjaus voitiin toteuttaa keskeytyksettä ja häiriöttömästi. Tällä saatiin mahdollistettua ohjauksen sisäistäminen. Lisäksi tarpeelliseksi nähtiin ohjaukselle soveltuva tila, jossa kaikki tarpeelliset ohjeistukseen liittyvät materiaalit ja hoitovälineistöt olivat saatavilla.

Riittävän pitkän vastaanottoajan järjestäminen potilaalle antoi mahdollisuudet laadukkaampaan ohjauksen. Potilaat saivat kattavammin tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Riittävä aikaresurssi mahdollisti lisäksi ohjaajan keskittymisen potilaaseen. Toimiessaan tavallisena sairaanhoitajana vuodeosastolla tai poliklinikalla vastaajat ilmaisivat, ettei ohjaukselle ollut tarpeeksi aikaa. Asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamalla itsenäisellä vastaanotolla ohjaukseen varattu aika koettiin erittäin tarpeellisenä potilaalle varattuna hyötynä.

”Aikaisemmin... mihinkään asiaan ei päässyt kunnolla sisään. Motivaatio ja resurssit asioiden syvällisempään hallintaan eivät riittäneet.... aikakysymys vastaanotoilla antoi omat rajat. Nyt asiantuntijahoitajan vastaanotolle on varattu enemmän aikaa, jolloin myös ohjaukseen on mahdollista keskittyä...” (ash4)

”Vuodeosastolla samoja asioita käydään läpi, mutta valitettavasti siellä aika ei riitä...” (sh9)

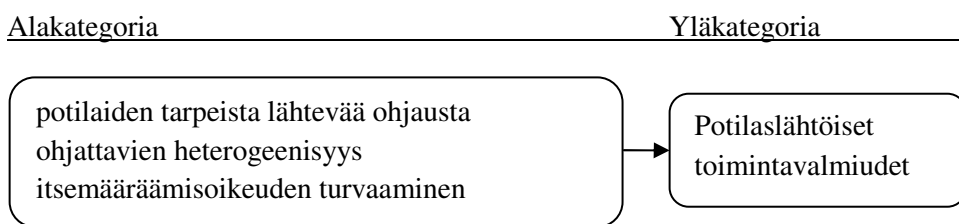
Ammattitaidon ylläpitämisen mahdollisuudet organisaation taholta koettiin asiantuntijasairaanhoitajan kuvaamina osaamisen säilyttämisen mahdollisuutena. Osaamisen ylläpitäminen ilmaistiin koituvan organisaatiolle pääomaksi, jota ei saa uhata mitkään epävarmuustekijät kuten koulutusmäärärahojen niukkuus. Organisaation tuli olla kehitysmyönteinen ja ammatillista kehitystä tukeva. Avainasemassa nähtiin olevan yksikön lähijohtajan, joka mahdollisti koulutuksiin pääsyn ja ohjaajan ammattitaidon kehittymisen.

”...osaamisen säilyminen organisaatioiden pääomana edellyttää kehitysmuutoksia organisaatiokulttuuria. Toimintaa tukevassa organisaatiossa arvostetaan kliinistä asiantuntijuutta, luodaan sille toimintaedellytykset sekä mahdollistetaan tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen.” (ash8)

”...osastonhoitaja mahdollistaa, että voin koulutusten avulla ylläpitää ammattitaitoa.” (ash2)

5.3.5 Potilaslähtöinen toimintavalmius

Kirurgisen potilaan ohjaamisen hallintaan vaikuttava osa-alue *potilaslähtöinen toimintavalmius* sisälsi ilmaisuja potilaiden tarpeista lähtevästä ohjauksesta, ohjattavien heterogeenisyydestä sekä potilaiden itsemääräämisoikeuden turvaamisesta. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Potilaslähtöinen toimintavalmius

Potilaiden tarpeista lähtevä ohjaus oli kunkin potilaan kokonaistilanteen kartoittamisen jälkeen mahdollista. Jokaisella potilaalla oli yksilöllinen tapa sairastaa ja omat erityistarpeet, jotka muokkasivat asiantuntijasairaanhoitajien antamaa ohjausta potilaslähtöisemmäksi. Tämä huomioitiin hoitosuunnitelmien laatimisessa, hoidollisissa tilanteissa, annetussa ohjauksen sisällössä ja sen määrässä, ohjausmenetelmissä sekä ohjauksen ajankohdassa. Vastaajat kokivat, että ohjaajan oli pyrittävä olemaan valppaana tunnistaakseen ohjattavien tarpeet ja vastaamaan niihin.

”Tilanteen mukaan pitää muuttaa suunnitelmia kesken ohjaustapahtuman. Asiantuntijahoitajan ammattitaitoa on myös se, kuinka paljon annetaan tietoa potilaalle kerralla ja koska.” (ash2)

Ohjattavien heterogeenisyys vaati erityistä valmiutta, joka koettiin ajoittain haasteellisena. Erityistä huomiota olivat vaatineet ohjattavat, jotka eivät osoittaneet kiinnostusta omaan hoitoonsa liittyvistä asioista tai potilaat, joiden tiedon vastaanottamisessa oli puutteita.

”Koen hyvin haasteellisena matalasti motivoituneet potilaat, kuinka löytää keinoja heidän motivoimiseksi. Potilaiden tietopohja ja asioiden hallinta on hyvin erilaista, se antaa kuitenkin minun havainnoinnin kautta pohjan ohjaukselle.” (ash10)

”...ohjaus haastavan monipuolista. Potilaat ovat erilaisia psyyken rakenteeltaan ja sen mukaisesti ohjauksin täytyy olla yksilöllistä.” (ash12)

Haasteellisena koettiin eri etnisiin tai kielellisiin vähemmistöön ja sosiaaliryhmiin kuuluvat ohjattavat. Toiset potilaat olivat tarvinneet enemmän ohjausta sekä vaatineet enemmän aikaa kuin toiset ohjattavat. Ohjattavien erilaisuus asetti ohjauksellisia valmiuksia asiakaslähtöisyyteen niin ohjaajalta kuin organisaatiolta. Ohjeistukset oli oltava asiakkaan äidinkielellä tarjottavissa. Ohjaustilanteet muodostuivat ohjattavien heterogeenisyydestä johtuen painopisteiltään hyvinkin vaativaksi.

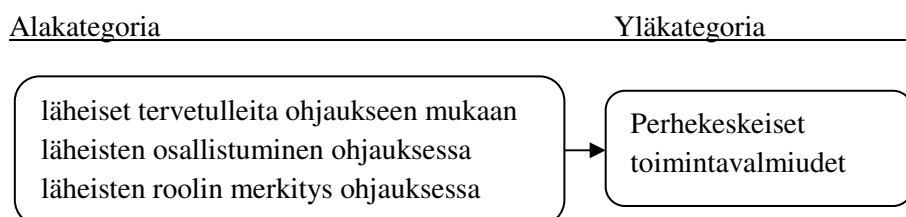
”Potilaan ohjaaminen voi olla hyvinkin haastavaa kun potilas kuuluu johonkin vähemmistöön tai erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin.” (ash15)

”Kuitenkin jokaisen potilaan käyttämä aika on erilainen, painopisteet ohjauksessa ovat erilaisia... jonkun potilaan kohdalla tärkeimmäksi asiaksi nousee esimerkiksi kriisitilanne sen hetkessä elämäntilanteessa.” (ash10)

Itsemääräämisoikeuden turvaaminen sisälsi ilmaisuja ohjattavan kunnioittamisesta ja oikeudesta käyttää omaa määräysvaltaansa. Ohjattavan oikeuksien huomioiminen nähtiin ammatillisuutena, johon kaikkien hoitoon osallistujien tuli pyrkiä. Itsemääräämisoikeuden turvaaminen toteutui asiakaslähtöisessä hoitokulttuurissa.

5.3.6 Perhekeskeinen toimintavalmius

Asiantuntijasairaanhoitajat kuvasivat, että potilaan ohjauksen valmiuksiin lukeutuu läheisten huomiointi oleellisesti. *Perhekeskeisen toimintavalmiuden* osa-alue sisälsi seuraavia ilmaisuja: läheiset tervetulleita ohjaukseen mukaan, läheisten osallistuminen ohjauksessa ja läheisten roolin merkitys ohjauksessa. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Perhekeskeinen toimintavalmius

Läheiset toivotettiin tervetulleiksi ohjaukseen mukaan esittämällä se potilaalle lähetetyissä kutsukirjeissä. Kutsulla pyrittiin välittämään ohjattaville tietoutta siitä, että läheisen mukaantulo ohjaukseen on tärkeää potilaan hoidon, leikkauksen ja kuntoutumisen kannalta. Potilasta kotiuttaessa toivottiin läheisen läsnäoloa.

”Läheisten mukanaolo ohjauksessa on toivottavaa, miltei ”vaadittavaa”. Tästä syystä kutsukirjeessäkkin on maininta läheisen/tukihenkilön mukanaolon tärkeydestä. Jatkossa tämä korostuu edelleen hoitoaikojen vähentyessä ja potilaan nopeammassa kotiuttamisessa”. (ash11)

Läheisten osallistuminen ohjauksessa ilmaistiin läheisten mahdollisuudesta osallistua aktiivisesti sekä mahdollisuuksista kysyä ohjaustilanteessa. Läheiset pyrittiin huomioimaan keskustelemalla heidän kanssaan ja läheisten tuli saada heitä tyydyttäviä vastauksia ohjaajalta moninaisiin kysymyksiinsä.

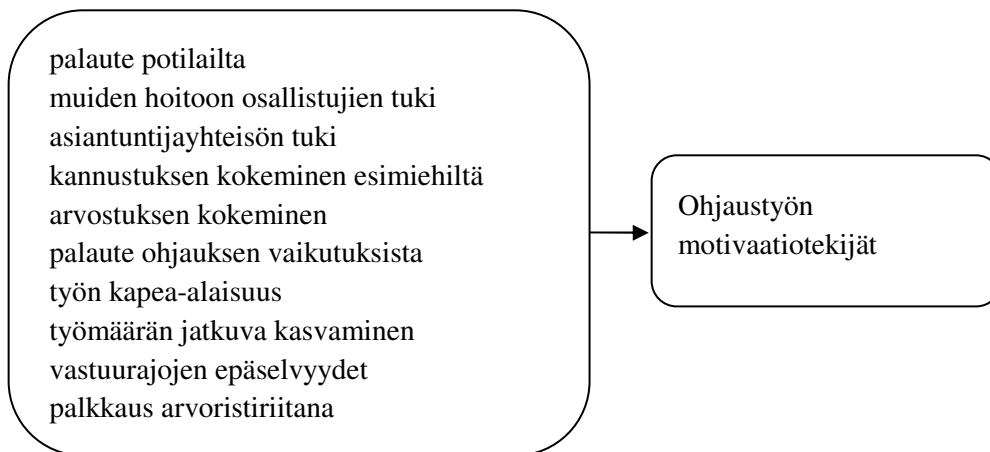
”Myös potilaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus kysyä ja osallistua aktiivisesti ohjaustilanteessa.” (ash1)

Läheisten roolin merkitys ohjauksessa tunnistettiin. Vastajat ilmaisivat läheisten olleen ohjauksessa usein mukana potilaan apuna huonon muistin tai kuulon johdosta. Liikuntarajoitteisille potilaille läheisten roolin merkitys kuvattiin vastaajien mukaan oleelliseksi. Läheiset toimivat läheisilleen hoitajina, tiedonantajina, motivoijina sekä kuntoutumisen tukijoina. Toisaalta läheisen motivointi nähtiin tärkeänä ohjauksen etenemiseksi ja toisaalta haasteelliseksi koettiin ohjaustilanteessa liian hallitsevasti käyttäytyvät läheiset.

”Otan aina mielelläni omaiset/läheiset mukaan ohjaukseen, he odottavat saavansa tietoa ja tiedämme kuinka vähän yhdestä ohjauksesta on mahdollista muistaa... parempi, että useampi kuulee saman asian ja toisaalta se luo minulle mahdollisuuden saada lisätietoa potilaasta omaisen näkökulmasta esimerkiksi muistisairaatt potilaat. Omaisten läsnäolo on tärkeää potilaan motivoinnin kannalta, omaiset saavat selkeän ohjeen toimia henkilökohtaisena valmentajana ja he ovat kyllä iloisia näin tärkeästä tehtävästä... Taitolaji on hallita omaiset jotka haluavat olla pääroolissa ohjauksen aikana,... (ash10)

5.3.7 Ohjaustyön motivaatiotekijät

Asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksissa kirurgisen potilaan ohjaustyöhön vaikuttivat seuraavat *motivaatiotekijät*: palaute asiakkailta, muiden hoitoon osallistujien tuki, asiantuntijayhteisön tuki, kannustuksen kokeminen esimiehiltä, arvostuksen kokeminen, palaute ohjauksen vaikutuksista, työn kapea-alaisuus, työmäärän jatkuva kasvaminen, vastuurajojen epäselvyydet sekä palkkauksen arvoristiriitaisuus. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Ohjaustyön motivaatiotekijät

Palautteet potilailta koettiin erittäin palkitsevina. Hyvän palautteen saaminen ohjauksesta ja hoidosta auttoi jaksamaan ja antoi itsevarmuutta jatkaa ohjaustyötä. Kiitosta saatiin hyvän ohjauksen lisäksi ohjaukselle varatusta riittävästä ajasta potilaille. Vastaajat kokivat saaneensa ohjattavien luottamuksen. Onnistunut ohjaus tuotti hyvää palautetta sekä potilailta että heidän läheisiltään. Kokemukset palautteen saamisesta potilailta toistui asiantuntijasairaanhoitajien vastauksissa erittäin usein.

”Monet antavat todella hyvää palautetta itse hoidon lisäksi siitä että aika on niin pitkä, että kokevat saaneensa aikaa kun ei ole sisään ja ulos meininkiä kuten usein lääkäreillä. Kokevat, että ehtii muistaa asiat, jotka piti kysyä...” (ash5)

Muiden hoitoon osallistujien tuki koettiin olevan välttämätön työssäjaksamista tukeva ja edistävä tekijä. Jos tukea ei ollut, joutui potilaiden asioiden kanssa olemaan liian yksin. Kokemukset muiden hoitoon osallistujien tuesta ilmaistiin mahdollisuudesta jakaa kokemuksia ja tunteita. Muiden hoitoon osallistujien tuki antoi tunteen hyvästä vuorovaikutussuhteesta, joukkoon kuulumisesta ja luottamuksen kokemuksesta. Muut hoitoon osallistujat olivat yksikön kollegat, toiset asiantuntijasairaanhoitajat, osastonhoitajat, lääkärit, kotisairaanhoitajat ja potilaan hoitoon osallistuvat sairaalan ulkopuoliset hoitoyksiköt.

”Työtovereitteni kanssa voin jakaa kokemuksia ja tunteita. Vaikka asiantuntijahoitajan työ on itsenäistä ja välillä yksinäistä, on hyvä kokea kuuluvansa joukkoon työyhteisössä.” (ash2)

”Toisinaan tuntuu että on asian kanssa yksin, kun lääkäreitkään eivät osaa auttaa ja tavalliset sairaanhoitajat eivät voi/ osaa auttaa.” (ash9)

Asiantuntijayhteisön tuen antajiksi yksilöitiin sairaalan eri alojen asiantuntijoiden työyhteisö, verkostoituneet eri sairaaloissa toimivat asiantuntijasairaanhoitajat sekä omien erikoisalojen hoitotuotteita ja lääkevalmisteita toimittavat yritykset. Tutkimukseen osallistujat ilmaisivat edellä mainituilta tahoilta saatua tukea vertaistueksi, tiedon lähteiksi, mielipiteiden jakajiksi, avun antajiksi ja tueksi ongelmatilanteiden ratkaisemisessa. Kokemukset tuen saamisesta auttoi asiantuntijasairaanhoitajaa eri työtilanteissa. Toisaalta koettiin voimakkaana työn yksinäisyys, kun vertaistukea ei ollut.

”Olen nyt työskennellyt... itsenäisesti, mutta meillä on hyvin järjestetty erialojen asiantuntijoiden työyhteisö, jossa ei tarvitse olla yksin ongelmatilanteen tullessa esiin. Tietää aina, mistä voi kysyä neuvoa, yhteistyö pelaa.” (ash7)

”Työ on positiivisessa mielessä erittäin itsenäistä, mutta kovin yksinäistä. Vertaistuki puuttuu täysin.” (ash1)

Esimiesten taholta saatu kannustus tai sen puuttuminen olivat suoraan asiantuntijasairaanhoitajan toimintaan merkittävästi vaikuttavia tekijöitä. Potilaan ohjaustyö koettiin myönteisenä, kun esimieheltä oli huomattavissa kannustamista. Saadusta kannustuksesta oli koettu helpotusta potilaan ohjaustyön aiheuttamiin paineisiin.

”Lähiesimiesten kannustus toimintaan on ollut myönteistä ja kannustavaa...” (ash10)

Kokemukset kannustuksen puuttumisesta aiheuttivat työpaineiden lisääntymistä. Kannustusvajeeksi koettiin, kun asiantuntijasairaanhoitajien toimia ei perustettu tarpeeksi tai valtuuksia toimia itsenäisesti rajattiin. Työnantajatahon esittämä kannustus koettiin saadun epäsuorana kiitoksena siitä, että asiantuntijasairaanhoitajan työpanos oli helpottanut muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden työtä.

”...aika raskasta on ollut välillä kun joudut puolustelemaan omaa työtäni ja käymään taistelua että saat hoitaa potilaasi mahdollisimman hyvin.” (ash14)

”Työnjohto lienee myös tyytyväinen koska... totesivat etteivät ole tajunneet miten paljon olen esim osaston ja lääkärien työtä helpottanut. Valituksia ei ole kuulunut.” (ash5)

Kokemuksia arvostuksesta asiantuntijasairaanhoitajat ilmaisivat saaneensa antamastaan työpanoksesta potilaan ohjauksen suhteen sekä ammattitaidosta. Arvostusta saatiin lääkäreiltä ja organisaatiolta yleensä. Lisäksi vastaajat ilmaisivat saaneensa paljon arvostusta työstään yleisesti ilman yksilöityä arvostuksen ilmaisijaa. Toisaalta esiintyi tilanteita, joissa arvostusta ei koettu. Arvostuksen kokeminen ilmaistiin ohjaustoimintaa tukevaksi tekijäksi organisaatiossa.

”Lääkärien suhteen ... näkemykseni mukaan osa on oikein tyytyväisiä kun joku on perehtynyt asiaan ja keskustelee potilaan kanssa, sehän ei ole... päälaji. He arvostavat työpanostani potilaiden ohjauksen suhteen. Vastaanoton toiminnassa he huomioivat minun tarvitseman ajan potilaan ohjaukseen, toki haasteellisia tilanteita tulee aina eteen... (ash10)

”Asiantuntijahoitajan työtä ja ammattitaitoa arvostetaan... Joskus törmää vielä käsitykseen, ettei potilaiden ohjaaminen ole ”oikeaa” työtä.” (ash2)

Palaute ohjauksen vaikutuksista ei aina tavoittanut asiantuntijasairaanhoidajia, mikä koettiin valitettavana seikkana. Saatu palaute ja arvioinnit ohjauksen vaikutuksista toi asiantuntijasairaanhoidajien työhön varmuutta ja ohjasi kiinnittämään huomioita asioihin, joissa tulisi kehittyä. Saatu palaute ohjauksen tärkeydestä vaikutti työssä jaksamiseen, motivaatioon ja työn ilon säilymiseen. Vastaajat kokivat tärkeänä, että ohjauksen vaikutuksista kertovaa palautetta saataisiin systemaattisesti.

”...tilanteista ei siis saa palautetta eikä tiedä ohjauksen tuloksellisuudesta.” (ash3)

Työn kapea-alaisuudesta kertoi ilmaisut, joissa asiantuntijasairaanhoidaja kuvasi työn vaihtelevuuden vähäisyyttä itsenäisesti pitämällä vastaanotolla. Potilaan ohjaus koettiin rajoittuvan kyseiseen erikoisalaan sekä tietämykseen siitä, eikä työtä koettu yhtä monipuolisena kuin toimiessa useilla erikoisaloilla.

