

**Jaana Nissi-Lämsä**

**SAIRAAHOITAJAN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN ELEKTIIVISEN  
LEIKKAUSPOTILAAN PREOPERATIIVISESSÄ OHJAUKSESSA**

Sairaanhoitaja ylempi  
(AMK)

Kajaanin ammattikorke-  
koulu

Sosiaali- ja terveysala

2019



## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Nissi-Lämsä Jaana

**Työn nimi:** Sairaanhoidajan osaamisen kehittäminen elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa

**Tutkintonimike:** Sairaanhoidaja Ylempi (AMK)

**Asiasanat:** Puhelinohjaus, osaaminen, palveluohjaus, tiedonkulku, vuorovaikutus, motiivointi, luottamus ja viestintä

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avohoitotalon leikkausosastolla instrumenteissa avustavan sairaanhoidajan työnkuvaan sisältyy elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjaus ennen toimenpidettä. Potilaan ohjauksessa korostuu sairaanhoidajan vastuu tavoitteellisen, laadukkaan ja potilas-turvallisen puhelinohjauksen toteuttamisesta. Ohjaustilanteessa on huomioitava muun muassa potilaan ohjauksen tarve, aikaisemmat tiedot ja kokemukset. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sairaanhoidajan osaamista elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa puhelinohjauksessa.

Metodologisena lähestymistapana oli palvelumuotoilu, jonka mukaisesti leikkauspotilaan hoito tuli suunnitella hänen tarpeidensa perusteella, ja joka mahdollistui potilaan, hoitohenkilöstön sekä hoitoketjuun kuuluvien sidosryhmien yhteistyönä. Opinnäytetyö rajattiin palvelupolun yhteen palvelutuokioon, leikkausta edeltävään puhelinohjaukseen. Opinnäytetyön alussa tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa sairaanhoidajan toteuttamasta potilaan preoperatiivisesta puhelinohjauksesta. Tutkimuskysymys oli, mitä osaamista sairaanhoidaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa? Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Tuloksina saatiin näyttöön perustuva ohjausosaaminen, sähköisten teknologiapalvelujen osaaminen, ohjauksen menetelmäosaaminen, ohjauksen substanssiosaaminen, työyhteisön tuki ja ohjauksen vuorovaikutusosaaminen. Tuloksista selvisi, että vuorovaikutuksellinen viestintä oli tärkeää sujuvan ohjauksen kannalta. Vuorovaikutus oli puhelinohjauksessa kaksisuuntaista, jossa korostui kuunteleminen ja kysymysten tekeminen taito.

Palvelumuotoilun mukaisesti alussa selvitettiin asiakasymmärrys kolmen sairaanhoidajan kanssa käytyjen keskustelujen avulla ja videoimalla heidän toteuttamat elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjaukset. Videointiaineisto litteroitiin ja analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Asiakasymmärrystä kuvaavista tuloksista, lääkehoito, sähköinen järjestelmäosaaminen, potilaan fyysinen terveys ja soveltuminen toimenpiteeseen, keskusteltiin sairaanhoidajien kanssa. Tulosten perusteella suunniteltiin puhelinohjausta toteuttavan sairaanhoidajan profiilit: tehokas, empaattinen, sosiaalinen ja kekseliäisyyttä korostava profiili. Kehittämiprofiileiksi valittiin tehokas ja empaattinen profiili, joiden perusteella laadittiin kaksi erilaista elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjauksen konseptointimallia.