”Aikaisemmin ohjaus oli hyvin pintapuolista, koska myöskään tietämys ei ollut niin syvällistä. Toisaalta työ oli antoisaa, koska pystyi toimimaan usealla erikoisalalla.” (ash4)

”Asiantuntijasairaanhoidajan koulun jälkeen olen toiminut ainoastaan itsenäisillä ohjausvastaanotoilla yksikössämme tähän päivään saakka. Työkenttä on siis kaventunut...” (ash1)

Työmäärän jatkuva kasvaminen vaikutti potilaan ohjaajien työmotivaatioon. Työt olivat lisääntyneet voimakkaasti lääkäreiltä siirrettyjen tehtävien vuoksi. Työmäärän hallintaan toivottiin kiinnittämään huomiota organisaation taholta. Myös ohjaajan itse oli mahdollista vaikuttaa työmääräänsä.

”Nykyisin on suuret odotukset myös työyhteisön, johdon puolelta, koska lääkäreiltä on siirretty paljon polikäyntejä asiantuntijahoitajille, työn määrä viimeisen 5 vuoden aikana kasvanut rajusti.” (ash7)

”...huomaan tarttua lähes joka asiaan ja se teettää lisää työtä...” (ash14)

Vastuurajojen epäselvyyksissä tunnistettiin puutteita, jotka kuormittivat ajoittain asiantuntijasairaanhoidajan työtä potilaan ohjauksessa. Vastaajat ilmaisivat, että lääkärit eivät aina tiedosta vastuutaan. Ohjaajat puolestaan joutuivat tekemään erilaisissa tilanteissa itsenäisiä

päätöksiä, jotka olisivat kuuluneet lääkäreille. Selkeät työroolit ja rajojen määrittäminen nähtiin joskus vaikeaksi toteuttaa, mutta hyvin toimiessaan vastuurajojen koettiin tukevan asiantuntijasairaanhoidajaa potilaan ohjaustyössä.

”Selkeä työrooli ja rajojen määrittäminen tukevat kliinistä asiantuntijaa tehtävän vastaanottamisessa sekä tehtävässä toimimisessa.” (ash8)

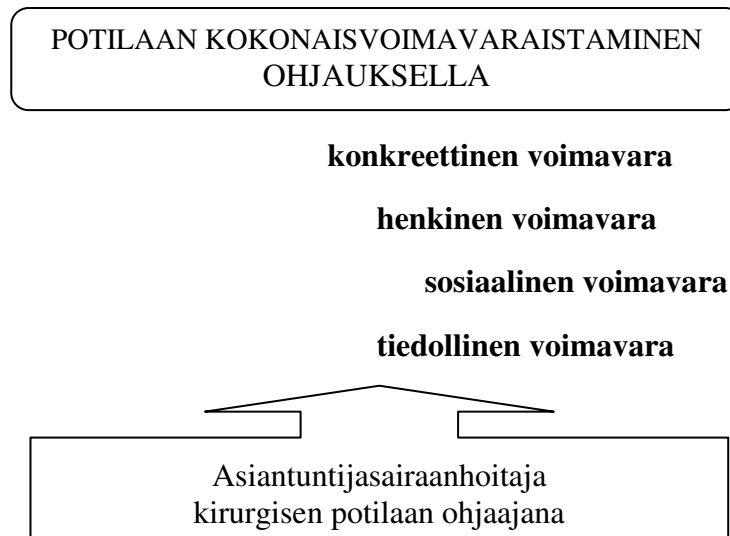
Palkkaus koettiin *arvoristiriitana*. Tutkimukseen osallistuneiden mukaan lisäkouluttautumisesta, työnsiirrot erikoislääkäreiltä sekä tehtävien vastuun ja vaativuustason nousu eivät olleet vaikuttaneet palkkaukseen. Lisäkouluttautumisista ei koettu olleen mitään hyötyä, vaikka koulutukset olivat vaatineet paljon myös asiantuntijasairaanhoidajien omaa aikaa. Asiantuntijaosaaminen tosin tunnustettiin, mutta työn arvostusta ei ollut tunnustettu palkkauksissa.

”Asiantuntijahoitajan työtä ja ammattitaitoa arvostetaan (ei näy palkkauksessa).” (ash2)

Palkkauksen tarkistamattomuus aiheutti vajetta työmotivaatioon. Se koettiin negatiiviseksi tekijäksi toiminnassa potilaan ohjauksen hyväksi. Palkkaneuvottelujen aloittamista toivottiin työmotivaation lisäämiseksi.

5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostettiin kuvaus kirurgisen potilaan ohjauksesta asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta sekä tekijöistä, jotka vaikuttivat kirurgisen potilaan ohjaukseen asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Tutkimustuloksissa kirurgisen potilaan ohjaus ilmeni asiantuntijasairaanhoidajan toteuttamalla ohjauksella potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaamisena. Heidän kokemuksensa kirurgisen potilaan ohjauksesta tiivistyi potilaan kokonaisvaltaiseen voimavaraistamiseen ohjauksella eli potilaan *kokonaisvoimavaraistamiseen* ohjauksella. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana

Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttaviksi tekijöiksi kuvattiin tutkimustulosten perusteella ohjaajakohtaiset ominaisuudet, jatkuvaan koulutukseen perustuvat tiedolliset valmiudet, riittävän työkokemuksen antama valmius, organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet, potilaslähtöiset ja perhekeskeiset toimintavalmiudet sekä ohjaustyön motivaatiotekijät. Nämä olivat tekijöitä, jotka vaikuttivat asiantuntijasairaanhoitajien kokemuksiin *kirurgisen potilaan ohjauksen hallitsemisesta*. (Kuvio 16.)

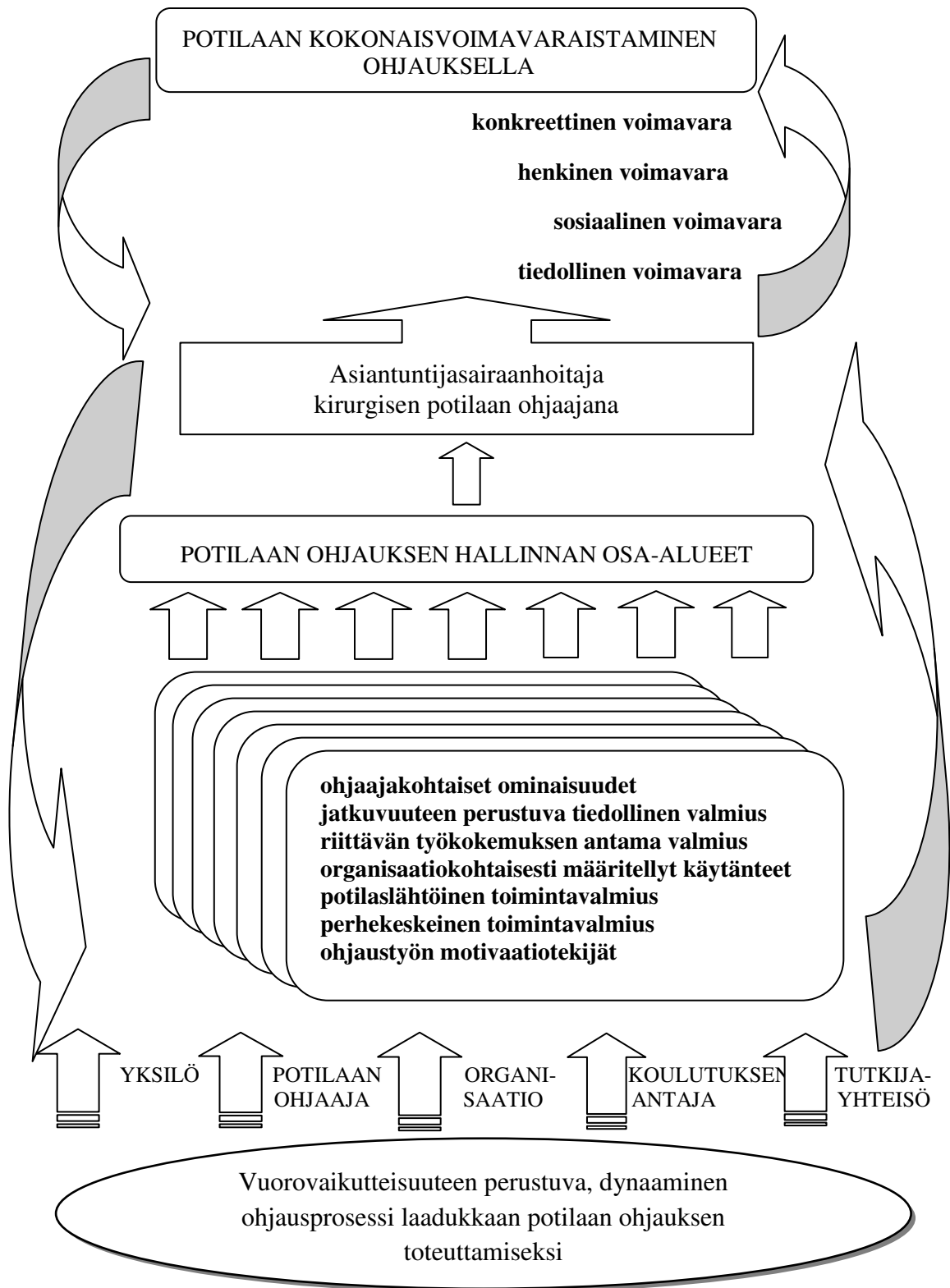


Kuvio 16. Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavat tekijät asiantuntijasairaanhoitajan kokemana

Kirurgisen potilaan ohjauksen tavoiteltava päämäärä on potilaan kokonaisvoimavaraistaminen ohjauksella. Se rakentuu potilaslähtöisesti asiantuntijasairaanhoitajan kuvausten perusteella niistä

kokonaisvoimavaraistamiseen tarvittavista elementeistä, mitä kukin potilas juuri siinä elämänvaiheessaan tarvitsee. Potilaan kokonaisvoimavaraistamisen mahdollistumiseksi ohjauksella asiantuntijasairaanhoitaja tarvitsee potilaan ohjauksen hallintaan vaikuttavia osa-alueita. Nämä osa-alueet on lisäksi nähtävä asiantuntijasairaanhoitajan oman voimavaraistumisen lähteiksi työn hallitsemiseksi.

Sisällönanalyysin avulla tämän tutkimuksen lopputuloksena teoreettiseksi kokonaisuudeksi kuvaantui *vuorovaikutteisuuden perustuva, dynaaminen ohjausprosessi laadukkaasti potilaan ohjauksen toteuttamiseksi*. Ohjausprosessissa tarvitaan yksilöä, potilaan ohjaajaa, organisaatiota, koulutuksen antajaa sekä tutkimusyhteisöä. Jokainen ohjausprosessiin osallistuja sekä ohjausprosessin eteneminen täytyy olla arvioitavissa ja osallistujatahoilla tulee olla mahdollisuus saada sekä antaa palautetta. Palautteen ja arvioinnin perusteella kukin voi tarkastella omia toimintatapojaan. Toimintatapojen jatkuva arviointi luo mahdollisuuden kehittyä edelleen. On tärkeää tiedostaa potilaan ohjauksen prosessin sen jokaisen alueen dynaamisuus, jatkuvan muutoksen mahdollisuus. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Yhteenveto tutkimustuloksista kirurgisen potilaan ohjauksesta asiantuntijasairaanhoitajan kokemana – vuorovaikutteisuuden perustuva, dynaaminen ohjausprosessi laadukkaan potilaan ohjauksen toteuttamiseksi

Tässä ohjausprosessissa yksilöllä tarkoitetaan potilaan ohjaajaa yksilöihmisenä sekä jokaista potilaan ohjauksen suunnittelussa, kehittämisessä ja toteuttamisessa osallisena olevaa henkilöä. Jokainen ohjausprosessiin osallistuva voidaan nähdä toinen toisensa resurssina laadukkaan potilaan ohjauksen – potilaan kokonaisvoimavaraistamisen saavuttamisessa.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi nivoutuvat tiiviisti yhteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä tulee tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheissa alkaen sen lähtökohdista päättyen raportointiin (Kylmä & Juvakka 2007). Lähtökohtaisesti voidaan ajatella, että jos tutkimus ei ole eettisesti kestävä, se ei voi olla luotettava, mutta eettinen kestävyys taas ei tee vielä tutkimuksesta luotettavaa (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tieteellisissä tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden mahdollisuuden syntymistä ja tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, joka koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2009) Tutkimuksen arvioinnissa huomio kohdistuu erityisesti tutkijaan, tutkimusaineistoon ja sen laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen & Nikkonen 2001, 37). Luotettavuutta voidaan tarkastella myös yleisillä luotettavuuskriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, Kyngäs 2011), jotka ovat valittu tämän tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereiksi. Arvioinnin toteutuksessa on tässä tutkimuksessa pyritty systemaattisuuteen ja kriittisyyteen suhteessa valittuihin kriteereihin.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja saatujen tulosten uskottavuutta eli sitä, miten hyvin tulokset vastaavat tutkimuskohteena ollutta todellisuutta (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksessa pyritään varmistamaan, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä (Kylmä & Juvakka 2007) eli tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmia potilaan ohjauksesta. Tutkimukseen osallistuneilla asiantuntijasairaanhoidajilla on tutkimustehtävän kannalta olennaista tietoa. Lisäksi he ovat lisäkoulutettuja sekä omaavat vankan kokemuksen potilasohjauksen toteuttamiseen. Tutkijan oma kokemus asiantuntijasairaanhoidajana ja potilaan ohjaajana toimiminen tuovat riittävää tuntemusta kyseiseen ilmiöön. Lisäksi tutkimuksen tekijälle mahdollistui jatkaa tutkimuksen toteuttamista pidempään alkuperäisestä tutkimussuunnitelmasta poiketen, joten tutkimukseen osallistujien näkökulman ymmärtämiseen liikenä myös lisää aikaa. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erityisesti tutkimukseen osallistujan näkökulmasta, jonka ymmärtäminen vaatii aikaa. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan varmistaa

sillä, että tutkimuksen tekijä on tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa riittävän paljon. (Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tutkimuksen uskottavuuden vahvistamiseksi voidaan käyttää triangulaatiota. Tässä tutkimuksessa esseekirjoitusten lisäksi aineistonkeruuta suunniteltiin jatkettavaksi tutkittavien luvan perusteella heitä haastatteleamalla, jos kertomukset eivät olisi tuottaneet riittävästi tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto tuotti riittävästi tietoa eikä haastatteluihin ollut aihetta ryhtyä. (Nieminen 2006, 218, Kylmä & Juvakka 2007.)

Tässä vaiheessa tutkimusta tutkija kuitenkin pohtii tutkittavien henkilökohtaisen tapaamisen, keskustelun ja vuorovaikutuksen mahdollista vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. Tutkija esitti kirjoitusohjeessa muutamia ajatuksia, jotta esseen kirjoittaminen tutkimukseen osallistuvilta olisi helpompaa ja mahdollisesti avannut uusia ajatuksia ilmiöstä. Näin menetellen pyrittiin ohjaamaan esseen kirjoittajia riittävän tarpeellisesti ja tarkasti, jotta osallistujat toimivat tutkimuksen edellyttämällä tavalla (Kylmä 2008, 112). Esseen kirjoittaminen saattoi olla liikaa aikaa vievää ja kokemukset kirurgisen potilaan ohjauksesta siten jäivät kuvauksiltaan lyhyemmiksi ja pinnallisemmiksi, kuin osallistuja itse olisi tahtonutkaan. Näihin kuvauksiin tutkijan olisi ollut mahdollisuus palata haastattelun avulla. Tämän toteutuneen laadullisen tutkimusmetodin jatkamista haastattelujen avulla olisi mahdollisesti syventänyt osallistujien näkökulman esiintuloa ja ymmärtämistä ilmiöstä sekä vaikuttanut siten myös vahvistumiseen uskottavuuden suhteen. Tarkentavat kysymykset tai erilaisten menetelmien yhdistäminen olisivat lisänneet tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 2006, 218, Kylmä & Juvakka 2007, Kylmä 2008, 116.)

Vahvistettavuudella viitataan koko tutkimusprosessin kuvaamiseen ja erityisesti tutkimuksen eri vaiheiden seikkaperäiseen kirjaamiseen. Tutkija on pyrkinyt dokumentoimaan tutkimusprosessin siten, että prosessin etenemistä voi seurata mahdollisimman tarkasti sekä arvioida tutkijan työskentelyä ja siinä tutkimuksen luotettavuutta. Tämän tutkimuksen aineisto koostui asiantuntijasairaanhoitajien tärkeistä yksilöllisistä kokemuksista kirurgisen potilaan ohjauksessa, eikä tutkimus siten ole toistettavissa täysin samanlaisena. Keskeistä kuitenkin on, että tutkimusprosessi ja siinä tehdyt ratkaisut ovat laadulliselle tutkimukselle tyypillisenä seurattavissa ja toistettavissa. (Lincoln & Guba 1985, Kylmä & Juvakka 2007, Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tulkintaeroavaisuudet tutkimusta toistettaessa eivät ole välttämättä luotettavuusongelma, koska erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäisivät ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007).

Tutkimuspäiväkirjan muistiinpanojen laatiminen koko tutkimusprosessin ajan mahdollistaa tarkan kuvauksen kirjaamisen raportin kaikkiin vaiheisiin (Lincoln & Guba 1985, Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuspäiväkirjassa tutkija oli dokumentoinut tutkimusprosessin eri vaiheiden etenemistä ja niihin liittyviä ongelmia ja ratkaisuja, toimintaansa tutkijana, ensimmäisistä alustavista yhteydenotoista eri organisaatioihin, asemaansa aineiston kerääjänä ja analysoijana. Tutkimusraportissa on avattu esimerkiksi aineiston keruun vaiheiden vaikeuksista ja ratkaisuista tutkimukseen osallistujien saamiseksi. Samoin raportissa on kuvattu tutkijan suhde tutkittavan ilmiöön analyysin toteuttamisvaiheissa. Tutkija tiedosti ilmiöön liittämänsä merkityssuhteet ja kirjoitti omat ennakkokäsityksensä tutkimuspäiväkirjaan. Siten tietoisesti pyrittiin ”puhdistamaan” tutkijan ajatukset ennakkokäsityksistä, jotka olisivat muuten saattaneet ohjata tutkimusaineiston analysointia. Ilman tutkijan omien ennakkokäsitystensä tunnistamista ja kirjaamista, olisi tutkija saattanut helposti ymmärtää asiantuntijasairaanhoidtajien kokemuksista sen, miten tutkija siitä jo aiemman perusteella ymmärsi. Edellä kuvatusti - sulkeistamalla tutkija on pakotettu pohtimaan, onko nyt hänelle muodostuva kuva tutkimusaineistosta vai tutkijan omaa rakennettua tulkintaa. Sulkeistaminen on edellytys tutkimukselliselle ymmärtämiselle, että tutkija voi uudelleen kokea ilmiön mahdollisimman objektiivisesti. (Perttula 2009, 145, Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tutkijan merkintä tutkimuspäiväkirjaansa lainatusta siteerauksesta selventää edellä kuvatun, mistä suhteesta on tutkittavassa ilmiössä kyse suhteessa tutkijaan:

”Vaikka tiede tavoittelee objektiivisuutta, on tutkija silti subjekti; ymmärrys tutkimuskohteesta rakentuu hänen tajunnalleen” (Perttula 2009, 146).

Laadullinen tutkimus perustuu usein avoimeen suunnitelmaan, joka täsmentyy tutkimuksen edetessä (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuspäiväkirjassa tutkija on kuvannut tutkimuksen etenemistä ja aineiston analyysivaiheiden pohdintaa. Aineisto tuotti rikkaita ilmaisuja kirurgisen potilaan ohjauksesta ja tutkija sai vaikutelman, että saatu aineisto oli laajempi, mitä tutkimuskysymys edellytti vastaamaan. Vaihtoehtona olisi ollut jättää pois osa saadusta aineistosta, mutta tutkimuksen ilmiön laajemman ymmärryksen vuoksi oleelliseksi koetusta aineistosta ei haluttu jättää mitään pois. Tutkija päätyi lisäämään toisenkin tutkimuskysymyksen. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että sen kulkua on vaikea täysin ennustaa (Hänninen 2008, 125). Tutkimustehtävät ovat yleensä tutkimuksen alussa laajoja, ja ne voivat tarkentua tutkimusprosessin aikana. Tutkijan onkin oltava tarvittaessa joustava alustavien tutkimustehtävien muuttamisen suhteen, ettei vaarantaisi tutkimukseen osallistuvien näkökulman esille tulemistä tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, Hänninen 2008, 125, Kylmä 2008, 111.)

Vahvistettavuus ilmenee tutkijan kuvauksilla ja perusteluilla, jotka ohjasivat analyysiyksikön valintoja analyysiprosessissa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkija on pyrkinyt lisäämään vahvistettavuutta lisäksi kuvaamalla raportissa tutkimusaineiston kuvioina sekä kirjoitettuna tekstinä käyttämällä asiantuntijasairaanhoidajien kirjoitelmien autenttisia lainauksia, jotta lukija voi arvioida tehtyjä tulkintoja alkuperäisaineiston ja analysoinnin vastaavuudesta. Suorien lainauksien käyttöä tulosten raportoinnissa pidetään keskeisenä luotettavuutta arvioitaessa (Kyngäs 2011). Tutkija korostaa pyrkimystä tavoittaa osallistujien subjektiivinen todellisuus sekä subjektiivisiin kokemuksiin ja tutkittavaan ilmiöön liittyvät merkitykset. Myös tässä mielessä tutkimuksessa korostuu objektiivisuuden sijaan subjektiivisuus.

Reflektiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan sekä roolistaan tutkijana koko tutkimusprosessin ajan. Aikaisemmat tiedot tai havainnot tutkittavasta ilmiöstä eivät saa vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai tuloksiin, koska analyysin tulee olla aineistolähtöistä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tutkijan aikaisempi tietous ja kokemus tutkittavasta ilmiöstä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, mikäli tutkija ei tiedosta tätä seikkaa (Kylmä & Juvakka 2007). Tämän tutkimuksen alkuvaiheista saakka tutkija on tehnyt tietoisin valinnan tutkittavasta ilmiöstä tiedostaen oman kokemuksensa asiantuntijasairaanhoidajana ja potilaan ohjaajana toimimisestaan. Omista taustoistaan johtuen tutkija on tutkimusprosessissaan kriittisesti arvioinut tutkittavan ilmiöstä jo olemassa olevia ennakkokäsityksiään, valitessaan tutkimuksellista näkökulmaa, pohtiessaan menetelmävalintoja, analysoidessaan aineistoa sekä esittäessään tutkimustuloksia ja johtopäätöksiään.

Tutkimuksen tekijä on toiminut sairaanhoidajana neljännesvuosisadan ajan. Potilaan ohjaus on ollut hoitotyössä toimiessaan tutkijalle aina niin kutsutun lempilapsen asemassa. Tutkijalla on kokemusta sekä eri erikoisalojen sairaanhoidajana että asiantuntijasairaanhoidajana toimimisesta ja on vertaillut eri erikoisalojen eroavaisuuksia potilaan ohjauksesta ohjaajan näkökulmasta. Mielenkiinto tämän tutkimuksen tekemiseksi pohjautui kirurgisen potilaan ohjauksessa tutkijan kohtaamiin ongelmiin sekä kiinnostukseen kehittää potilaan ohjausta siten, että sitä voitaisiin hyödyntää eri hoitotyön konteksteissa sekä erikoissairanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Lisäksi tutkijan kokemukset ovat vahvistaneet tutkijan näkemystä asiantuntijasairaanhoidajien merkityksestä potilaan ohjaajana, eivätkä asiantuntijasairaanhoidajien näkökulmat ja ”ääni” ole saavuttaneet vielä sitä asemaa, mikä sille kuuluisi.

Tutkimuksen tarkoituksen perusteella tutkimusaihetta lähestyttiin asiantuntijasairaanhoidajien kokemuksen näkökulmasta. Potilaan ohjausta olisi ollut mielenkiintoista lähestyä myös

hallinnollisesta näkökulmasta, esimerkiksi miten esimiestäho on nähnyt asiantuntijasairaanhoitajan merkityksen potilaan ohjaajana. Lisäksi tutkimusaiheeseen olisi voinut pureutua potilaan näkökulmasta asiantuntijasairaanhoitajalta saamastaan ohjauksesta. Omakohtaiset kokemuksen myötä muodostuneet ennakkokäsitykset olisivat saattaneet olla enemmän taka-alalla eikä niinkään kriittisesti työstettävänä kuin tämän tutkimuksen eri vaiheissa tutkija on tiedostanut työstävänsä.

Tutkimuskirjallisuuden osalta tutkijan lähtökohtana ja mielenkiinnon kohteena on ollut kuvata potilaan ohjausta sekä potilaan ohjauksella tavoiteltavia seikkoja ja ohjauksen merkityksiä potilaalle. Lisäksi tutkija on pyrkinyt tutkimuksen lähtökohdissa kuvaamaan ja avaamaan tutkimuskirjallisuuden avulla sairaanhoitajan laajennettua tehtävänimikettä asiantuntijasairaanhoitajana, siihen vaadittavaa koulutusta sekä asiantuntijasairaanhoitajan itsenäistä vastaanottoimintaa potilaan ohjauksessa, joista löytyi vain vähän hoitotieteellisiä julkaisuja. Tarkoituksena on ollut tarkastella tieteellisen kirjallisuuden pohjalta asiantuntijasairaanhoitajan kokemuksia potilaan ohjaajana peilaten omiin kokemuksiin, mutta tilanne oli ongelmainen siitä löytyvien tieteellisten julkaisujen puutteellisuuden vuoksi. Löydetyt tutkimukset tai tutkimusartikkelit ovat keskittyneet enemmänkin kuvaamaan sairaanhoitajien kehittymistä asiantuntijasairaanhoitajaksi ja asiantuntijasairaanhoitajan eri rooleja, mikä todetaan myös aiempien tutkimusten (Pollard ym. 2010) yhteydessä eikä siten ole täysin hyödynnettävissä tutkijan intresseihin ja tähän pro gradu -tutkielmaan. Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että puuttuvan aikaisemman tutkimustiedon vuoksi tuloksia ei voida täysin vahvistaa.

Valintaa päätyä laatimaan tämä pro gradu -tutkielma laadullisella tutkimuksella, oli ohjaamassa tutkimuksen tarkoitus kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta. Aihealueesta ei löytynyt tutkimuksia, ja siten laadullista tutkimusmenetelmää voidaan pitää aiheellisena menetelmävalintana. Aineiston keruun osalta oikeaksi valinnaksi muodostui essee -kirjoitelmien avulla pyydetty aineisto. Se oli perusteltua, koska tutkijan ennakkokäsitykset tutkittavasta ilmiöstä eivät voineet olla millään tavoin ohjaamassa osallistujien mielipiteitä tai vaikuttamassa heidän kokemukseensa potilaan ohjaamisesta, kuten olisi voinut tapahtua esimerkiksi haastatellessa asiantuntijasairaanhoitajia. Myöskään mahdollisuudella käyttää tarkentavia kysymyksiä ei voitu vaarantaa osallistujien ”äänten” esiin tulemistä, koska aineistonkeruuta ei nähty tarpeelliseksi jatkaa sen jälkeen, kun tutkija oli saanut tarpeeksi rikkaan aineiston (Tuomi & Sarajärvi 2009). Essee – kirjoitelmien palauttaminen tutkijalle sähköpostitse tai maapostitse olivat tiedotteessa esitetyt vaihtoehdot tutkimukseen osallistujille. Tutkimukseen osallistujia olisi saattanut olla määrältään enemmän, jos esseet olisi voinut palauttaa vain maapostitse täysin anonymisti.

Toisaalta taas sähköpostitse esseen palauttaminen voidaan kokea vaivattomampana vaihtoehtona sähköisen viestinnän yleistyneestä käytännöstä johtuen. Tutkija ei voi päätellä, olisiko jompikumpi vaihtoehdoista ollut parempi, joten vaihtoehtoinen palautusoikeus oli varsin perusteltua.

Kirjoitelmat palautettiin suurilta osin sovittuina ajankohtina muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, jolloin tutkimukseen osallistujat ilmoittivat palauttavansa kirjoitelmat viettämänsä loman jälkeen. Muutamien luvattujen, mutta lopulta palauttamatta jääneiden kirjoitelmien syynä saattoi olla palautusajankohdan sijoittuminen juuri alkavien kesälomien aikaan. Kaksi tutkimukseen kysytyä asiantuntijasairaanhoitajaa ilmoitti kirjoitelman laatimisen olevan liian työläään toteutettavaksi. Lisäksi esseen palauttaminen sähköpostitse aiheutti yhdessä alustavasti lupautuneessa osallistujassa hämmennystä sähköpostitse palautetun esseen tunnistettavuusmahdollisuuden vuoksi, vaikka tutkija oli sekä suullisesti että kirjallisesti kertonut tutkimuksen eettisistä näkökohdista (kts. luku 6.2). Tämä saattoi olla yhtenä esteenä tutkimukseen osallistumiselle lomakauden ja ehkä työläältä vaikuttavan esseen laatimisen lisäksi. Aineiston täydentämiseksi tehdyt ratkaisut edesauttoivat tutkijaa etenemään tutkimuksen analysointivaiheeseen eikä aineiston saamisen viivästyminen aiheuttanut tutkimuksen etenemiseen suurempaa ongelmaa.

Tutkijan vaikutukset aineiston analyysin vaiheissa ei ole kiellettävissä. Tutkijan valinta analyysistä metodina perustui tutkijan aikaisempaan kokemukseen ja tuntemukseen sisällönanalyysistä sekä mieltymyksestä siihen. Tämän tutkimuksen sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, jolloin tutkijan nimetessä kategorioita oli kriittisesti arvioitava tutkijan jo olemassa olevia ennakkokäsityksiä ja pidättäytyä aineistolähtöiseen kategorioiden nimeämiseen. Nimeämisen taustalla ei myöskään ollut vaikuttamassa aikaisemmat teoriat tai valmiit mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Nimeämisen vaiheissa tutkija joutui toteamaan vielä jumittuneensa analyysin apuvälineiksi tarkoitettuihin käsitteisiin liikaa, joka olisi voinut heikentää aineistolähtöisyyttä (Kylmä & Juvakka 2007).

Aineiston pelkistämisen vaiheissa tässä tutkimuksessa nähtiin tarpeelliseksi käyttää tiiviisti kirjoitelmissa esitettyjen ilmaisujuen vuoksi lähes samoja sanoja kuin alkuperäisilmauksissa. Olennaisen sisällön säilymisen vuoksi on edellytettyä käyttää alkuperäisilmauksien kanssa samoja sanoja (Kylmä & Juvakka 2007). Essee -kirjoitelmat olivat uutena kokemuksena tutkijalle haasteellinen niiden sisältämien osallistujien kirjoittamien lyhyiden ja ytimekkäiden lauseilmaisujuen vuoksi. Kirjoitelmissa ei esiintynyt niin sanotusti merkityksettömiä tai turhia sanoja, vaan tutkija koki kirjoitusten sisältämien sanojen olevan täyttä asiaa.

Tutkimuksen tekijä on pyrkinyt tarkasti eri yhteyksissä kuvaamaan, arvioimaan ja raportoimaan mahdollisen vaikutuksensa aineistoon ja koko tutkimusprosessiin, kuten jo edellä oli luettavissa arvioitaessa vahvistettavuutta. Haasteena tutkija on kokenut pysymisen tutkijan roolissa keskeyttämällä luonnollisen, jo omaksutun asenteensa tutkittavaa ilmiötä kohtaan. Se on ollut tutkijan keino ymmärtää olennaisin tutkimukseen osallistujien kokemuksista. (Perttula 2009, 144). Vaikka tutkija on ollut roolissaan tutkijana aktiivinen, on hänen koko tutkimusprosessin ajan ollut pidettävä kirkkaana mielessään laadullisen tutkimuksen tavoite: tavoitteena löytää tutkimuksen osallistujan näkökulma tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön eikä hahmottaa esimerkiksi tutkimusaineistoon jo olemassa olevan tiedon näkökulmasta (Kylmä 2008, 113, 116).

Siirrettävyys luotettavuuden tarkastelussa tarkoittaa ilmiön siirrettävyyttä toiseen kontekstiin (Kylmä & Juvakka 2007), tutkimuksen tulosten siirtämistä vastaaviin tilanteisiin (Kylmä 2008, 117). Tutkija on pyrkinyt yksityiskohtaiseen kuvaukseen, että ilmiön siirrettävyyttä voidaan arvioida, missä määrin tulokset ovat sovellettavissa toisien erityisvastuualueiden (ERVA) sairaaloiden, tai muiden yliopistojen sekä kansallisten ja kansainvälisten operatiivisiin tai potilaan ohjauksesta vastaaviin yksikköihin. Asiantuntijasairaanhoitajien näkökulmien tarkastelu potilaan ohjauksesta lisää tulosten hyödynnettävyyttä toisissa samankaltaisissa konteksteissa potilaiden ohjauksen kehittämisessä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisen potilaan ohjausta ja asiantuntijasairaanhoitajien kertomien kokemusten perusteella muodostaa tutkittavasta ilmiöstä teoreettinen kokonaisuus. Muodostetuissa malleissa, kuten tässäkin teoreettisessa kuvauksessa kirurgisen potilaan ohjauksen kokonaisprosessissa on esitetty käsitteet, niiden keskinäiset hierarkiat ja suhteet toisiinsa. (Kyngäs ym. 2011). Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää edellä kuvatun mukaan ja lukijan kriittisen arvioinnin perusteella esiteoreettisena mallinnuksena. Teoreettista kuvausta voidaan siten hyödyntää osin tai kokonaisuutena muiden sairaaloiden operatiivisissa yksiköissä ja hoitotyön muissa vastaavissa yhteyksissä potilaiden ohjauksen suunnittelussa, kehittämisessä ja tehostamisessa.

Tutkimuksen osallistujiin liittyvänä tulosten siirrettävyyteen vaikuttavana seikkana tässä tutkimuksessa esitetään tutkimukseen osallistuvien asiantuntijasairaanhoitajien määrä. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on tutkimukseen osallistujien suhteellisen pieni määrä, mutta pyrkimyksenä on saada silti mahdollisimman rikas aineisto tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä 2008, 114.) Tutkimukseen osallistujien määrää ei etukäteen voi tarkkaan määrittellä (Kylmä 2008, 115), kuten ei tämänkään tutkimuksen kohdalla. Osallistujien määrän valinnassa vaikuttivat yhdessä sekä tutkittava ilmiö ja tutkimuksen tarkoitus että kerätyn aineiston laatu aineistonkeruun

edetessä. Aineistonkeruu saavutti tilanteen, jossa se ei enää tuottanut uutta tietoa ja aineisto alkoi toistaa itseään (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena saada aineisto kerätyksi alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaisessa aikataulussa, johon mennessä tutkija sai alustavia lupauksia tutkimukseen osallistumisesta 16 :lta asiantuntijasairaanhoidajalta. Aineistoon tutustuminen osoitti tarpeen aineiston täydentämisestä, jonka jälkeen palautui kirjoitelmia siten, että tutkija oli tyytyväinen aineiston saturaatiopisteen saavuttamisesta. Pyrkimys saada mahdollisimman monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä saavutettiin. Saturaatiopisteen saavuttamisen käsite voidaan yhdistää tutkimustulosten yleistettävyyteen, kun aineisto alkaa toistaa itseään ja pienestäkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Saturaatiopisteen saavuttamisella mahdollistui rikas ja monipuolinen aineisto, joka osaltaan puoltaa tutkijan arvion perusteella tutkimustulosten siirrettävyyttä. Siirrettävyyttä heikentävänä seikkana tutkija näki vuorovaikutuksen puuttumisen tutkijan ja osallistujien väliltä ja siten syvällisemmän näkökulman esille tulemisen tutkittavasta ilmiöstä. Siirrettävyys olisi mahdollisesti vahvistunut jatkettaessa aineistonkeruuta osallistujien tarkentavalla haastattelulla tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusaineistosta olisi saattanut saada näin menetellen rikkaamman kuvailun, jonka avulla lukija olisi voinut arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä.

6.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuseetikassa on kyse eettisesti hyvästä ja luotettavasta tieteellisestä käytännöstä ja tutkimuseettisistä ohjeista (Etene 2001). Tutkimuksen tekijä on edennyt tämän tutkimuksen eri vaiheissa kysellen, mitä eettisiä ongelmia tutkimukseen saattaa liittyä ja miten edistää tutkimuksellaan hyvää ja oikeaa tutkimuseettisten ohjeistusten mukaisesti (Kylmä 2008, 118). Tutkimuseettisiä kysymyksiä on pohdittu ja tarkasteltu kriittisesti tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkija on tietoinen siitä, että eettisyys koskettaa tutkimuksen jokaista osa-aluetta (Länsimies-Antikainen 2008, 91).

Tutkimukselle haettiin asianmukaiset tutkimusluvut kohdeorganisaatioilta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistuminen oli mahdollista keskeyttää, jos tutkimukseen osallistuja näin päätti. Tutkittavia informoitiin etukäteen kirjallisella tiedotteella (Liite 2) tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tutkittavien oikeuksista. Tällä varmistettiin vaatimukset turvata tutkimukseen osallistuvien asema ja oikeudet (Länsimies-Antikainen 2008, 91). Tiedotteessa esitettiin tutkijan yhteystiedot, mikä mahdollisti tutkimukseen osallistujan saamaan tutkimuksesta tarvittaessa lisätietoja. Tutkimukseen osallistujat allekirjoittivat henkilökohtaisen suostumuslomakkeen (Liite 3) osallistumisestaan tutkimukseen (Hänninen 2008, 125, Länsimies-

Antikainen 2008, 92). Tutkimukseen osallistujille tiedotettiin, mistä tutkimuksessa on kysymys, mitä tutkimukseen osallistuminen hänen kannaltaan merkitsee ja miten tietoja tullaan käyttämään, ja että osallistuminen on vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Näin menetellen kirjoituspyyntöjen avulla saatu aineisto on eettisesti suhteellisen ongelmatonta. (Hänninen 2008, 125.)

Aineisto tallennettiin ilman henkilötietoja ja käsiteltiin luottamuksellisesti. Aktiivisesti käsiteltävät tiedostot ja tutkimukseen osallistujat koodattiin. Ne säilytettiin tutkijan omissa tiedostoissa, joihin vain tutkijalla oli mahdollisuus päästä käsiksi henkilökohtaisen salasanan avulla. Yksittäisten tutkittavien identifiointi oli siten mahdotonta. Tietosuojan kannalta tutkimusdata tulee anonymisoida heti, kun se on mahdollista (Pirttilä 2008, 82). Aineisto tuhottiin välittömästi tutkimuksen valmistuttua yliopiston julkaisukantaan julkaistavaksi.