Ohjausprofiilien mukaiset konseptointimallit protypoitiin sairaanhoidajan ohjatessa elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat puhelimesta samalla kun ohjaukset videoitiin. Videointi- ja sairaanhoidajan haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin deduktiivisesti. Tehokkaassa profiilissa tuloksena oli potilaan pitkäaikaissairauksien ja riskitietojen kartoitus, potilaan ohjausosaaminen, lääkehoito-osaaminen, potilaan tunnistaminen, potilaan elämäntapa ja potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen. Empaattisessa profiilissa tuloksena oli potilaan ohjausosaaminen, lääkehoito-osaaminen, potilaan pitkäaikaissairauksien kartoittaminen ja potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen. Tehokkaan ja empaattisen profiilin mukaiset puhelinohjaukset olivat samansuuntaiset ja siksi näistä kahdesta tyylistä muodostettiin yksi profiili, ja se nimettiin Kuuntele potilasta-profiiliksi. Kuuntele potilasta-profiili vakiinnutetaan käytäntöön mentori-aktori-mallia hyödyntäen, jossa kokenut sairaanhoidaja ohjaa vähän puhelinohjausta toteuttanutta sairaanhoidajaa. Sairaanhoidajan osaamista kehitettiin elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa puhelinohjauksessa suunnittele-malla heidän kanssaan yhdessä tehokas, empaattinen profiili ja näiden perusteella suunniteltu Kuuntele-potilasta -profiili. Sairaanhoidajan tulee erityisesti keskustelun ohella kuunnella potilasta, ja hänen tulee ottaa huomioon potilaan fyysisen terveyden lisäksi potilaan psyykinen terveys toimenpiteeseen valmistautumisen ohjauksessa. Tulevaisuudessa kehitettyä Kuuntele potilasta-profiilia, ja sen edellyttämää sairaanhoidajan osaamista, voidaan hyödyntää esimerkiksi sairaalan eri osastoilla tai muissa sairaaloissa, kun suunnitellaan ja toteutetaan elektiivistä leikkauspotilaan preoperatiivista puhelinohjausta.

## **Abstract**

**Author(s):** Nissi-Lämsä Jaana

**Title of the Publication:** Developing Nurses' Competence in Preoperative Guidance of Elective Surgery Patients

**Degree Title:** Master of Health Care

**Keywords:** flow of information, competence, telephone guidance, case management, confidence, motivation, communication, interaction

The job description of the scrub nurse at the outpatient surgery department of the Northern Ostrobothnia Hospital District includes the preoperative telephone guidance of elective surgery patients. Patient guidance underlines the responsibility of the nurse for the implementation of goal-oriented, high-quality and patient-safe telephone guidance. The patient's need for guidance, previous information and experience should be considered in the guidance situation. The aim of this thesis was to develop nurses' competence in the preoperative telephone guidance of elective surgery patients.

The methodological approach was service design according to which the treatment of surgical patients has to be designed based on their needs, which is facilitated by collaboration between patients, medical staff and stakeholders in the treatment chain. This thesis was limited to one service moment, i.e. pre-operative telephone guidance. At the beginning of the thesis, a literature review was conducted to investigate previous research data on patients' preoperative telephone guidance given by a nurse. The research question was to explore what competence a nurse needed to guide elective surgery patients preoperatively. The data was analyzed according to the inductive content analysis. The results included evidence-based guidance competence, electronic technology service competence, methodological competence in control, content competence for guidance, support by work community, and interaction competence for guidance. The results showed that interactive communication was important for smooth guidance. Interaction occurred in two ways during telephone guidance with emphasis on listening, engaging and questioning.

According to service design thinking, customer understanding was first clarified through discussions with three nurses and by filming the telephone guidance situations they had with elective surgery patients. The videos were transcribed and analyzed according to inductive content analysis. Medication, electronic system competence, patients' physical health and suitability to the procedure were those results describing customer understanding that were discussed with nurses. Based on the results, the profiles of the nurse responsible for preoperative telephone guidance were drawn: an efficient, empathic, social and resourceful profile. Effective and empathic profiles were chosen as the development profiles, based on which two different models of telephone guidance for elective surgery patients were developed.