Tutkija joutui raporttia kirjoittaessaan tasapainottelemaan osallistujien ja heidän tilanteidensa tarkan kuvauksen ja tunnistettavuuden säilymisen välillä. Liian vähäinen kuvaus voi minimoida tiedon kontekstualisoinnin eli tekstin yhteyteen liittyvän ja tarkoitetun ajatussisällön. Liian tarkka kuvaus taas olisi altistanut anonymisoujan murtumiseen. Etiikan pääsäännöistä tärkeimpiä on, että osallistujan henkilöys ei saa tulla esiin raporteissa, ellei toisin sovita. Raportoinnin tulokset tulee pyrkiä laatimaan siten, etteivät tutkimukseen osallistujat ole julkaisun sivuilta tunnistettavissa. (Hänninen 2008, 133, Kylmä 2008, 117). Tässä tutkimuksessa henkilöiden nimet ja muut tunnistamisen mahdollistajat on muutettu ja raportti siten anonymisoitu. Lisäksi vastaajien tunnistettavuus on häivytetty siteerauksista jättämällä pois kyseisen erikoisalan asiantuntijuudesta kertova sana. Jossain tilanteessa tutkija valitsi tietoisesti tekstin yhteyteen tarkoitetun ajatussisällön poisjättämisen, lyhyemmän kuvauksen ilmauksesta, että anonymisoituminen varmistuisi. Kirjoitettuun kielelliseen ilmaisuun suuntautunut tutkimustapa pakottaa säilyttämään sitaatit muuten muokkaamattomina (Hänninen 2008, 133).

Tutkija sitoutui tutkimuseettisiin periaatteisiin, jotka ovat hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen, oikeudenmukaisuus ja autonomian kunnioittaminen. Tutkimuksessa liikuttiin henkilökohtaisten kokemusten ja näkemysten alueilla ja siten analysointi sekä raportointi laadittiin eettisten periaatteiden mukaisesti kuvaten tutkittavaa ilmiötä osallistujien näkökulmasta siten, että kuvaukset eivät olleet loukkaavia. (Kylmä 2008, 111.)

Laadullisessa tutkimuksessa vaikeutena nähdään usein haastattelutilanteen ennustamaton ja ehkä hallitsematon luonne. Tutkimukseen osallistuja voi kertoa asioita, joita hän ei muuten kertoisi ja joita hän ei etukäteen aavistanut tulevansa kertomaan (Hänninen 2008, 126). Tämän tutkimuksen

aineistonkeruussa tutkija ei nähnyt edellä kuvatunlaista haastetta. Esseitä kirjoittaessa osallistujat saivat mahdollisuuden miettiä kirjoituksiaan, muuttaa kirjoitettua tekstiään tai vetäytyä tutkimuksesta viime hetkillä, jos alkuperäinen suullisesti annettu suostumus alkoi kaduttaa. Tutkijan yhteystiedot olivat osallistujien käytettävissä, jos kirjoitetut, jo lähetetyt esseiden ajatukset alkoivat kaduttaa ja siten heidän olisi ollut mahdollisuus vielä perua tutkimukseen osallistumisensa.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulokset kertoivat kirurgisen potilaan ohjaamisesta erikoissairaanhoidossa toimivien asiantuntijasairaanhoitajien näkökulmasta. Tulokset valottivat, miten laaja-alaisena kirurgisen potilaan ohjaus nähdään. Ensimmäisen tutkimustehtävän tulokset tutkimukseen vastanneiden kokemana kirurgisen potilaan ohjauksen olemuksesta nivoutuivat potilaan voimavarojen turvaamiseen kokonaisvaltaisesti eli *potilaan kokonaisvoimavaraistamiseen* asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamalla ohjauksella. Toisen tutkimustehtävän avulla pyrittiin tunnistamaan niitä tekijöitä, mitkä vaikuttavat kirurgisen potilaan ohjaukseen asiantuntijasairaanhoitajien kokemana. Tulosten mukaan kirurgisen potilaan ohjaukseen oli vaikuttamassa erinäiset tekijät, jotka muodostuivat oleellisiksi asiantuntijasairaanhoitajan kokemukseen potilaan ohjauksen hallitsemiseksi. Ne muodostivat kirurgisen potilaan ohjaukseen tarvittavat *ohjauksen hallinnan osa-alueet*.

Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana

Kokonaisvoimavaraistaminen ilmeni tutkimustuloksissa pyrkimyksenä potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaamiseen. Konkreettisten, henkisten ja tiedollisten voimavarojen turvaaminen korostuivat kirurgisen potilaan ohjauksessa. Sosiaalisten voimavarojen turvaaminen jäi hieman vähäisemmälle huomiolle potilaan ohjauksessa asiantuntijasairaanhoitajien kokemana.

Potilaan konkreettisten voimavarojen turvaaminen

Potilaan konkreettisten voimavarojen turvaamisella on tavoiteltu potilaan hoitojen onnistumista tai leikkausvalmiutta. Toteuttamallaan leikkausarvioinnilla asiantuntijasairaanhoitaja on kartoittanut potilaan leikkauskelpoisuuden esimerkiksi selvittämällä potilaan muut olemassa olevat sairaudet ja niihin liittyvät asiat. Ohjauksen tai hoitotyön suomin mahdollisuuksin on pyritty saattamaan potilaan sairaudet tasapainoon ja kokonaistilanne toimenpidettä vaatimalle tasolle. Ohjaamisen avulla on haluttu maksimoida sairauden hoidon tai suunnitellun toimenpiteen onnistuminen.

Ohjaamalla tiedostamaan ja ennaltaehkäisemään mahdolliset leikkausriskit tai hoidon komplikaatiot on voitu mahdollistaa sairaalassa vietetyn hoitoajan lyhentymisen. Potilaan kotiutumiseen on voitu vaikuttaa ohjattavien itsehoitoa ja kuntoutumista tukemalla ja siten turvaten sekä vahvistaen potilaan asennetta aktiivisena omaan hoitoonsa osallistujana. Asiantuntijasairaanhoitajien tavoitteena on ollut pyrkimys ohjauksen avulla vaikuttaa potilaan koko hoitoprosessin sujumiseen. Potilaan sairaalassa vietetty aika on saattanut esimerkiksi muista sairauksista johtuen pidentyä ja kuntoutuminen ei ole edistynytkään odotetulla tavalla, johon asiantuntijasairaanhoitajat ohjauksella ovat halunneet vaikuttaa. Konkreettisten voimavarojen turvaaminen näyttäytyi asiantuntijasairaanhoitajien kuvauksissa pyrkimyksenä hyvällä, kattavalla ohjauksella mahdollistamaan potilaan parhaan mahdollisen hoidon tai leikkauksen onnistuminen. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Giraudet-Le ym. 2003, Pour ym. 2007, McDonald ym. 2008) on todettu tehokkaasti toteutetun potilaan ohjauksen edistävän leikkauksesta toipumista ja kuntoutumista. Ennen leikkausta tapahtuva ohjaus on vähentänyt ortopedisen leikkauksen jälkeisiä kaatumisia ja siitä johtuvia seurannaisvaikutuksia niillä potilailla, jotka osallistuivat sairaanhoitajien toteuttamaan ohjaukseen (Clarke ym. 2012). Ennen leikkausta saavutetulla leikkauksekelpoisuudella on ollut vaikutusta hyvään leikkauksen lopputulokseen ja kotiutuminen on mahdollistunut nopeammin (Crove & Henderson 2003). Ohjauksella on ollut vaikutusta myös ennen leikkausta koetun (Giraudet-Le ym. 2003) sekä leikkauksen jälkeisen kivun hallintaan (Giraudet-Le ym. 2003, Wong 2010, Kearney ym. 2011) ja siten koko hoitojakson onnistumiseen. (Pour ym. 2007.)

Potilaan henkisten voimavarojen turvaaminen

Luomalla potilaaseen luottamuksellinen suhde, tukemalla henkisesti, vaikuttamalla turvallisuuden tunteen syntymiseen sekä kannustamalla potilasta sitoutumaan hoitoonsa asiantuntijasairaanhoitaja on pyrkinyt *turvaamaan potilaan henkisiä voimavaroja*. Aiemman tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoitajien antama ohjaus on koettu hyvänä, koska ohjaajien on arvioitu olevan päteviä ohjaajia. Heidän toteuttamansa ohjaustilanteet ovat olleet kiireettömiä (Liimatainen ym. 2011). Tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoitajat ovat kokeneet rakentavansa potilaaseen luottamuksellista suhdetta asiantuntijasairaanhoitajan osaamisella. Osaamisen on koettu edistävän potilaan luottamusta ohjaajalta saamaansa hoitoon tai hoidon ohjaukseen. Potilaan huomioiminen sekä kiireetön ja rauhallinen kohtaaminen ohjaustilanteessa ovat edesauttaneet potilaan ja vastaajien välillä luottamuksellisen suhteen syntymisessä. Itsenäisesti toteutettavalla vastaanotolla asiantuntijasairaanhoitajalla on ollut enemmän mahdollisuuksia tukea potilasta hänen erilaisissa elämäntilanteissa ja sairauden vaiheissa. Henkinen tuki on nähty osaksi asiantuntijasairaanhoitajan antamaa hoitoa. Vertailtaessa tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin, on ohjauksen myönteisestä

vaikutuksesta potilaan ennen leikkausta esiintyvään ahdistuneisuuteen ollut näyttöä (Lee & Lee 2000, McDonalds ym. 2008, Walker 2007). Potilaan ohjauksella on saatu vähennettyä merkittävästi huolia, jännitystä ja pelkoja (Giaurdet-Le 2003, McDonalds ym. 2008, Pour 2007) sekä ahdistuneisuutta tekemällä tuntematon tutuksi, kuten tapaamalla hoitoonsa osallistuvaa henkilökuntaa ja tutustumalla tulevaan hoitoympäristöönsä. (Spalding 2003.) Tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoidajat ovat kokeneet, että potilaan turvallisuuden tunne on lisääntynyt, kun he ovat tavanneet aiemmilta ohjauksikäynneiltään jo tutuksi tulleen ohjaajan. Hyvällä ohjauksella on saatu vaikutettua potilaan kokemukseen turvallisesta kotiutuksesta.

Asiantuntijasairaanhoidajan pyrkimyksenä on ollut kannustaa potilas sitoutumaan hoitoonsa hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi. Tämä oli edesauttanut potilaan hoitojen sujumista myös seuraavilla hoitokerroilla. Vaikeuksia oli ollut odotettavissa hoidon onnistumisen suhteen, jos potilaan sitoutuminen hoitoonsa oli jäänyt vähäiseksi. Sitoutumisen merkitystä on korostettu aiemmissakin tutkimuksissa (Kääriäinen 2008, Routsalo ym. 2009). Hoitoon sitoutuminen on jonkin verran parantunut systemaattisesti ja toistuvasti toteutetulla ohjausinterventiolla (Kemi 2009). Toisaalta potilaan sitoutuminen hoitoonsa on todettu myös jäävän puutteelliseksi, joihin on saattanut vaikuttaa ohjaukselliset seikat (Hyttinen 2011). Asiantuntijasairaanhoidajan toteuttamalla itsenäisellä vastaanotolla on korostunut mahdollisuus toteuttaa hyvin asiakkaan henkisten voimavarojen turvaaminen. Tämä puoltaa vahvasti näkemystä asiantuntijasairaanhoidajan toteuttaman itsenäisen vastaanoton tarpeellisuudesta.

Potilaan sosiaalisten voimavarojen turvaaminen

Tiedottamalla potilaalle mahdollisuudesta olla yhteydessä tarpeen vaatiessa puhelimitse tai erillisellä vastaanottokäynnillä hoitavaan yksikköön tai asiantuntijasairaanhoidajaan on pyritty *turvaamaan potilaan sosiaalisia voimavaroja*. Potilaat ovat ottaneet kiitollisina vastaan tiedon, kun heille on selvitetty asiantuntijasairaanhoidajan roolista toimia tukihenkilönä sairaalassa. Toimiessaan linkkinä sairaalan ja kodin välillä terveydenhuollon asiantuntijoiden on todettu tukevan potilaita, kun potilaat ovat jatkaneet toipumisprosessiaan (Showalter ym. 2000, Eloranta ym. 2010). Asiantuntijasairaanhoidajat ovat olleet helpoimmin saavutettavissa, kun on tarvittu jatkuvaa ohjausta tai tukea (Pollard ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoidajien kokemuksesta läheisen merkitys potilaille on korostunut, kun sairaus tai tilanne on vaatinut toisen henkilön apua ja tukea sen hetkisestä elämänvaiheestaan selviytymiseen. Sekä kotona oleva että vastaanotolla hoidoissakin osallistuneena ollut läheinen on koettu tärkeänä sosiaalisena voimavarana potilaalle. Tältä näkökulmalta on koettu

tarpeelliseksi ohjata potilaita läheisten huomioiden, sillä se turvaa kotona selviämistä (Liimatainen 2011). Läheisen ohjaus potilaan ohjauksen lisäksi on vaikuttanut myös potilaan tyytyväisyyteen saamastaan hoidosta (Pour 2007). Muun potilaan sosiaalisen elämän huomioiminen on tullut vastaajien kirjoituksissa esiin. Potilaan kanssa yhdessä on kartoitettu hänen tähän elämänvaiheeseensa mahdollisesti vaikuttavia asioita, kuten työelämää, harrastuksia ja seksuaalisuutta. Kartoituksella on pyritty löytämään niitä sosiaalisia voimavaroja, joita on ollut saavutettavissa. Elorannan ym. (2010) tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoitajat ovat vastaanotollaan keskustelleet sosiaaliseen osa-alueeseen liittyvästi erityisesti mahdollisuuksistaan jatkaa harrastuksiaan. Sosiaalisten voimavarojen turvaaminen jäi tässä tutkimuksessa hieman ohjauksessa taka-alalle muiden voimavarojen tullessa vahvemmin esiin asiantuntijasairaanhoitajan kirurgisen potilaan ohjauksessa. Tämä saattaa kuvata sitä, että kirurgisen potilaan kokonaisvoimavaraistamisessa jokin tämän tutkimuksen voimavara-alueista nousee aina voimakkaammin esille potilaan tarpeena ja toinen voimavara-alue tarvitsee vastavuoroisesti vähemmän huomiota. Siksi tämän tutkimuksen voimavara-alueet eivät ole mitenkään lokeroitavissa rajausviivojen sisälle, vaan kokonaisvoimavaraistamisessa pyritään etenemään potilaan tarpeiden mukaisesti.

Potilaan tiedollisten voimavarojen turvaaminen

Asiantuntijasairaanhoitajien ohjauksessa potilaalle jaettavan tiedon on täytynyt kattaa ne asiat, mitkä potilas on tarvinnut kyseisen sairauden hoidossa tai leikkausprosessinsa aikana. Pyrkimällä turvaamaan potilaan tiedollisia voimavaroja, ohjaukseen liittyvän tiedon on täytynyt olla olennaisen tiedon lisäksi totuudenmukaisuuteen perustuvaa, eikä tiedottamatta ole saanut jättää vaikeaksi koettujakaan asioita. Potilaat ovat aikaisempien tutkimuksen valossa pitäneet tärkeimpinä informaationa tietoja oireista, komplikaatioista, kivunhallinnasta (Sjöling ym. 2005) ja lääkkeitä (Johansson ym. 2002). Potilaille ei ole riittänyt, että ainoastaan biologis-fyysisiin tai toiminnallisiin seikkoihin kiinnitetään huomiota, vaan jaettavan tiedon tulisi koskea myös eettisiä ja taloudellisia aiheita, joihin on kiinnitetty vähiten huomiota (Johansson ym. 2002, Johansson 2006). Elorannan ym. tutkimus (2010) vahvistaa taloudellisten asioiden käsittelyn olleen ollut niukkaa ja ohjaus potilaan oikeuksista on jäänyt vähäiseksi. Tässä tutkimuksessa eettisten kysymysten käsittely, kuten asiakkaan oikeudet tai sosioekonomiset aiheet on koettu tärkeiksi seikoiksi asiantuntijasairaanhoitajan toteuttaman potilaan ohjauksessa. Kyngäs ym. (2004) on esittänyt, että tiedon jakamisen tulee perustua yksilöllisiin tarpeisiin ja laadukkaan tiedon jakaminen on todettu aktivoivan potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja on vaikuttanut yleisen tyytyväisyyden kokemiseen hoidostaan (Walker 2007, Lynch ym. 2008.)

Tässä tutkimuksessa potilaat ovat etsineet Internetistä tai muista sähköisen palvelujen lähteistä yhä enemmän omaan sairauteensa tai leikkaukseen liittyvää tietoa. Usein saadusta tiedosta on keskusteltu varsinkin nuorempien potilaiden kanssa ja varmistettu saadun tiedon oikeellisuutta. Asiantuntijasairaanhoidajat ovat joutuneet korjaamaan sähköisen viestinnän tarjoamaa virheellistä tietoa tai potilaan saamaa väärinymmärrystä aika ajoin. Vaikka Internetin on todettu soveltuvan erinomaisesti potilaan tiedollista voimavaraa tukeväksi (Heikkinen 2011) tiettyihin leikkauksiin, on Internetsivustojen tiedon luotettavuudessa ollut todettavissa suuria vaihteluita. Suurin osa sivustoista ei ole ollut riittävän ymmärrettävää ja täsmällistä (Morr 2010). Ne ovat olleet jopa vääriä tai harhaanjohtavia (Greene & Harwin 2011). Tärkeäksi asiantuntijasairaanhoidajat ovat kokeneet, että potilaan ymmärtämys ohjattavista asioista on varmistettu. Potilaalle on annettu mahdollisuus kysyä ja lopuksi tiivistämällä ydinasiat saatu vielä varmuutta, että potilas on ymmärtänyt asiat. Hyvän ohjauksen pohjalta potilaat ovat vaikuttaneet saavansa oikean näkökulman hoitoonsa, edistäen siten heidän sairaudesta, hoidosta ja leikkauksesta kuntoutumistaan.

Potilaat tulisi kohdata kokonaisvaltaisesti (Johansson 2002) ja potilaan ohjauksen punaiseksi langaksi tulisi ottaa voimavaraistaminen potilasohjauksen avulla (Johansson 2005). Ohjauksen on todettu auttaneen potilaita saavuttamaan itsevarmuutta, joka on voimavaraistanut potilaita valmistautumaan hoitoon ja leikkaukseen (Spalding 2004). Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat sitä, miten asiantuntijasairaanhoidajan huomioidessa potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen ohjauksen systemaattisella toteutuksellaan voidaan taata potilaan kokonaisvoimavaraistuminen. Se, millä osa-alueella kukin potilas tarvitsee enemmän tai vähemmän voimavaraistamista ohjauksella, kuuluu asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuuteen arvioida ja ohjata potilasta siinä, missä hän tarvitsee voimavaraistamista.

Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä asiantuntijasairaanhoidajien kokemana

Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttaviksi tekijöiksi ilmeni tutkimustulosten perusteella ohjaajakohtaiset ominaisuudet, jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius, riittävä työkokemuksen antama valmius, organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet, potilaslähtöinen ja perhekeskeinen toimintavalmius sekä ohjaustyöhön vaikuttavat motivaatiotekijät. Nämä muodostuivat tässä tutkimuksessa tekijöiksi, jotka vaikuttivat asiantuntijasairaanhoidajien *kokemuksiin potilaan ohjauksen hallinnan osa-alueina*. Ohjaajakohtaiset ominaisuudet sekä ohjauksen motivaatiotekijät korostuivat asiantuntijasairaanhoidajien kokemuksissa potilaan ohjaukseen vaikuttavina tekijöinä ja niissä erityisesti ohjattavien lisäksi eri yhteistyötahoille suuntautuvien vuorovaikutussuhteiden merkitykset. Motivaatiotekijöiden osa-alueessa palautteen ja

arvioinnin vaikutuksella nähtiin olevan vahvaa painoarvoa asiantuntijasairaanhoitajan työhön. Organisaatiokohtaisissa käytänteissä ja vastaajien jatkuvuuteen perustuvassa tiedollisessa valmiudessa korostuivat ammattitaidon ylläpitämisen tärkeys sekä itsenäinen tiedonhankinta potilaan ohjauksessa kehittymiseksi ja sen kehittämiseksi.

Ohjaajakohtaisia ominaisuuksia itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa

Asiantuntijasairaanhoitajat ovat kuvanneet tarvitsevansa potilaan ohjauksessa erinäisiä ominaisuuksia, jotka ovat antaneet valmiuksia itsenäisen vastaanoton toteuttamiseen. Tuloksissa kuvattuja *ohjaajakohtaisia ominaisuuksia* on koettu tarvitsevan *itsenäisesti toteutettavassa potilaan ohjauksessa* enemmän asiantuntijasairaanhoitajana kuin tavallisena sairaanhoitajana toimiessaan. Aiemman tutkimuksen valossa moninaiset seikat vaikuttavat siihen, että sairaanhoitajat voisivat toimia taidollisesti potilaan ohjaajana. Potilaan ohjausta toteuttavilla sairaanhoitajilla ei välttämättä ole ollut ohjaukseen tarvittavia taitoja, että heitä olisi voitu käyttää varsinaisissa ohjauksellisissa tehtävissä. Eri sairaanhoitajat ovat tulkinneet potilaan ohjauksen eri tavalla ja sen vuoksi potilaat ovat saaneet hyvin eritasoista hoitoa ja ohjausta eri sairaanhoitajilta. (Fitzpatrick & Hyde 2006.) Ohjaajan pätevyys tai pätevä suoritus on edellyttänyt ohjaajalta taidokkuutta ja käyttäytymistä, mutta ohjaajan persoonallinen aitouskin on nähty eduksi. Potilaan ohjausprosessissa ohjaaja toimii yhtenä keskeisenä elementtinä ohjaustyövälineistössä. (Mattila 2002.)

Tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoitajat ovat kokeneet potilaan ohjaamisen haasteellisena, jonka vuoksi he ovat edellyttäneet ohjaajalta taitoa ohjata vastuullisesti. Vastuullisuus on ilmennyt asiantuntijasairaanhoitajien valmiutena paneutua perusteellisesti ohjaustyöhön. Ohjauksessa on korostettu ohjaajan taidollisuutta sekä vastuullisuutta ohjauksen laadukkuudesta. Ohjatessaan asiakkaita asiantuntijasairaanhoitajalta on edellytetty eettiset lähtökohtien tiedostamista ohjauksen perustana. Potilaan ohjaajana asiantuntijasairaanhoitajien ohjauksesta on kuvastunut motivoituneisuus – työstä iloittiin aidosti, arvostettiin omaa työtään sekä osoitettiin kiinnostuneisuutta kehittymään edelleen potilaan ohjaajana. Jokainen potilaan ohjaus on haluttu näyttäytyvän potilaalle, kuin se olisi ollut ainutlaatuinen ohjaustilanne juuri tämän potilaan kanssa, eikä rutiininomainen ohjauksen toistaminen, mikä on osoitus vastuullisuudesta sekä motivoituneesta asenteesta omaa työtään kohtaan.

Langdon ym. (2002) ovat selvittäneet, että ohjausprosessissa tärkeämpänä potilaat ovat pitäneet sitä, millä tavoin tietoa annetaan ja kohdataanko potilas ihmisenä sekä ottaako hoitohenkilökunta hänet vakavasti. Tämän tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoitajalle on ollut tärkeää, että hänellä on

tasavertainen vuorovaikutussuhde potilaaseen ja hänen läheiseensä. Vuorovaikutteinen ja keskusteleva ohjaussuhde on vähentänyt jännittämistä ja ohjattavat ovat olleet usein vapautuneita avautumaan ja kysymään mieltänsä askarruttavista asioista. Edellytyksenä keskustelevan vuorovaikutussuhteen syntymiseen on nähty potilaan kuuntelemisen taidon sekä kyvyn tulkita potilaiden sanatonta viestiä. Asiantuntijasairaanhoitajat ovat kokeneet, että potilaat ovat ymmärtäneet usein heidän antamansa ohjauksen paremmin kuin lääkärien vastaanotolta saadun ohjauksen. Osa asiakkaista on saattanut kuulla tai ymmärtää tilanteestaan vasta asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotolla ensimmäistä kertaa. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on useita, jotka raportoivat potilaiden tyytyväisyydestä sairaanhoitajavetoiseen vastaanottoon (Liimatainen 2009, Härkönen 2005). Potilaat ovat pitäneet yleensä niitä hoitoon osallistuvan tiimin jäseniä, jotka eivät ole lääkäreitä, lähestyttävämpinä (Pollard ym. 2002), joille he ovat pystyneet kertomaan asioitaan (Liimatainen ym. 2011). On myös todettu (Gautschi ym. 2010), että potilaan tiedottaminen on vienyt huomattavan osan lääkärin päivittäisestä työajasta eikä potilas ole ymmärtänyt kuin pienen osan lääkäriltä saamastaan tiedosta.

Asiantuntijasairaanhoitajien vastaanotolla potilaiden tilanteet ovat vaihdelleet vaatien joskus hyvinkin intensiivistä tarkkailua ja seurantaa. Tutkimukseen vastanneet ovat edellyttäneet ohjaajalta havainnointikykyä huomioidakseen asiakkaan senhetkinen tilanne, niin ohjauksen kuin sairaudenkin suhteen. Kyky havainnoida on ilmennyt asiakkaiden havainnoimisen lisäksi myös läheisten tarpeiden huomioimisella. Tutkimus osoittaa, että tietoa tai ohjausta antaessaan asiantuntijasairaanhoitaja on huomioinut läheisten tiedon ja ohjauksen tarpeet sekä kyvyt käsitellä tietoa (Liimatainen ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa vastaajat ovat kokeneet tarvitsevansa hyviä vuorovaikutustaitoja ohjattavien lisäksi myös asiakkaan hoitoon osallistuvien ja siihen vaikuttavien eri ammattiryhmien sekä hoitotahojen kanssa. Taito toimia yhteistyössä moniammatillisesti yhtenä ryhmän jäsenenä on koettu oleellisena yhteistyötä rakentavana ominaisuutena, joka on mahdollistanut eri ammattiryhmien välisen saumattoman ja joustavan yhteistyön. Verkostoitumisen kyky on antanut mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan muiden asiantuntijasairaanhoitajien kanssa sekä alueellisen yhteistyön ylläpitämisen terveyskeskusten kanssa. Verkostoituminen alueellisesti on koettu tarpeelliseksi potilaiden ohjauksen ja hoitojen yhtenäistämiseksi, jossa asiantuntijasairaanhoitajalla on nähty olevan merkittävä rooli verkostoitumisen mahdollistajana. Vastaajien kokemuksen mukaan on vaatinut tiettyä rohkeutta ottaa asioista selvää, ottaa yhteyttä eri tahoihin ja verkostoitua. Hyttisen (2011) selvityksen mukaan palvelujärjestelmässä rajapintojen ylitys, kuten

perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, vaatii potilaan ohjauksessa erityistä huomiota. Se edellyttää ohjaajalta vankkaa asiansa osaamista: taitoa toimia moniammatillisen työryhmän jäsenenä, hyviä vuorovaikutussuhteita, tiedollista ja menetelmällistä osaamista (Lamiani & Furey 2009, Hyttinen 2011). Vastaajien mukaan asiantuntijasairaanhoitajien on edellytetty olevan tietoinen osaamisestaan sekä valtuuksistaan. Asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotolla on tullut tilanteita, jotka ovat edellyttäneet esimerkiksi lääkärin konsultointia yhteisesti sovitulla tavalla, kuten puhelinkonsultaatiolla. Konsultoinnin tarpeen tunnistaminen on korostunut itsenäisesti toteutettavalla vastaanotolla, koska asiantuntija-avun tarpeen tunnistaminen on vaatinut omien vahvuuksien ja valtuuksien tiedostamista. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat tulosten mukaan tärkeä ominaisuus potilaan ohjaajalla, joka tarvitsee potilaan asioita hoitaessaan kykyä toimia moniammatillisesti yhteistyön lujittamiseksi, mutta myös uskallusta rakentaa ympärilleen uutta verkostoa myös alueellisesti. Toimivan vuorovaikutussuhteen merkityksen korostuminen eri toimijatahoihin ja ohjattaviin tutkimuksessa kertoo osaltaan myönteisestä ohjaajakohtaisesta ominaisuudesta.

Tämän tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoitajat ovat joutuneet ohjaustyössään ratkaisemaan ongelmia ja tekemään päätöksiä itsenäisesti esimerkiksi potilaan hoitojen tai jatkohoidon suhteen. Kykyä itsenäiseen työskentelyyn on tarvittu, koska töitä ei ole voinut jakaa toisten sairaanhoitajien kanssa tai siirtää seuraavaan vuoroon tuleville, kuten aiemmin oli ollut mahdollista toimiessaan sairaanhoitajana. Ohjaustoiminnan kokonaisuudesta vastaaminen on kattanut asiantuntijasairaanhoitajan itsenäisen vastaanoton toteuttamisen lisäksi, muun muassa ohjaustyön suunnittelua ja kehittämistä sekä hoito-ohjeistusten laatimista, niiden päivittämistä ja saatavuutta. Samansuuntaisesti tämän tutkimustulosten kanssa myös Fagermoen (2003) tutkimuksessa on esitetty, että potilasohjausta toteuttavien vastuulla on arvioida jatkuvasti hoito-ohjeistuksien ajantasaisuutta ja varmistaa, että ne heijastavat alan parhaita käytäntöjä.

Ohjauksen kehittämismahdollisuuksia on kuvattu terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa yleensä hyviksi (Kääriäinen ym. 2006). Tähän tutkimukseen vastanneet ovat kokeneet merkittäväksi, että ovat saaneet vastata ohjaustoiminnasta itsenäisesti ja mahdollisuuden vaikuttaa toimintaansa potilaan ohjaajana sekä vastaanottotyöskentelyynsä. Tutkimustulokset ovat yhteneväiset Hess ym. (2011) tekemän tutkimuksen kanssa, jonka mukaan vaikutusmahdollisuudet omaan työhön voivat tukea sairaanhoitajien voimaantumista ja työhyvinvointia. Myös Ylitörmänen ym. (2012) ovat raportoineet potilaan hoitoa koskevalla autonomisella päätösvallalla ja hoitajien tyytyväisyydellä olevan yhteyttä. Arvioidessa potilaiden tyytyväisyyttä asiantuntijasairaanhoitajalta saamaansa

ohjauksella saatavaan tietoon, on tutkimuksin todettu asiantuntijasairaanhoitajalla olevan ideaali asema ja lähtökohta käyttää taitojaan, ohjata potilaita ja kehittää hoitoa (Lynch ym. 2008, Gracey 2001). Edellä olevat tulokset antavat kuvaa asiantuntijasairaanhoitajan itsenäisesti toteuttamasta kirurgisen potilaan ohjaustyön vastuullisuudesta sekä haasteellisuudesta, jotka ilmaisuina toistui usein korostetusti tutkimukseen osallistuneiden kuvauksissa.

Jatkuvaan koulutukseen perustuva tiedollinen valmius

Tutkimukseen osallistujat ovat nähneet *jatkuvaan koulutukseen perustuvan tiedollisen valmiuden* ylläpitämisen vaateena kirurgisen potilaan ohjaamiseksi. Lamiani & Furey (2009) ovat todenneet, että sairaanhoitajien kommunikaatiotaitoihin, tietouteen potilaskeskeisyyteen perustuvasta ohjauksesta ja valmiuteen potilaan ohjaamiseksi tarvitaan koulutusta voidakseen parantaa kykyä antaa tehokasta potilasohjausta. Potilaan ohjaaminen on edellyttänyt ohjaajalta tietämystä ja asiantuntemusta. (Lamiani & Furey 2009, Hyttinen 2011). Tässä tutkimuksessa keskeisimpänä lähtökohtana ja teoreettisena perustana potilaan ohjaamiselle on ollut sairaanhoitajan koulutuksen jälkeen suoritettu täydennyskoulutus. Eri erikoisalojen syventävät täydennyskoulutusohjelmat – ammatilliset erikoistumisopinnot ovat mahdollistaneet ”uuden aukeaman avautumisen tiedollisen osaamisen sivuille” ammatillista kehittymistä tahtoville. Ammatillinen kasvu on käynnistynyt ja sen myötä ohjaustaidot ovat kehittyneet, potilaan ohjaukseen on tullut syvyyttä, ja kiinnostus oman alan asioihin on lisääntynyt. Tietämyksen lisääntyminen eri sairauksista ja niiden hoidoista sekä lääkkeistä on auttanut tiedon soveltamisessa ja hyödyntämisessä potilaan ohjauksellisissa ja jatkuvasti muuttuvissa hoidollisissa ratkaisuissa (vrt. Kuoppamäki 2006). Näyttöön perustuvan tutkimustiedon käyttäminen potilaan ohjaamisen tukena on vaikuttanut tämän tutkimuksen mukaan vahvistaneen asemaansa asiantuntijasairaanhoitajien keskuudessa. Tutkimustiedosta saatu hyöty on koettu ammattitaitoa parantavana sekä työmotivaatioon vaikuttavana tekijänä. Korhosen ym. (2010) mukaan hoitotyöntekijöiltä edellytetään oman alansa luotettavaksi arvioitujen tutkimusnäyttöjen seuraamista asiantuntijuutensa säilyttämiseksi ja kehittämiseksi. Erilaiset terveydenhuollon asiantuntijat (liite 1) sekä soveltavat tietoa että tuottavat uutta tietoa ja uusia haasteita näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi kukin oman perustehtävänsä mukaisesti.

Tämä tutkimus on antanut ymmärryksen asiantuntijasairaanhoitajien vahvasta asiansa osaamisesta vastatessaan työstään potilaan ohjaajana. He ovat ilmaisseet omaavansa valmiuksia vastata potilaiden ja heidän läheistensä tiedollisiin kysymyksiin ”*lähes aina*”. Vahvaa asiantuntijuutta on koettu tiedollisen osaamisen lisäksi taidollisessa osaamisessa. Tosin uusin haaste ohjaajien asiantuntijuudelle on ollut tiedon, sekä oikean että tieteellisesti kyseenalaisen (Morr 2010), laaja

leviäminen Internetin välityksellä kaikkien käyttöön ympäri maailman (Vähäkangas 2008, 39). Kehityksen suuntaa ei tulisi nähdä uhkana asiantuntijuudelle vaan ottaa haaste vastaan ja kääntää se edukseen. Tämän tutkimuksen tuloksissa on kuvattu, että itsenäisellä tiedonhankinnalla on ollut keskeinen merkitys asiantuntijasairaanhoidajan päivittäisessä työssä ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi jatkuvien muutosten kentässä. Potilaan ohjauksessa ajan tasalla pysyminen on edellyttänyt etsimään tietoa jatkuvasti sekä hoitotieteellisistä että lääketieteellisistä tutkimuksista ja ammattikirjallisuudesta. Tietoa on haettu esimerkiksi hoidoista, tutkimuksista, hoitotuotteista ja lääkkeistä. Tiedonhankintaa on tapahtunut työn lomassa jopa useita kertoja päivässä, ilman että asiantuntijasairaanhoidaja on tiedostanut edes erityisesti hankkivansa tietoa. Tiedonhankintaan he olivat kokeneet saavansa valmiuksia täydennyskoulutuksesta. Osallistumalla alan koulutuksiin tietojen päivittämisen lisäksi on pysytty uusimmista toimintatavoista selvillä ja hoitolinjauksissa ajan tasalla. Asiantuntijasairaanhoidajat näkivät kehittymisensä edellytyksenä vaalia koko työuran ajan itsenäistä tiedonhankintaa. Nämä tutkimustulokset ovat yhdensuuntaiset Helle-Kuusjoen (2006) tulosten kanssa, jossa tiedollisen osaamisen on koettu olevan vankkaa, mutta tietojen päivittämisen tarvetta on esiintynyt. Korhonen ym. (2010) ovat esittäneet, että jokaisen hoitotyöntekijän tulee päivittää omaa tietoperustaansa muun muassa alan tutkimuksia lukemalla.

Tutkimukseen vastanneet ovat esittäneet tarkastelevansa omaa työtään ohjaajana aika ajoin, jonka myötä on mahdollistunut tarvittavien muutosten tekeminen omassa toiminnassaan. Voidaan ajatella, että potilaan ohjaaminen vaatii asiantuntijasairaanhoidajalta ajoittaisen inventaarion laatimisen, jolloin kehittyminen asiantuntijana potilaan ohjaamisessa ei pysähtyisi. Liimatainen (2002) on selvittänyt, että refleктоimalla voidaan rikkoa toimintarutiineja kyseenalaistamalla, tunnistamalla toimintaansa ohjaavaa tietoperustaa tai vallitsevia toimintamalleja. Refleктоimalla saadaan vastattua työelämän jatkuvasti muuttuviin tarpeisiin. Mukailien ja rinnastaen Liimataisen (2002) kuvausta asiantuntijasta tämän tutkimuksen asiantuntijasairaanhoidajaan voidaan todeta seuraavasti: asiantuntijan muutosvalmius ilmenee joustavuutena, reflektiivisyytenä, oman työskentelyn kriittisenä arviointina sekä sitoutumisena jatkuvaan omakohtaiseen kasvuun ja kehitykseen. Asiantuntijan on osattava arvioida omaa ja toisten toimintaa (Kuoppamäki 2008).

Riittävä työkokemuksen antama valmius

Tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoidajat ovat nähneet tarpeelliseksi, että kirurgisen potilaan ohjaus täyttäessään laadukkaan ohjauksen vaatimuksen, tarvitsee *riittävästä työkokemuksesta*. Kuvauksissa on määritelty riittävä työkokemus ”tarpeeksi pitkäksi”, ”riittävän pitkäksi” sekä ”pitkäksi” työkokemukseksi. Pitkällisellä työkokemuksella on nähty olevan merkitystä, että

asiantuntijasairaanhoitaja pystyisi selviytymään potilaan ohjauksen haasteellisuudesta. Pitkän työkokemuksen myötä ohjaajalle on karttunut toivottua elämäkokemusta ja ikää. Pääomana potilaan ohjaukselle on nähty myös aiemmat hoitotyössä karttuneet ohjauskokemukset vuodeosastolla ja poliklinikalla. Ohjaustaidot ovat kehittyneet kliinisen työkokemuksen myötä laadukkaammiksi. Ohjaus on muuttunut varmemmaksi, selkeämmäksi ja sisällöllisesti monipuolisemmaksi. Potilaan kohtaamiseen on osannut kiinnittää huomiota yksilöllisemmin kehittyneen ihmistuntemuksen vuoksi. Potilaan hoidon jatkuvuuden periaate on saanut uuden ulottuvuuden vastatessaan usein potilaiden jatkohoidoista tilanteen mukaan itsenäisesti. Tämä tukee ajatusta siitä, että asiantuntijasairaanhoitaja on potilaan ohjaajana mahdollistamassa laadukkaan ohjauksen toteutumisen, johon tarvitaan riittävän pitkää työkokemusta potilaiden parissa. Fitzpatrick & Hyde (2006) ovat esittäneet tutkimuksessaan, että potilaiden saaman hoidon ja ohjauksen vaihteluun on vaikuttanut yksittäisten sairaanhoitajien erilaiset tietotasot ja kokemus. Nuorilla hoitajilla (junior nurses) ei ole ollut potilaan ohjaukseen tarvittavia valmiuksia tiedon ja työkokemuksen puuttuessa sekä oman luottamuksen vajeen vuoksi. Huomattavissa on ollut lisäksi potilaan ohjauksen tarpeen aliarvioimista. Vähäkangas (2008, 38) toteaaakin, että oman alansa osaamisen kehittymiseen tarvitaan systemaattisen koulutuksen, omaehtoisen opiskelun ja tiedonhankinnan lisäksi käytännön työssä vuosia kestävää intensiivistä ja paneutuvaa harjoitusta.

Organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet

Organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet ovat vaikuttaneet kokemukseen potilaan ohjauksen hallinnan tunteesta sen yhtenä osa-alueena. Tutkimukseen osallistuneet ovat kokeneet omassa organisaatiossaan saamansa sisäisen perehdytyksen antaneen itsenäisesti toteutettavalle potilaan ohjaukselle hyvän valmiuden. Lääkäreiden potilaan ohjaukseen liittyvillä toimintatavoilla on ollut vaikutusta siihen, miten asiantuntijasairaanhoitajat ovat lähteneet omaa työtään potilaan ohjaajana kehittämään. Organisaatiokohtaisesti on määritelty tehtäväsiirrot, jotka tavallisimmin on siirretty erikoislääkäreiltä asiantuntijasairaanhoitajille. Joitain työtehtäviä on siirretty osastonhoitajilta asiantuntijasairaanhoitajien tehtäväksi. Lääkäreiltä siirretyt työtehtävät on määritelty toimipaikoittain kunkin erityispiirteidensä mukaisesti kattaen hyvinkin laajoja tehtäväalueita sekä useita eri sairauksiin liittyviä asiakasryhmiä yhdelle asiantuntijasairaanhoitajalle määriteltyinä tehtävinä. Tehtävänsiirrot ovat koskeneet potilaan hoitoa ja erilaisia toimenpiteitä sekä sairauteen tai leikkaukseen liittyvää arviointia ja seuranta sisältyen niihin liittyvän ohjauksen. Ohjaukseen kuuluvat määritellyt tehtävät sisältöineen on laadittu useimmiten kirjallisesti. Asiantuntijasairaanhoitajien toimenkuvia on päivitetty ajoittain tehtävien tai tilanteiden muuttuessa. Tässä tutkimuksessa ohjaukseen kuuluvat tehtävät ovat sisältäneet sairauden ja terveydentilan

arviointia, leikkauskelpoisuuden arviointia sekä eri sairaustiloihin kuuluvien hoitojen toteuttamista ja seurantaa sekä niissä potilaan opettamista ja harjoittamista. Yksityiskohtaisempiin ohjauksen sisältöihin on kuulunut kaikki olennainen potilaan tarvitsema sairauteen, leikkaukseen tai lääkkeisiin liittyvä ohjaus. Tämän tutkimuksen tuloksesta on pääteltävissä, että asiantuntijasairaanhoidajan ohjaukseen kuuluvat tehtäväalueet ovat yleensä hyvin määriteltyjä toimipaikkakohtaisesti ja toteutettavissa kirjallisten toimenkuvien mukaisesti. Tästä tuloksesta poiketen Polard ym. (2010) ovat todenneet, että asiantuntijasairaanhoidajan on todettu täyttämään kliinisen aukon potilaan hoidossa, mutta hänen roolinsa on usein epäselvä tai huonosti määritelty ja ehdottaa, että asiantuntijasairaanhoidajan tehtävät ja vastuualueet tulee olla selvästi määriteltyinä. Edellä kuvatuista tuloksista päätellen olisi tärkeää, että organisaatioissa toimivien asiantuntijasairaanhoidajien toimenkuvat olisi laadittu kirjallisesti hyvinkin yksityiskohtaisesti.

Toimipaikoissaan potilaan ohjauksessa käytetyt menetelmät ovat muodostuneet parhaiksi toteamiensa käytäntöjen suuntaisesti. Tässä tutkimuksessa potilaan ohjauksessa käytetyin menetelmä on ollut henkilökohtainen ohjaus, jossa potilaille perinteisten suullisen ja kirjallisten ohjeiden lisäksi havainnollistamisen apuna on näytetty hoitoon tai leikkaukseen liittyviä tuotteita sekä kuvia, Pover Point -esityksiä ja opetusvideoita. Sairaalan sisäiseen sähköiseen viestintään avuksi tarkoitettua intranettia opetusohjelmiseen on hyödynnetty ohjauksen tukena myös potilaille. Aiempien tutkimusten mukaan potilaat ovat tarvinneet suullista ohjausta (Fagermoen 2003), mutta asiantuntijalta suullisesti saatu tieto ei ole yksin riittänyt tarjoamaan vastinetta potilaan kiinnostukselle hoidoistaan (Ferguson 2001, Kääriäinen & Kyngäs 2005). Kirjallisia ohjeitaan potilaat ovat käyttäneet valmistautuessaan sairaalaan tuloon (Fagermoen 2003), että he ovat yksilöllisesti saaneet valita ohjeista saatavan tarpeellisen informaation määrän (Ferguson 2001, Kääriäinen & Kyngäs 2005). Potilaat ovat kokeneet kirjallisten ohjeiden edistävän heidän selviytymistään jatkohoidosta kotona (Salminen-Tuomaala ym. 2010). Erilaisten digitaalisten kuvausmateriaalien käyttö on antanut potilaille mahdollisuuden muodostaa realistinen kuva leikkauksen toipumisvaiheesta (Kydd 2010). Internetpohjaisten audiovisuaalisten ohjelmien käyttö on lisännyt potilastyytyväisyyttä tiedottamisesta ja johtanut parempaan ymmärrykseen tulevasta toimenpiteestään (Gautschid ym. 2010). Audiovisuaalisten menetelmien käyttöä ohjauksessa voisi hyödyntää enemmän, koska se aiempien tutkimusten (Häggman-Laitila 2008, 200) mukaan saattaa lisätä ohjaajan uskottavuutta. Samalla tämän menetelmän käyttö voisi vähentää ohjauksen asiantuntijavaltaa, jolloin asiakkaalle annettaisiin enemmän mahdollisuuksia omaan päätökseen hoidostaan tai muodostaa itse kuvaa omasta tilanteestaan. Hyöty olisi sekä potilaan että ohjaajan pääomaksi laskettavissa.

Potilaiden tyytyväisyyttä on kuvattu (Johansson ym. 2008), kun ohjaus on toteutunut suullisena, kahdenkeskisenä ohjaushetkenä kirjallisen materiaalin avulla. Tähän tutkimukseen osallistuneiden vastaajien mukaan on ollut kokeiluja ryhmäohjauksista, mutta ohjaajien kokemukseen perustuvat huonot tulokset potilaiden oikeudenmukaisuutta ja yksilöllisyyttä ajatellen ovat saaneet muuttamaan yksikön toimintamenetelmiä. Suuren ajan asiantuntijasairaanhoidajan työstä on osittanut puhelimen välityksellä toteutettu ohjaus, joka on koettu tärkeänä menetelmänä henkilökohtaisen ohjauksen lisäksi. Toisaalta puhelinohjausta ei ole todettu välittömänä ohjausinterventiona potilaan fyysisen, emotionaalisen tai sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi (Sherman ym 2012). Toisaalta taas on osoitettu (Chamberlain ym. 2006), että potilailla on myönteisempi asenne sairauteensa, jos he ovat saaneet ohjauksellista tukea terveydenhuollon ammattilaisilta puhelimitse leikkauksen jälkeen. Puhelinohjaus tässä tutkimuksessa on mahdollistettu sekä potilaalle että hänen läheiselleen. Asiakkaille on varattu yhteisesti asiantuntijasairaanhoidajan kanssa sovittu tai muuhun ohjaustoimintaan sovitettu varsinainen soittoaika. Puhelinohjausta on toteutettu myös sovittujen soittoaikojen ulkopuolella. Henkilökohtaiselle ohjaukselle ja puhelinohjaukselle tulisi varata selkeästi omat aikansa asiantuntijasairaanhoidajan työajan selkeyttämiseksi.

Tässä tutkimuksessa hoitoon, toimenpiteeseen tai leikkaukseen liittyvä ohjaus asiakkaalle on järjestetty toiminnan mukaisesti lääkärin tekemän arvion perusteella. Potilaan hoitoihin liittyvän ohjauksen ajankohtaan ja toistettavuuteen on vaikuttanut tilanteesta johtuvat yksilölliset tekijät. Toimenpiteeseen tai leikkaukseen liittyvä ohjaus on järjestetty pian lääkärin arvion jälkeen sekä lähempänä toimenpiteen tai leikkauksen ajankohtaa. Tutkimusten mukaan potilaat, jotka ovat osallistuneet ennen leikkausta järjestettyyn ohjaukseen, ovat olleet paremmin valmistautuneita leikkaukseen (Kearney ym. 2011). Samansuuntaisesti (Walker 2007) on todennut, että laadukas, ennen leikkausta annettu informaatio on helpottanut potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa, joka osaltaan on parantanut yleistä tyytyväisyyttä leikkauskokemuksestaan. Myös tässä tutkimuksessa vastaajat ovat kokeneet tärkeäksi, että potilas on saanut lähempänä toimenpidettä tai leikkausta intensiivisempää ohjausta, kun ohjaus on ollut ajankohtaisempaa. Ohjaus on tarpeellista järjestää vielä toimenpiteen tai leikkauksen jälkeen. Ohjauksen toistettavuutta ja oikea-aikaisuutta on korostettu. Tämä tukee ajatusta siitä, että asiantuntijasairaanhoidajan ohjauksessa käytettävät menetelmät tulisi olla tarkoin suunniteltu. Parhaat mahdolliset ohjauksen menetelmät tulisi säilyttää, mutta uusiakin menetelmiä tulisi miettiä ja ottaa hyväksi todettuina käyttöön sekä kehittää omaan yksikköön soveltuvaksi. Lisäksi tulisi sopia, missä vaiheessa ohjaus toistettaisiin ja mitä ohjauksessa korostetaan kulloinkin. Tuloksia vahvistaa leikkauspotilaiden tutkimus (Pour ym. 2007) nopeutetun kuntoutuksen ohjausmenetelmästä, jossa ohjaus perustui tehokkuuteen.

Tiedollisia ohjeita sekä käytännön harjoitusohjeistuksia sisältävä ohjaus toteutettiin ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Ohjausmenetelmällä todettiin olevan vaikutusta potilaiden tyytyväisyyteen, leikkauksesta toipumiseen ja siten kotiutumisen aikaistumiseen, mutta merkitystä toimenpiteen lopputulokseen oli myös potilaan yksilöllisyydellä. Saadut tulokset osoittivat, että ohjauksen sisältöjä ja menetelmiä tulisi monipuolistaa sekä systematisoida, kuten on aikaisempien tutkimusten yhteydessä todettu (Johansson 2006, Johansson ym. 2008).

Potilaan ohjaukselle varattu, oma rauhallinen tila on merkinnyt potilaan ohjauksesta vastaavalle asiantuntijasairaanhoidajalle keskittymisen ja syventymisen mahdollisuutta. Samoin sen on ajateltu vaikuttavan potilaalle ohjauksen paremman sisäistämisen mahdollistumista. Kun toimipaikassa ei ole ollut ohjaukselle varattuja, omia tiloja, potilaan ohjaus on häiriintynyt ja turhia keskeytyksiä on esiintynyt jatkuvasti. Potilaan laadukkaan ohjauksen toteutumiseksi on nähty vaateena riittävän pitkän vastaanottoajan järjestäminen. Riittävän pitkän ajan varaaminen on auttanut asiantuntijasairaanhoidajaa keskittymään ja hallitsemaan potilaan ohjauksen ja siihen liittyvät tehtävät. Aiemmin sairaanhoidajana vuodeosastolla tai poliklinikalla työskentely ei ole suonut mahdollisuuksia potilaan ohjaamiseksi muun hoitamisen ohella aikaresurssin puuttumisen tai sen vähyyden vuoksi. Samansuuntaisesti Kääriäinen ym. (2006) ovat todenneet, että potilaan ohjauksessa ovat aiheuttaneet ongelmia tilojen epäasianmukaisuus sekä ajan vähyyys. Potilaan ohjausta on toivottu kehitettävän ohjauksen resurssien ja organisoinnin osalta.

Organisaatiokohtaisesti on mahdollistettu tässä tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoidajien osaamisen ja ammattitaidon ylläpitäminen sekä kehittäminen melko kiitettävästi. Ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen turvaaminen on ajateltu organisaation pääomana, jonka säilyttämiseksi tulee varata resursseja tarpeeksi. Uhkaksi on muodostunut koulutusmäärärahojen supistaminen. Tähän lääkkeeksi on nähty ammatillista kehitystä tukeva ja kehitysmuuntoinen organisaation johto ja esimiehet, jotka mahdollistaisivat edelleen jatkuvat koulutukset ohjaajan ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Tästä voisi päätellä, että ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen tulisi vahvasti ajatella organisaation arvoa luovana tekijänä. Sairaanhoidon palveluja tehostavana tekijänä asiantuntijasairaanhoidajan ammattitaidon ylläpitämiselle on aihetta. Pollard ym. (2010) ovat todenneet, että moniammatillisen tiimin jäsenenä asiantuntijasairaanhoidaja vaikuttaa hyödyttävän organisaatiotasolla sekä lääketieteellistä että ei-lääketieteellistä yhteisöä, kun hän antaa ammattitaitoista ohjausta ja tukea suurelle osalle potilaista ja heidän perheistään.

Potilaslähtöinen toimintavalmius potilaan ohjauksessa

Potilaslähtöisen toimintavalmiuden mahdollistajia ovat tämän tutkimuksen perusteella sekä potilaan ohjaaja että organisaation toimintatavat. Lähtökohtana ohjauksessa ovat olleet potilaan tarpeet hänen kokonaistilanteensa kartoittamisen jälkeen. Hänen yksilöllisyytensä ja erityistarpeensa ovat muokanneet asiantuntijasairaanhoitajan ohjauksen vastaamaan potilaskohtaisesti hoitosuunnitelman toteutumista. Yksilöohjauksella on ollut mahdollista toteuttaa myös potilaan hoidolliset tarpeet yksilöllisyys turvaten. Montin (2007) on potilaan leikkauksen jälkeistä toipumista tutkiessaan todennut, että potilaat tarvitsevat yksilöllisiä ohjeita, koska monet potilaslähtöiset tekijät vaikuttavat toipumiseen. Ohjattavien heterogeenisyyden vuoksi asiantuntijasairaanhoitajat ovat kokeneet tässä tutkimuksessa ohjauksen haasteellisuuden. Miten pärjätä itsenäisellä vastaanotolla ohjaustilanteissa kieli- tai muuhun vähemmistöön kuuluvien kanssa kielitaidon puuttuessa tai kommunikaatiovaikeuksien vuoksi? Miten saada matalasti motivoitunut ohjattava hoitamaan omaa sairauttaan tai siitä johtuvaa muuttunutta tilannettaan? Miten ohjata ryhmässä, kun jokaisella on erilainen tiedon vastaanottokyky tai eritavoin rakennettu psyyke tai ajattelutapa? Kuitenkin ohjauksessa on taattava myös potilaiden itsemäärämisoikeuden turvautuminen. Kunniottamalla potilaan oikeutta käyttää omaa määräysvaltaansa on ajateltu kuuluvan asiantuntijasairaanhoitajan ammatillisuuteen, johon on tullut pyrkiä. Potilaslähtöisessä toiminnassa potilasta tuetaan osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon (Pirkanen & Pietilä 2008, 164). On kuitenkin tiedostettava, mikä potilaalle olisi parasta ja turvallista. Ohjattavien heterogeenisuus näytti asettavan tulosten mukaan ohjauksellisia valmiuksia potilaslähtöisyyteen niin ohjaajalta kuin organisaatiolta. Vastauksia voidaan löytää muun muassa kielikurseista, asiantuntijayhteisön tuesta, psykokognitiivisista ja muista koulutuksista tai työnkierron mahdollisuuksista sekä työnohjauksellisista ratkaisuista. Kääriäisen ym. (2008) mukaan ohjaus on ollut pääasiassa potilaslähtöistä. Tosin Eloranta ym. (2010) esittävät, että on selvää, että asiantuntijasairaanhoitajan ammattitaito voi jossain määrin johdattaa ohjaustilannetta ja siten potilaan yksilölliset tarpeet sekä erilaiset odotukset voivat jäädä vähemmälle huomiolle.

Perhekeskeinen toimintavalmius potilaan ohjauksessa

Perhekeskeisen toimintavalmiuden turvaamisen toteutumiseen ohjauksessa on voitu vaikuttaa läheiset huomioimalla niin ikään sekä ohjaaja- että organisaatiotasolla. Vastaajien mukaan toimipaikoissa on ollut hyvinkin vakiintunut käytäntö, että potilaille lähteissä tiedotteissa ja kutsukirjeissä on huomioitu läheiset toivottamalla heidätkin tervetulleiksi vastaanotolle. Tiedotteiden avulla on pyritty välittämään ohjattaville, että läheisen mukaantulo potilaan

ohjaukseen oli tärkeää, lähes välttämätöntä potilaan hoidon, kuntoutumisen ja jatkohoidon kannalta. Läheisten osallistuminen ohjaukseen on edellyttänyt läheisen huomioimista ohjaustilanteessa potilaan ohella. Ohjaus on kohdennettukin potilaan lisäksi usein heidän läheisilleen ja heidän osuutensa on huomioitu potilaille annettavissa kirjallisissa ohjausmateriaaleissa. Läheisille on annettu mahdollisuus keskustella ja kysyä aktiivisesti ohjaustilanteissa ja läheisten rooli on näyttäytynyt ohjaustilanteissa eritavoin. Läheiset ovat toimineet apuna, kun potilaalla on ollut huono muisti tai heikentynyt kuulo sekä ohjaajalle tiedonantajina. Varsinkin vanhempien tai liikuntarajoitteisten ohjattavien kohdalla läheisten roolin merkitys potilaan hoitajina ja kuntoutumisen tukijoina on koettu vahvana. Tosin läheisten roolin on saattanut muuttua joskus liian hallitsevaksi, joka on haastanut asiantuntijasairaanhoitajan ohjaustaidot uudella tavalla. Liimataisen tutkimuksen (2011) mukaan läheiset ovat halunneet osallistua asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotolle ja ohjaustilanteisiin. He ovat osallistuessaan kokeneet saavansa paremman mahdollisuuden saada tietoa. Läheiset ovat kokeneet saavansa tukea, kun ovat saaneet osallistua myös hoitojen tekemiseen ohjaustilanteissa. Läheisen rooli on tutkimuksessa esiintynyt potilaan uskon ja toivon ylläpitäjänä. Samalla läheiset ovat kokeneet, että heistäkin on välitetty, heidän jaksamisensa on huomioitu ja heidän tuentarpeensa on tunnistettu. Potilaan ja hänen läheisensä mahdollisuuksiin selviytyä omissa rooleissaan tarvitaan voimavaroja (Åstedt-Kurki ym. 2008), joita hoitohenkilökunnan tulisi vahvistaa asettamiensa tavoitteiden mukaisesti (Mattila 2011). Läheisen merkitystä ja roolia terveydenhuollossa voidaan edistää kehittämällä läheisen ja hoitoon osallistuvien välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä sekä terveydenhuollon toimintaa ja toimintaympäristöjä tukemaan läheisten hyvinvointia (Åstedt-Kurki ym. 2008).