The conceptualization models, which follow the guidance profiles, were prototyped by filming the nurses when they guided elective surgery patients preoperatively on the telephone. The videos and interviews were transcribed and analyzed deductively. The results of the efficient profile included examination of patients' long-term illnesses and risk factors, patient guidance competence, medication competence, patient identification, patients' lifestyle, and preparing patients for procedures. The empathic profile resulted in patient guidance competence, medication competence, exploring patients' long-term illnesses, and preparing patients for procedures. Telephone guidance given in accordance with the efficient and empathic profiles was parallel, and therefore these two profiles were merged into one profile which was named the 'Listen to Patient' profile. This profile is being established using the mentor-actor model where an experienced nurse mentors a less experienced nurse.

Nurses' competence to guide elective surgery patients preoperatively on the telephone was developed by planning an efficient and empathetic Listen to Patient profile together with nurses. In addition to discussing with patients, the nurse has to listen to them and consider not only their physical condition but also their mental health in regard to preparing for the procedure. The Listen to Patient profile and the required competence of nurses can be introduced on other wards and in other hospitals in future when elective surgery patients' preoperative telephone guidance is developed.

## Sisällys

1	JOHDANTO .....	1
1.1	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia .....	1
1.2	Sairaanhoitajan osaamisen kehittyminen leikkausosaston hoitotyössä .....	3
1.3	Opinnäytetyön metodologisena lähestymistapana palvelumuotoilu .....	4
1.4	Opinnäytetyön projektiorganisaatio .....	8
2	SAIRAAHOITAJAN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN .....	11
2.1	Kirjallisuuskatsauksen tausta .....	11
2.2	Hakusanat ja tietokannat .....	12
2.3	Aineiston analyysi .....	15
2.4	Tulokset .....	17
2.5	Eettisyys .....	21
2.6	Luotettavuus .....	22
2.7	Yhteenveto .....	24
3	ASIAKASYMMÄRRYS ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAAN PREOPERATIIVISESSA PUHELINOHJAUKSESSA .....	25
3.1	Teoreettinen perusta .....	25
3.2	Empiirinen perusta .....	27
3.3	Aineiston analyysi .....	31
3.4	Tulokset .....	33
3.5	Asiakasymmärryksen perusteella muodostetut profiilit .....	42
4	ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAN PREOPERATIIVISEN PUHELINOHJAUKSEN KONSEPTOINTI .....	45
4.1	Puhelinohjauksen kehittämisen .....	45
4.2	Tehokkaan profiilin konseptointi .....	46
4.3	Empaattisen profiilin konseptointi .....	47
5	TEHOKKAAN JA EMPAATTISEN PROLIIFIN PROTOTYPOINTI .....	50
5.1	Profiilien prototypoinnin suunnittelu ja toteutus .....	50
5.2	Prototypoinnista saadun aineiston analyysi .....	52
5.3	Prototypoinnin tulokset .....	55
5.4	Elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjauksen uusi profiili .....	65
5.5	Profiilien arviointi .....	69

6	PREPUHELINOHJAUSPROFIILIN LANSEERAAMINEN .....	71
7	DIALOGINEN JOHTAMINEN .....	75
8	POHDINTA .....	80
	8.1 Eettisyys.....	80
	8.2 Luotettavuus .....	82
	8.3 Jatkokehittämisaiheet.....	83
	LÄHTEET.....	84
	LIITTEET (2 kpl)	

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPshp:n 2016) strategiassa mainitaan potilaslähtöisyys toiminnan perustana. PPSHP:n strategia 2016 sanotaan, että PPSHP:n ja Oulun yliopistollisen sairaalan tavoitteena on turvata alueensa ja koko Pohjois-Suomen asukkaille korkeatasoiset erikoissairaanhoidon palvelut. Asiakasnäkökulman toteutuminen varmistetaan sekä tulevaisuuden sairaalassa, että osallistamalla aktiivisesti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen.