Ohjaustyön motivaatiotekijät

Ohjauksen hallinnan tunteen kokemiseen vaikuttivat tässä tutkimuksessa *ohjaustyön motivaatiotekijät*. Tutkimukseen osallistuneet ovat kokeneet asiakkailta saadun palautteen erittäin palkitsevana ja luottamusta herättävänä. Sekä potilailta ja heidän läheisiltään saatu hyvä palaute toteuttamastaan ja toimivasta ohjauksesta on auttanut jaksamaan ja antanut itsevarmuutta. Muilta hoitoon osallistujilta saatu tuki on koettu välttämättömänä työssäjaksamista tukevana ja edistävänä seikkana. Itsenäisesti vastaanottoa toteuttaen ohjaus ilman muiden hoitoon osallistujien tukea olisi koettu yksinäiseksi puurtamiseksi, jolloin kokemusten ja tunteiden jakaminen ei olisi mahdollistunut. Tärkeäksi on koettu tunne hyvästä vuorovaikutuksesta, joukkoon kuulumisesta ja luottamuksen kokemisesta omassa työyksikössä sekä muiden hoitoon osallistujien suunnalta. Asiantuntijayhteisöltä, johon on liitetty kuuluvaksi sairaalan eri alojen asiantuntijoiden työyhteisö, eri sairaaloiden asiantuntijasairaanhoitajat sekä oman erikoisalun tuotteita ja lääkevalmisteita

toimittavat yritykset, saatua tukea on koettu muun muassa tilanteissa, joihin on ollut vaikea muuten saada ratkaisua. Vertaistukena, tiedon lähteenä sekä mielipiteiden jakajana ja avun antajana ongelmatilanteiden ratkaisemisessa asiantuntijayhteisön tuki on vaikuttanut olevan ikään kuin neuvoa-antava elin tai suunta, johon on turvautunut, kun vertaistukea ei ole ollut saatavilla työyhteisön sisältä tai muilta hoitoon osallistujilta. Esimiehiltä koettu kannustuksen osoitus tai sen puuttuminen on vaikuttanut tutkimukseen osallistuneiden toimintaan potilaan ohjauksessa. Ohjaustyö on koettu mielekkäänä, kun kannustusta on ollut havaittavissa ja sillä on ollut vaikutuksensa myös työpaineita laukaisevana tekijänä. Kannustusvajeeksi on koettu, kun toimia asiantuntijasairaanhoitajille ei ole ollut tarpeeksi ja valtuuksia on koettu rajatun. Tämä kuvanee sitä, että asiantuntijasairaanhoitajat itsenäisesti toteuttamalla vastaanotolla toimiessaan tarvitsevat suoraa kannustuksen ilmaisemista tai kokemusta siitä. Esimiestaholta saatu vähäinen kannustus on näyttänyt vaikuttavan suoraan työn innostavuuteen. Potilaan ohjaamiseen on koettu innostusta, jos esimiestaholta on ollut huomattavissa kannustusta tai valtuuksia toteuttamassaan muuten itsenäisessä ohjaustyössä ei oltu rajattu. Aiempi Graceyn (2001) tutkimus johtajuudesta tukee tämän tutkimuksen tuloksia, jossa todetaan 2000-luvun johtajuuden vaativan luovia tapoja johtaa voidakseen tukea ja parantaa alaisten kasvua, kehitystä ja suorituksia. Hoitotyön johtamisen ydintehtävä on luoda edellytykset hoitotyölle siten, että hoitotyö on vaikuttavaa, laadukasta ja tuloksellista. Osaamisen kehittäminen on yhteydessä henkilöstön pysyvyyteen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009.)

Tutkimukseen vastanneet ovat kokeneet saaneensa erittäin paljon arvostusta ammattitaidostaan, antamastaan laadukkaasta työpanoksesta sekä työstään yleisesti. Toisinaan on esiintynyt tilanteita, jolloin arvostusta ei ole koettu saaneen. Arvostuksen kokemus on koettu olevan merkittävästi asiantuntijasairaanhoitajien ohjaustoimintaa tukeva tekijä. Arvostusta on koettu paljon lääkäreiden taholta sekä yleisesti ilman nimettyä arvostuksen ilmaisijaa. Ohjauksen vaikutuksista ja tuloksellisuudesta on kaivattu enemmän palautetta toiminnan ja ohjauksen kehittämiseksi. Potilaalle annettujen hoitojen tehoamisen toteaminen tai toimenpiteen toteutuminen on mahdollistanut arvioinnin saamisen, mutta toteutetun ohjauksen vaikutuksesta ja tuloksellisuudesta kertova arviointi ei ole useinkaan tavoittanut potilaan ohjaajaa. Ohjauksen vaikutus tai tuloksellisuus ei ole ollut näin ollen mitattavissa tai seurattavissa. Sen sijaan negatiivinen palaute ohjauksesta on löytänyt tiensä perille hyvinkin pian. Kritiikin esiintyminen palautteissa on pyritty kääntämään itselle hyödyksi ja siten sen välittyminen ei ole vaikuttanut suuremmin työmotivaatioon. Arvioinnit ja palautteet potilaan ohjauksen tärkeydestä ovat sen sijaan vaikuttaneet selkeästi työssä jaksamiseen, työniloon sekä motivaation säilymiseen. Asiantuntijasairaanhoitajilla on todettu

olevan hyvät mahdollisuudet käyttää ammattitaitojaan, mutta he ovat raportoineet myös tarpeistaan tuntea työnsä kunnioitetuksi ja arvostetuksi (Gracey 2001). Tuloksista on pääteltävissä, että arvostuksen, tuen ja kannustuksen kokeminen sekä palautteet ohjauksesta ja ohjauksen vaikutuksista ovat ohjaustyön hallintaan merkittävästi vaikuttava tekijä. Vaikutukset ovat nähtävissä työssä innostuneisuudessa, palvelualltiudessa, itsensä kehittämisessä – positiivisuuden listaa voisi jatkaa lähes loputtomiin - potilaan hyväksi. Graceyn (2001) mukaan asiantuntijasairaanhoidaja voi antaa merkittävän panoksen terveydenhuoltoalalle monin eri tavoin kehittämällä tehokkaita ohjaustaitojaan. Asiantuntijasairaanhoidajien palveluja kartoittavassa potilaille suunnatussa tutkimuksessa suurin osa vastauksista oli positiivisia. Asiantuntijasairaanhoidajaa pidettiin hyödyllisenä ja paljon käytettynä kontaktina, mutta parannettavaakin näissä seikoissa esiintyi. Tutkimukset potilaan hoidon hyväksi nähtiin tarpeellisina, että asiantuntijasairaanhoidajat saisivat palautetta työstään ja kehitettävät alueet tunnistettaisiin. (Polard ym. 2010.)

Asiantuntijasairaanhoidajien itsenäisesti pitämällä vastaanotolla on koettu työkentän kaventuneen, koska työn vaihtelevuus on ollut vähäisempää verrattuna aikaisempaan toimintaansa sairaanhoidajana ja useilla erikoisaloilla toimiessaan. Työn kapea-alaisuuden on katsottu johtuvaksi potilaan ohjauksen rajoittuessa ainoastaan tiettyyn erikoisalaan, vaikka tutkimuksen tuloksista on havaittavissa myös ohjaustyön moniulotteisuus ja laaja-alaisuus. Tätä ajatusta tukee tutkimus tehtäväsiirroista erikoissairanhoidossa, jossa asiantuntijasairaanhoidajat ovat kokeneet työnkuvansa laajentuneen ja monipuolistuneen (Helle-Kuuskoski ym. 2006). Työmäärän jatkuvaa kasvua on vastaajien kertomana tapahtunut vuosien ajan tehtäväsiirtojen, vastaanottokäyntimäärien ja potilaiden lisääntymisten myötä. Organisaatiolta on odotettu työmäärän hallintaan konkreettista apua. Tästä on pääteltävissä, että asiantuntijasairaanhoidajien ohjaustyö on tullut yhä tunnetummaksi ja vakiintunut organisaation yhdeksi toiminnaksi muiden toimintojen joukossa sekä tunnistettu sen tarpeellisuus. Työmäärän kasvun on koettu vaikuttavan työmotivaatioon, joka lienee selvää tutkimustenkin osoittaessa, että oikein kohdennettu työnjako on työmotivaatiota ylläpitävää. Tästä syystä onkin ehdotettu, että on tarpeen tarkastella myös toimistotöiden jakautumista toimistotyöntekijöiden, hoitajien ja lääkäreiden kesken. (Helle-Kuuskoski ym. 2006.)

Vastuurajojen epäselvyydet ovat kuormittaneet tutkimukseen vastanneiden mukaan muun muassa joutuessaan eri tilanteissa tekemään itsenäisiä päätöksiä, vaikka vastuu niistä olisi kuulunut lääkärille. Selkeät työroolit ja rajojen määrittäminen on nähty ajoittain vaikeaksi toteuttaa, koska kaikki potilasta hoitavat osapuolet eivät ole tiedostaneet vastuitaan (vrt. Pollard). Vaikka asiantuntijasairaanhoidajan ohjaukseen kuuluvat tehtäväalueet ovat aiemmin tämän tutkimuksen

tulosten mukaan olleet yleensä hyvin määriteltyjä toimipaikkakohtaisesti, tulisi lisäksi lääkäreiden tehtäväalueisiin - potilaan ohjauksen suhteen - kiinnittää huomiota ja tarpeen vaatiessa määritellä toimipaikkakohtaisesti (vrt. organisaatiokohtaisesti määritellyt käytänteet). Asiantuntijasairaanhoitajien ja lääkäreiden vastuujaoista tulisi myös keskustella ajoittain avoimesti, ”mikä kuuluu kenellekin ja mikä ei”. Tässä korostuu kirjallisten toimenkuvien laatimisen tärkeys. Helle-Kuusjoen ym. (2006) selvityksen mukaan tehtävänsiirtojen myötä on ilmennyt lähinnä työnjaollisia epäselvyyksiä sekä sairaanhoitajien että lääkäreiden kuvauksissa. Lääkärit ovat kokeneet työnsä muuttuneen vaativammaksi niin sanottujen helpoimpien potilaiden ohjautuessa hoitajien vastaanotoille, kun taas sairaanhoitajien kuvauksissa työnsä hallitsemattomuutta työn kiireellisyyden ja epäjärjestelmällisyyden vuoksi. Rajojen epäselvyyttä on nähty myös sellaisten työtehtävien tekemisestä, joissa ei ole vaadittu sairaanhoitajan koulutusta. Epäselvän työnjaon on nähty olevan haaste terveydenhuollon johtajille, joiden tehtävänä on luoda työntekijöille toimintaedellytykset tavoitteelliseen ja tehokkaaseen toimintaan. Ristiriitaa on koettu, kun työnsiirrot erikoislääkäreiltä, asiantuntijasairaanhoitajan tehtävien vastuullisuus ja vaativuustaso sekä lisäkouluttautumiset eivät olleet johtaneet palkkauksen tarkistamiseen. Tässä on nähtävissä arvoristiriita, joka on todettu epäkohtana aiemmassa tutkimuksessa (Kuoppamäki 2008) erikoistumisopintojen vaikutuksista sairaanhoitajan uraan. Palkkausvaje on ollut asiantuntijasairaanhoitajien työmotivaatioon vaikuttava tekijä, eikä tutkimukseen vastanneet olleet kokeneet asiantuntijaosaamisen arvostamista siinä laajuudessa kuin sille olisi kuulunut.

Tutkimuksessa on kuvattu tutkimuksen tekijän ja tutkimukseen osallistujien ilmiölle antamaa merkitystä kirurgisen potilaan ohjaukseen liitetystä kokemuksesta. Perimmältään tutkimuksellinen ymmärrys on rakentunut tutkijan tajunnallisessa suhteessa tutkimusaineistoon ja sen vuoksi tutkimustyö on ollut tutkijan tulkintaa, siis subjektiivista (Perttula 2008, 144). Toinen tutkija tai toiset tutkimukseen osallistujat olisivat voineet kokea kirurgisen potilaan ohjauksen eri tavoin ja jokaiselle tutkimukseen osallistujalle heidän kokemuksensa potilaan ohjaamisen todellisuudesta on totuus potilaan ohjaamisesta. Sillä

”..ei ole olemassa yhtä totuutta, vaan on olemassa monta totuutta samastakin ilmiöstä” (Kylmä 2008, 117).

Potilaan ohjauksen tulisi olla tämän päivän hoitokulttuurissa systemaattista, tarkkaan suunniteltua sekä kehitettyä. Sen tulisi olla potilaan ohjauksen hallinnan osa-alueet kattavaa potilaan kokonaisvoimavaraistumiseen pyrkivää toimintaa. Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysin avulla esitettyä potilaan ohjauksen vuorovaikutteisuuden perustuvaa, dynaamista ohjausprosessin

teoreettista kuvausta on tarkoituksenmukaista testata osina tai kokonaisuutena ja tarvittaessa täydentää siihen soveltuvilla elementeillä.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus toteutettiin laajana kokonaisuutena. Tutkimus antaa aihetta useille jatkotutkimuksille. Olisi mielenkiintoista syventää tutkimusta keskittymällä yhteen lopputuloksena muodostuneen vuorovaikutteisuuteen perustuvan, dynaamisen ohjausprosessin jonkun erillisen osa-alueen tutkimiseen. Tutkimukseen osallistujille voisi toteuttaa haastattelut, jolloin saataisiin yhä syvällisempää tietoa kirurgisen potilaan ohjauksesta asiantuntijasairaanhoitajien näkökulmasta.

Asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamasta ohjauksesta tarvitaan tutkimusta potilaan näkökulmasta. Perhehoitotieteellisen tutkimuksen osalta jatkotutkimusaiheena olisi tärkeää selvittää läheisen kokemuksia asiantuntijasairaanhoitajien toteuttamasta ohjauksesta. Tutkimus auttaisi ymmärtämään läheisten huomioimisen merkityksen syvemmin tutkittaessa esimerkiksi sitä, miten asiantuntijasairaanhoitajat kohtaavat potilaiden läheiset tai tukevat heitä ohjatessaan potilaita.

Haasteellista olisi tutkia asiantuntijasairaanhoitajien ohjausta lisäksi määrällisiä tutkimusmenetelmiä käyttäen ja mitata asiantuntijasairaanhoitajan potilaan ohjauksen hallintaa tai sen osa-alueita sekä potilaan kokonaisvoimavaraistamista ohjauksella. Tällöin tuloksia olisi mahdollista yleistää koskemaan tutkimuksen kohdejoukkoa.

Lisäksi olisi mielenkiintoista kartoittaa lääkärien kokemuksia asiantuntijasairaanhoitajien toteuttamasta potilaan ohjauksen vaikutuksista heidän työhönsä. Hallinnollinen näkökulma asiantuntijasairaanhoitajista toisi jatkossa arvokasta lisätietoa tutkittaessa organisaation esimiestahon näkökulmaa, esimerkiksi asiantuntijasairaanhoitajan vaikutuksista organisaation toimintaan. Tutkimuksellista arvoa nostaa seikka, että Suomessa asiantuntijasairaanhoitajia ja heidän toteuttamaansa potilaan ohjausta on tutkittu ja kuvattu vasta vähän.

LÄHTEET

- Benner P. 1989. *Aloittelijasta asiantuntijaksi*. Helsinki: SHKS. 9.
- Bensing J, Visser A & Saan H. 2001. Patient education in Netherlands. *Patient education and Counseling* 44, 15-22.
- Castledine G. 1998a. Clinical specialist in nursing in the UK. The early years. Teoksessa: Castledine G & McGee P. (toim.) *Advanced & Specialist Nursing Practise*. Cambridge: The University Press, Blackwell Science, 33-54.
- Chamberlain Wilmoth M, Tulman L, Coleman E, Stewart C, & Samarel N. 2006. Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 33(1), 138-144.
- Clarke HD, Timm VL, Goldberg BR & Hattrup SJ. 2012. Preoperative patient education reduces in-hospital falls after total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics & Related Research* 470(1), 244-249.
- Crove J & Henderson J. 2003. Pre-arthroplasty rehabilitation is effective in reducing hospital stay. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 70(2), 88-96.
- Eloranta S, Vähätalo M, Rasmus M, Elomaa L & Johansson K. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva Hoitotyö* 8(1), 4-11.
- Elo S & Kyngäs K. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115.
- Eriksson E, Merasto M, Sipilä M & Korhonen T. 2013. Yhtenevä sairaanhoitajakoulutus vastaa tulevaisuuden osaamisvaatimuksiin. *Tutkiva Hoitotyö* 11(1), 44-46.
- ETENE 2001. *Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta*. ETENE-julkaisuja 3/2001.
- Fagermoen MS & Hamilton G. 2003. Preparing patients for urological surgery. *International Journal of Nursing Studies* 40, 281-290.
- Ferguson DJ. 2001. Informed consent- who knows? Results of a hospital audit project. *Health Education Journal* 60, 371-377.
- Finlex 1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. 5§. Potilaan tiedonsaantioikeus*. Suomen säädöskokoelma. Helsinki. www.finlex.fi (luettu 2.3.2012).
- Finlex 1994. *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. 15§. Ammattieettiset velvollisuudet*. Suomen säädöskokoelma. Helsinki. www.finlex.fi (luettu 2.3.2012).
- Gautschi OP, Stienen MN, Hermann C, Cadosch D, Fournier JY & Hildebrandt G. 2010. Web-based audiovisual patient information system -a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. *Acta Neurochirurgica* 152(8), 1337-1341.

- Giraudet-Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L, Pasault V, Jeanne L, Lamas JP, Kerboull L, Fougeray M, Conseiller C, Kahan A & Courpied JP. 2003. Positive Effect of Patient Education for Hip surgery: A Randomized Trial. *Clinical orthopaedics and related research* 414, 112-120.
- Gracey KM. 2001. Coaching: an essential leadership skill for the advanced practice nurse. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 1(3), 176-180.
- Greene KA & Harwin SF. 2011. Maximizing patient satisfaction and functional results after total knee arthroplasty. *The Journal of Knee Surgery* 24(1), 19-24.
- Hakkarainen K, Palonen T & Paavola S. 2002. Kolme näkökulmaa asiantuntijuuden tutkimiseen. *Psykologia* 6, 448-464.
- Heikkinen M. 2003. *Asiantuntijasairaanhoitajille asetettujen kriteerien toteutuminen Aurallassa: työyhteisön näkökulma*. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.
- Heikkinen K. 2011. *Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients*. Doctoral Thesis. Annales Universitatis Turkuensis. D 973 Turku.
- Helle-Kuusjoki T, Vuorinen T, Kankkunen P, Renholm M, Kärkkäinen O & Suominen T. 2006. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden kuvaus tehtäväsiirroista erikoissairaanhoidossa. *Premissi* 2, 33-37.
- Hess R, Desroches C, Donelan K, Norman L & Buerhaus PI. 2011. Perceptions of nurses in magnet hospitals, non-magnet hospitals, and hospitals pursuing magnet status. *Journal of Nursing Administration* 41(7-8), 315-323.
- Hopia H, Raappana M, Perttunen J, Tiikkainen P & Liimatainen L. 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. *Sairaanhoitaja* 8, 14-16.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Hupli M. 2004 (toim.). *Potilasohjauksen ulottuvuudet*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:45. Turku Digipaino, Lukijalle.
- Hyttinen H & Kanerva A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus. *Tutkiva Hoitotyö* 9(2), 12-20.
- Häggman-Laitila A. 2008. Huolenpidon etiikka: empiirisiä huomioita lapsiperhetyöstä. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 189–205.
- Hänninen V. 2008. Narratiivisen tutkimuksen eettiset haasteet. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 121–137.

- Härkönen E. 2005. *Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessa hoitotyössä erikoissairaanhoidossa*. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY. Juva.
- Johansson K, Salanterä S, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2002. Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* 6(4), 220-226.
- Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J & Salanterä S. 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2), 212-223.
- Johansson K, Salanterä S & Katajisto J. 2006. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient Education and Counselling* 2007(66), 84-91.
- Johansson K, Katajisto J & Salanterä S. 2008. Tekonivelleikkaukseen menevän reumapotilaan preoperatiivinen puhelinohjaus. Teoksessa: Montin, L. (toim.) *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turku Uniprint, Turku, 30-40.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOY pro Oy, Helsinki.
- Katajavuori N. 2005. *Vangittu tieto vapaaksi – asiantuntijuus ja sen kehittyminen farmasiassa*. Väitöskirja. Sosiaalifarmasian osasto, Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto. Helsingin yliopistopaino, Helsinki.
- Kearney M, Jennrich MK, Lyons S, Robinson R & Berger B. 2011. Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic Nursing* 30(6), 391-396.
- Kemi S, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2009. Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumiseen ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* 21(3), 174-184.
- Korhonen A. 2008. Näkökulmia kliinisen asiantuntijan ammattietiikasta. *Sairaanhoitaja* 6-7, 10-12.
- Korhonen A, Korhonen T & Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. *Tutkiva Hoitotyö* 8(3), 38-42.
- Korhonen A, Jylhä V & Holopainen A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? *Tutkiva Hoitotyö* 10(1), 40-42.
- Kruijverin I, Kerkstra A, France A, Bensing J & van de Wiel H. 2001. Evaluation of communication training programs in nursing care: A review of literature. *Patients Education and counselling* 39(1), 129-145.
- Kuoppamäki R. 2006. Ammatillisten erikoistumisopintojen merkitys sairaanhoitajien urakehityksessä. *Tutkiva Hoitotyö* 4(2), 7-22.
- Kuoppamäki R. 2008. *Ammattikorkeakoulujen erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä*. Acta Universitatis Tamperensis 1315. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden laitos, Tampere University Press, Tampere.

- Kydd LA, Reid SA & Adams J. 2010. The Breast Surgery Gallery: an educational and counseling tool for people with breast cancer or having prophylactic breast surgery. *Clinical Journal Oncology Nursing* 14(5), 643-648.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita, Helsinki.
- Kylmä J. 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 109–120.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.
- Kääriäinen K & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250–258.
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17(4), 208-216.
- Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K. 2006. Terveystieteellisen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18, 4-13.
- Kääriäinen M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 937. Väitöskirja. Oulu University Press, Oulu.
- Langdon IJ, Hardin R & Learmonth ID. 2002. Informed consent for total hip arthroplasty: does a written information sheet improve recall by patient. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 84, 404-408.
- Lamiani G & Furey A. 2009. Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. *Patient Education and Counseling* 75, 270–273.
- Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY, Porvoo.
- Leino - Kilpi H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi H & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. Viides uudistettu painos. WSOY, Helsinki, 360-377.
- Liimatainen A. 2009. *Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa*. Licensiaatintutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopio.

- Liimatainen T, Koivula M, Mattila E & Åstedt-Kurki P. 2011. Avanneleikattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitajakson aikana. *Hoitotiede* 23(3), 175-184.
- Lincoln Y & Cuba E. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lipponen K, Kyngäs H & Kääriäinen M. (toim.). 2006. *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit*. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Lunnela J. 2011. *Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa*. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 1096. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede ja terveyshallinto, Oulu.
- Luukkainen S & Uosukainen L. 2011. Koulutus asiantuntijuuden perustana. Teoksessa: Ranta I. (toim.) 2011. *Sairaanhoidtaja asiantuntijana*. Hoitotyön vuosikirja 2011. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Edita Prima Oy, Helsinki, 99-114.
- Lynch B, Hawkes A, Steginga S, Leggett B & Aitken J. 2008. Stoma surgery for colorectal cancer: a population-based study of patient concerns. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* 35(4), 424-428.
- Länsimies-Antikainen H. 2008. Ihmisten tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. Teoksessa: Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 91–108.
- Mattila E. 2002. *Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä*. Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 179. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Mattila E. 2004. Kuntoutumisen ohjaus yksityisissä hoito- ja palvelukodeissa. *Tutkiva hoitotyö* 2(2), 29-34.
- Mattila E. 2011. *Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana*. Acta Universitatis Tampereensis 1646. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- McDonald S, Hetrick SE & Green S. 2008. *Pre-operative education for hip or knee replacement. Review*. The Cochrane Collaboration Library, Australasian Cochrane Centre, Australia.
- Meretoja R, Eriksson E & Leino-Kilpi H. 2002. Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management* 10(2), 95-102.
- Montin L. 2007. *Patient-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty*. Annales Universitatis Turkuensis. D Medica 765. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.
- Morr S, Shanti N, Carrer A, Kubeck J & Gerling M. 2010. Quality of information concerning cervical disc herniation on the Internet. *The Spine Journal* 10 (4), 350-354.

- Nieminen H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.- 4. painos. WSOY, Juva. 215-221.
- O'Brien L & Presnell S. 2010. Patient experience of distraction splinting for complex finger fracture dislocations. *Journal of Hand Therapy* 23(3), 249-260.
- Onnismaa J, Pasanen H & Spangar T (toim.). 2000. *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2*. WS Bookwell Oy, Juva.
- Onnismaa J. 2003. *Epävarmuuden paluu. Ohjauksen ja asiantuntijuuden muutos*. Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja no.91. Väitöskirja. Joensuun yliopistopaino, Joensuu.
- Onnismaa J. 2007. *Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta*. Tammer-Paino, Tampere.
- Opetusministeriö 2004. *Yliopistotilastot 2003. Taulukoita KOTA-tietokannasta*. Opetusministeriön julkaisuja 2004:24, Helsinki.
- Opetusministeriö 2008. *Korkeakoulujen aikuiskoulutuksen nykytila ja kehittämiskohteet*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2008:38, Helsinki.
- Parahoo K. 2006. *Nursing research. Principles, Process And Issues*. Palgrave Macmillan. New York. 2nd Ed.
- Partanen T. 1990. Asiantuntijasairaanhoitaja. Vaihtoehto sairaanhoitajan urakehitykselle Suomessakin. *Sairaanhoitaja* 90 (6), 14-18.
- Peavy RV. 2004. *SocioDynamic Counselling: A Practical Approach to Meaning Making*. Suomentanut Petri Auvinen 2006. *Sosiodynaamisen ohjauksen opas*. Helsingin Painotuote Oy, Helsinki.
- Peltari P. 1997. *Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiotutkimukset*. Tutkimuksia 80. Helsinki: Stakes.
- Perttula J. 2009. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteen-teoria. Teoksessa Perttula J & Latomaa T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Kolmas painos. Juvenes Print, Tampere, 115 – 162.
- Pirskanen M & Pietilä A-M. 2008. Eettistä pohdintaa nuorten terveysvalintojen tukemisessa: tutkimustuloksia nuorten päihteettömyyden edistämisestä. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 153–170.
- Pirttilä T. 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 65–89.

- Pollard C, Gardea G, Pattenden C, Curran R, Neal C, Berry D & Dennison A. 2010. Justifying the expense of the cancer Clinical Nurse Specialist. Research. *European Journal of Cancer Care* 19 (1), 72-79.
- Pour A, Parvizi J, Sharkey P, Hozack W & Rothman R. 2007. Minimally Invasive Hip Arthroplasty: What role Does Patient Preconditioning Play? *The Journal of Bone and Joint Surgery* 89, 1920-1927.
- Pölkki T & Korhonen A. 2012. Käytännön asiantuntijuus voimavarana. *Tutkiva hoitotyö* 10(4), 3.
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125(21), 2351-2359.
- Saarikoski M, Kaila P & Leino-Kilpi H. 2009. Kliininen oppimisympäristö ja ohjaus hoitajaopiskelijoiden kokemana – muutokset kymmenvuotiskaudella. *Hoitotiede* 3, 163-173.
- Salminen-Tuomaala M, Kaappola A, Kurikka S, Leikkola P, Vanninen J & Paavilainen E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 8(4), 22-27.
- Salonen A. 2004. *Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys*. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Sayin Y & Kanan N 2010. Reasons for Nursing Telephone Counseling From Individuals Discharged in the Early Postoperative Period After Breast Surgery. *Nursing Forum* 45 (2), 87-97.
- Sherman D, Haber J, Hoskins C, Budin W, Maislin G, Shukla S, Cartwright-Alcares F, MsSherry C, Feurbach R, Kowalski M, Rosedale M & Roth A. 2012. The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research* 25(1), 3-16.
- Showalter A, Burger S & Salyer J. 2000. Patients' and their spouses' needs after total joint arthroplasty: a pilot study. *The Orthopaedic Nursing* 19(1), 49-62.
- Sjöling M, Norbergh KG, Malker H, Asplund K. 2005. What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? Their Side of the Story. *Journal of Orthopaedic Nursing* 10, 5–14.
- Spalding NJ. 2003. Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293.
- Spalding NJ. 2004. Preoperative education: empowering patients with confidence. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11(4), 147-153.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Yliopistopaino, Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. *Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta.* Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Yliopistopaino, Helsinki.
- Tappen R, Whiteheard D, Folden S, Hall R. 2003. Effect of a video intervention on functional recovery following hip replacement and hip fracture repair. *Rehabilitation Nursing* 28 (5), 148-153.
- The International Council of Nurses (ICN). 2013. *Nurse Practitioner/Advanced Practice Network.* <http://icn-apnetwork.org> (luettu 13.2.2013).
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Viides painos. Tammi, Helsinki.
- Vallimies-Patomäki M, Perälä M-L & Lindström E. 2003. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? *Tutkiva hoitotyö* 1(2), 10-15.
- Vallimies-Patomäki M. & Hukkanen E. 2006. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat. Tuloksia kansallisesta terveysthankkeesta. Teoksessa: Miettinen M, Hopia H, Koponen L & Wilksman K. (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen.* Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gummerrus Kirjapaino Oy, Helsinki, 61-86.
- Visser A, Deccache A & Bensing J. 2001. Patient education in Europe: united differences. *Patient Education and Counseling* 44, 1-5.
- Vähäkangas K. 2008. Monitieteisen yhteisön etiikka. Teoksessa: Pietilä A-M & Länsimies – Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä.* Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä, Kuopio, 37-45.
- Walker J. 2007. Patient information. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing* 16(1), 27-32.
- Wong EM, Chan SW & Chair S. 2010. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing* 66 (5), 1120-1131.
- Ylitörmänen T, Kvist T & Turunen H. 2013. Sairaanhoitajien yhteistyö sairaalassa – kyselytutkimus. *Tutkiva hoitotyö* 11(1), 4-13.
- Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista.* WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Öhman A. (2005). Qualitative methodology for rehabilitation research. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37(5), 273-280.

LIITTEET

Liite 1. Asiantuntijuuden tyypit ja osaamisen tavoitteet

(mukaellen Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 ja 2012).

Asiantuntijuuden tyypit	Osaamisen tavoite
Kliinisessä hoitotyössä toimiva hoitaja	<ul style="list-style-type: none">• vahva kliinisen hoitotyön osaaminen• toimii lähimpänä toimintayksikön perustehtävää, jonka toteuttamisessa hän käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä hoidossa
Kliinisesti erikoistunut hoitaja	<ul style="list-style-type: none">• kliinisten erikoistumisopintojen tuoma vahva kliinisen hoitotyön erityisosaaminen ja hoitotyön kehittämisen osaaminen• tehtävänä käytännön työn lisäksi tukea tutkitun tiedon käyttöä toimintayksikössään
Kliinisen hoitotyön asiantuntija	<ul style="list-style-type: none">• kliinisen osaamisen lisäksi tutkimus- ja kehittämisaosaamista• palvelujärjestelmän ja johtamisen tuntemusta, jota tarvitaan näyttöön perustuvan tiedon soveltamisessa, näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönottamisessa toimintayksiköissä ja toimintayksiköiden välillä sekä käytäntöjen yhtenäistämässä palvelukokonaisuudessa
Kliinisen hoitotieteen asiantuntija	<ul style="list-style-type: none">• ammatillisen osaamisen lisäksi vahvaa tutkimus-, kehittämis- ja johtamisaosaamista• kansallista palvelujärjestelmän ja sen kehittämislinjausten tuntemusta• kansainvälistä osaamista ja kansainvälisten järjestelmien tuntemusta• tehtävänä on suositusten laatiminen, tiedon kokoaminen (järjestelmälliset katsaukset) ja tuottaminen, seurantamenetelmien kehittäminen sekä laajojen tutkimus- ja kehittämishankkeiden johtaminen

- kliinisessä hoitotyössä toimivan ja kliinisesti erikoistuneen hoitajan ammatillisen kehittymisen tukeminen urakehitysmalleilla

Liite 2. Tiedote tutkittavalle

TIEDOTE TUTKITTAVALLE ____.____. 2012

KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS ASIANTUNTIJASAIRAANHOITAJAN KOKEMANA

Arvoisa asiantuntijasairaanhoitaja

Pyydän sinua osallistumaan tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta. Asiantuntijasairaanhoitajalla tarkoitan tutkimuksessani lisäkoulutettua sairaanhoitajaa, jonka toimenkuva on erikseen määritelty – ts. poikkeaa muiden sairaanhoitajien toimenkuvasta esim. siten, että siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa ja/tai tehostettua potilasohjausta. Tavoitteena on tuotetun tiedon pohjalta suunnitella ja kehittää kirurgisen potilaan ohjausta.

Kokemuksesi kirurgisen potilaan ohjaajana asiantuntijasairaanhoitajana on tutkimuksen onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Tutkimus toteutetaan laadullisena tutkimuksena, jota varten pyydän Sinua laatimaan kirjoitelman (esseen), jossa kuvaat kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamana. Toivon, että käsittelet aihetta mahdollisimman kattavasti. Oheisessa kirjoitusohjeessa on kirjoitelmaasi varten avuksesi muutamia seikkoja. Pyydän huomioimaan myös taustakysymykset, jotka ovat kirjoitusohjeen alkuosassa. Kirjoitelma toivotaan lähetettävän tutkijalle liitetiedostona sähköpostitse tämän kirjeen lopussa esitettyyn sähköpostiosoitteeseen.

Antamiasi tietoja ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja henkilöllisyyttäsi ei ole mahdollista tunnistaa tutkimusraportissa. Aineistoa säilytetään asianmukaisesti sekä hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Pro gradu -tutkielmaa ohjaavat professori Päivi Åstedt-Kurki ja yliopisto-opettaja TtM Mira Palonen Tampereen yliopiston terveystieteiden yksiköstä (hoitotiede).

Kiitos osallistumisestasi pro gradu – tutkielmani toteuttamiseen

Alla yhteystietoni käytettäväksesi

Yhteistyöterveisin,

Katariina Saarela	Hoitotieteen opiskelija, erikoissairaanhoitaja, asiantuntijasairaanhoitaja
postiosoite:	xxx
sähköposti:	katariina.saarela@epshp.fi
puhelin:	xxx

Liite 3. Kirjoitusohje

KIRJOITUSOHJE

Kirjoita esseetyyppinen kirjoitelma aihealueesta 'Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana'. Toivon sinun pohtivan kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta verraten kirurgisen potilaan ohjausta aikaisempaan toimintaasi sairaanhoitajana. Avuksesi on alla esitetty muutamia seikkoja, mutta toivon sinun kirjoittavan kokemuksistasi lähinnä omin sanoin.

Taustakysymyksiä:

- koulutus ja jatkokoulutus/täydennyskoulutus (pituus/laajuus/sisältö)
- ammattinimike/toiminimi/tehtävänimike (onko muuttunut tehtävien/lisäkoulutuksen myötä)
- työkokemus sairaanhoitajana toimimisesta (vuosina)
- työkokemus potilaan ohjauksesta (vuosina)
- työkokemus asiantuntijasairaanhoitajana toimimisesta (vuosina)
- työkokemus itsenäisestä vastaanottotoiminnasta (vuosina)

Omin sanoin kuvaamiesi kokemustesi lisäksi voit käsitellä esimerkiksi seuraavia seikkoja:

Asiantuntijasairaanhoitajan toteuttama potilaan ohjaus versus perinteisen sairaanhoitajan toteuttama ohjaus

Potilaan ohjauksen erilaisuus verraten aikaisemmin toteuttamaasi potilaan ohjaukseen

Potilaan ohjauksen sisältö asiantuntijasairaanhoitajan toteuttamana

Asiantuntijasairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaajana

Asiantuntijasairaanhoitajalle asetettuja odotuksia potilaan ohjauksen suhteen

- potilaiden/läheisten/lääkärien/muun henkilökunnan/ työnjohdon taholta

Läheisten huomiointi potilaan ohjauksessa

Asiantuntijasairaanhoitajan koulutuksesi antamia muutoksia toimintaasi/tehtäväkuvaasi potilaan ohjaajana

Olenaisinta vastaanottotoiminnassasi potilaan ohjaajana

Potilaan ohjauksessa kehittyminen asiantuntijasairaanhoitajana

Esseekirjoitelman lisäksi tutkimusaineistoa voidaan tarvittaessa hankkia jatkossa haastattelemalla.

Halutessasi osallistua syventämään tutkittavaa aihetta haastattelussa, pyydän sinua osoittamaan kiinnostuksesi ja lisäämään yhteystietosi kirjoitelman mukaan.

Toivoisin saavani kirjoitelmasi 30.6.2012 mennessä. Lähetä kirjoituksesi ensisijaisesti sähköpostitse liitetiedostona tai kirjeellä tutkijan kotiosoitteeseen.

Lämmin kiitos osallistumisestasi!

Katariina Saarela, hoitotieteen opiskelija

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Liite 4. Tutkittavan suostumus

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS ASIANTUNTIJASAIRAANHOITAJAN KOKEMANA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

_____ __. __. 2012 _____ __. __. 2012

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimen selvennys

nimen selvennys

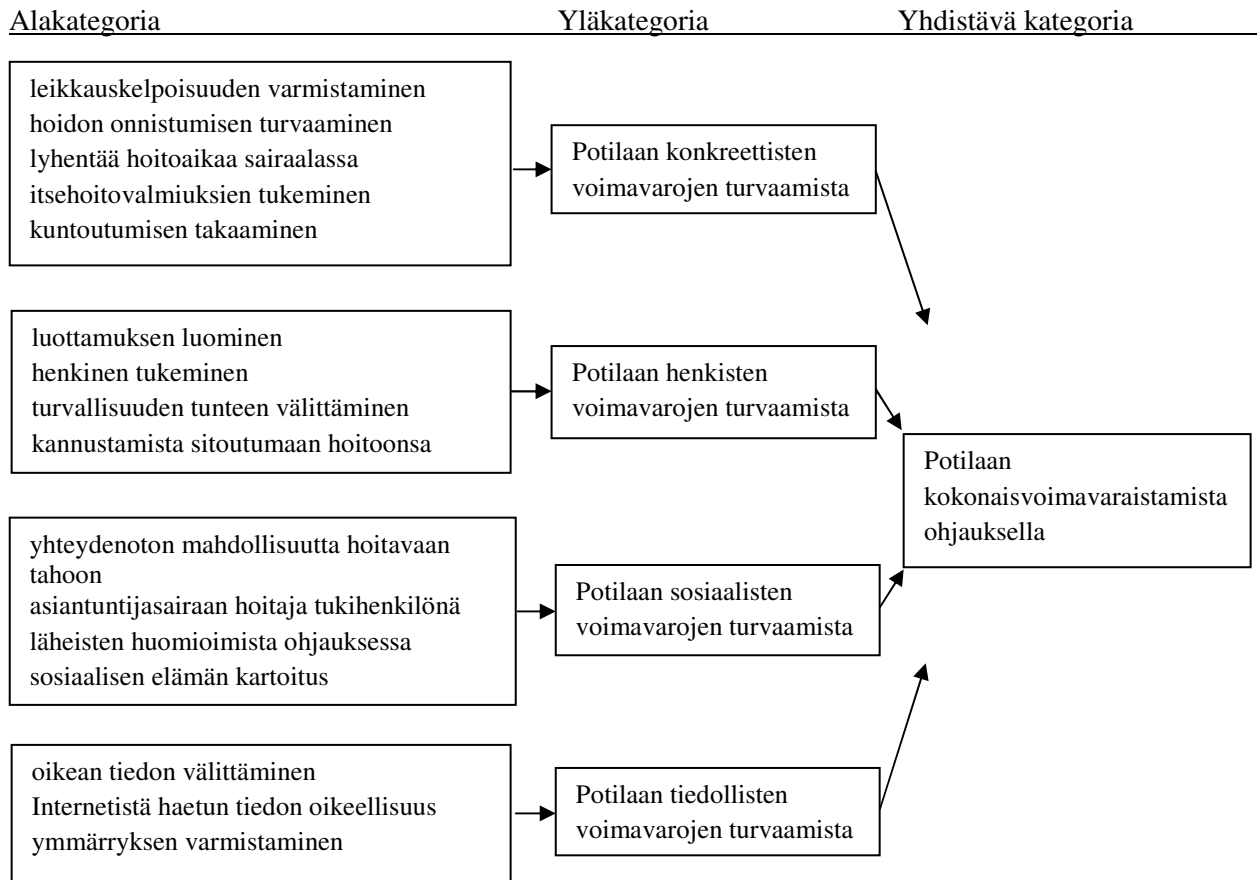
tutkittavan henkilötunnus tai syntymäaika

osoite

Suostumuslomake lähetetään oheisessa postimerkillä varustetussa kirjekuoressa tutkijan kotiosoitteeseen.

KATARIINA SAARELA

Liite 5. Yhteenveto aineiston abstrahoinnista – kirurgisen potilaan ohjaus



Liite 6. Yhteenvedo aineiston abstrahoinnista – potilaan ohjauksen hallintaan vaikuttavat tekijät