Potilaiden leikkauksen jälkeinen kotona tapahtuva hoito ja lääkehoidon toteutus ennen tulevaa kirurgista toimenpidettä ovat muuan muassa olleet sujuvan puhelinohjauksen toiminnan haasteina. Terveydenhuollon puhelinpalvelutoiminta on viime vuosina yleistynyt eri muodoissa pyrittäessä vastaamaan väestön lisääntyneeseen terveystalouden kysyntään (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toimivan avohoitotalon leikkausosastolla. Elektiiviseen leikkaustoimenpiteeseen tulevat leikkauspotilaat ohjataan puhelimesta noin viikkoa ennen toimenpidepäivää.

PPSHP:n strategiassa (2016) mainitaan potilaan ohjausta ohjaavat arvot; ihmisarvo, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, uusiutumiskyky ja avoimuus. Puhelinohjaus on haasteellista, koska hoitaja tekee potilaan hoidon kannalta tärkeitä päätöksiä ilman, että hän näkee potilasta (Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 99). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon eettiset ohjeet. Ohjeisiin kuuluvat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto. Ohjauksen näkökulmasta tarkasteltuna eettiset

ohjeet suuntaavat ja kehittävät työntekijän omaa eettistä ajattelua ja kykyä perustella toimintaansa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5-7.)

PPshp:n kuntayhtymän palveluksessa oli vuoden 2016 aikana keskimäärin 6655 henkilöä (Henkilöstökertomus 2016, 6). PPshp sairaanhoitajan työn vaativuuden mukaan sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija. Hän suunnittelee, toteuttaa ja arvioi hoitotyötä. Hänen tarkoituksenaan on toteuttaa potilaan korkeatasoinen kokonaisuhoito ja ohjaus eri työyksiköiden erityispiirteet huomioiden. Keskeiset tehtävät ovat välitön potilaan hoito, välillinen potilaan hoito (huolto/tilaus ynnä muu sellainen), opetus, ohjaus, perehdytys, toiminnan kehittäminen ja yhteistyö. (Työn vaativuuden arviointilomake n.d., 1.) PPshp:n strategia (2016) ohjaa sairaanhoitopiirin toiminnan ja talouden suunnittelua, kehittämistä ja johtamista. Päämääränä on varmistaa, että alueen väestö saa tasavertaiset ja korkeatasoiset palvelut, palveluja voidaan kehittää ja että kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta voidaan kohentaa (Tilinpäätös 2016, 10).

Potilas saa kutsun ohjauskeskusteluun potilaan hoidonsuunnittelun sairaanhoitajan lähettämässä toimenpidekutsukirjeessä, tai kiireellisessä toimenpiteen ajanannossa potilaan hoidonsuunnittelun sairaanhoitaja soittaa potilaalle. Avohoitotalon leikkausosastolla elektiivisen leikkauspotilaan ohjauksen toteuttaa leikkaussairanhoitaja. Hän työskentelee joko yksin tai hänellä on samanaikaisesti toinen sairaanhoitajakollega tukena. Hänellä on kokemusta leikkausosastolla suoritettavista kirurgisista leikkaustoimenpiteistä. Ohjauksessa tämä korostuu erityisesti, koska potilaat ovat kiinnostuneita heille toteutettavista toimenpiteistä. Sairanhoitajan tulee osata ratkaista potilaan toimenpiteeseen liittyviä haasteita ohjauksessa ja omata hyvät vuorovaikutus- ja kuuntelutaidot, unohtamatta empatiaa. Lisäksi vaaditaan hyvät tietojenkäsittelytaidot. Potilaan ja sairaanhoitajan välinen ohjauskeskustelu kirjataan ja tallennetaan potilaan potilasasiakirjoihin.

Opinnäytetyön aihe rajattiin perustellusti käsittämään leikkaussairanhoitajan elektiiviselle leikkauspotilaalle toteuttamaa preoperatiivista ohjausta. *Tavoitteena* on sairaanhoitajan osaamisen kehittyminen leikkauspotilaan puhelinohjauksessa. Lisäksi opinnäytetyö kehittää opiskelijan osaamista esimerkiksi kehittämisprojek-

tissa, kun hän toimii projektipäällikkönä. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään sairaanhoitajien osaamisen kehittämiseen potilaan puhelinohjauksessa. Potilaan ja sairaanhoitajan välinen ohjauskeskustelu kirjataan ja tallennetaan potilaan potilasasiakirjoihin. Sairaanhoitajan yhteistyöosaaminen on tärkeää (Paltta 2005, 10-11). Leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetään siis vahvaa ammatillista pätevyyttä.

## 1.2 Sairaanhoitajan osaamisen kehittyminen leikkausosaston hoitotyössä

Sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa osallistaa työyhteisön kehittämään ohjausta. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä teoria ja käytäntö yhdistyvät. Tämä tukee uutta oppimista ja rakentaa siltaa työelämän ja koulutuksen välille. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 134.) Ammattikorkeakouluverkosto tiivistyy ja syventää yhteistyötä elinkeinoelämän kanssa strategisessa johtamisessa ja käytännön opetus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnassa. (Uusia innovaatioita, osaavaa työvoimaa ja pidempiä työuria 2018, 2.)

Terveystieteiden puhelinpalvelutoiminta on yleistynyt eri muodoissa pyrittäessä vastaamaan väestön lisääntyneeseen terveyspalvelujen kysyntään (Ohje terveyskeskuksille välittömästä yhteydenotosta 2011). Potilaan ohjaus edellyttää sairaanhoitajalta osaamista ja vastavuoroista ohjaussuhdetta (Orava, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 232). Potilaan elektiivisen puhelinohjauksen toteuttavat avohoitotalon leikkausosastolla leikkaussairaanhoitajat. Sairaanhoitajalla on kokemusta leikkausosaston kokonaistyöskentelystä. Sairaanhoitajan tulee osata tehdä tarkentavia kysymyksiä potilaalle puhelinohjauksessa ja hallita vuorovaikutus- ja kuuntelutaidot. Näiden lisäksi vaaditaan hyvät tietojenkäsittelytaidot. Inhimillinen pääoma tarkoittaa henkilöstön osaamista ja tämä pääoma on yhteydessä yksilön kyvykkyyksiin (Pakarinen & Mäki 2014, 148-259).

Ohjaus on tärkeä auttamismenetelmä potilaan päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä. Toimenpidettä edeltävä ohjaus ja toimenpiteen jälkeinen seuranta toteutetaan usein puhelinohjauksen avulla. Yhä iäkkäämpiä potilaita hoidetaan päiväki-



rurgisesti, joten on syytä miettiä erityisen tarkasti, miten puhelinohjaus heidän kohdallaan järjestetään. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 199-120.)

Dialogi on enemmän kuin puhelunkeskustelu. Se on syväkuuntelua, yhdessä ajattelua, ongelmaratkaisua ja yhdessä oppimista. Lähtökohtana on osapuolten välinen kunnioitus ja tasa-arvo. Se on oivallinen ja tehokas menetelmä organisaatioiden kehittämisessä. Aidon dialogin avulla saadaan käyttöön henkilöstön osaaminen, motivaatio, luovuus ja edistetään tuloksellisuutta, työelämän laatua ja innovatiivisuutta. (Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura, Kasvio & Toikko 2015, 9.) Puhelinohjauksessa sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan kanssa toteuttamaansa keskustelua ja kuuntelee mitä potilaalla on kerrottavanaan.

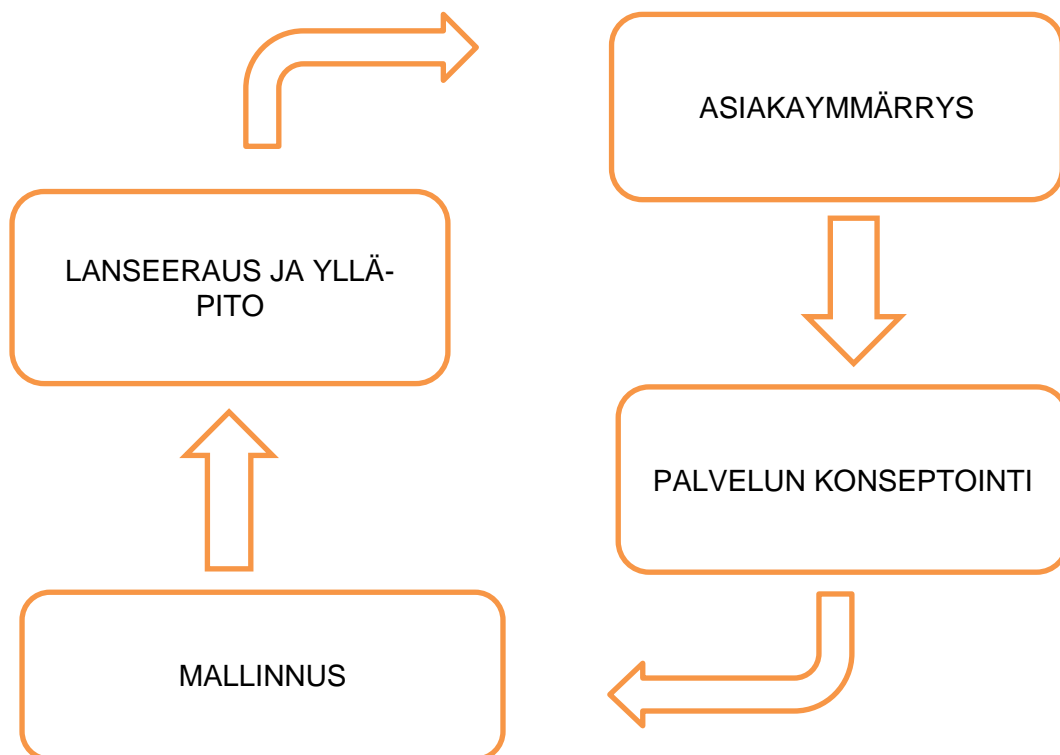
### 1.3 Opinnäytetyön metodologisena lähestymistapana palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu (Service design) on opinnäytetyön metodologisena lähestymistapana. Palvelumuotoilu auttaa organisaatioita havaitsemaan palveluiden strategiset mahdollisuudet liiketoiminnassa, innovoimaan uusia palveluja ja kehittämään olemassa olevia. Tavoitteina ovat palvelutuotteet, jotka ovat taloudellisesti, sosiaalisesti ja ekologisesti kestäviä. Yhteiskehittäminen on palvelumuotoilua, ja se on yksi keskeisistä lähtökohdista palvelun eri osapuolten osallistamisessa palvelun kehittämisessä. (Tuulaniemi 2016, 12, 24, 116.)

Palvelumuotoilun ottaminen mukaan palvelunkehitysprosessiin tuo peliin uusia pelaajia, pelipaikkoja ja ymmärrystä siitä, miten pelitaktiikkaa hiotaan kaikkien osapuolten kannalta hyödyllisemmin ja niin, että sekä palvelun tuottajan ja asiakkaan tarpeet on huomioitu ja ennakoitu (Tuulaniemi 2016, 12, 24). Palvelumuotoilu on työmenetelmä, jonka tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa palveluja yhteiskehittämisen avulla (Ahonen 2017, 6).

Palvelumuotoiluprosessi alkaa (Kuvio 1.) palvelun tuottajan tarpeesta uudistaa olemassa olevaa palvelua tai luoda uutta, lähtötilanteessa valitaan menetelmät ja toimintatavat. Näillä kootaan asiakastieto. Seuraavaksi arvioidaan, millaisia tavoitteita halutaan asettaa sekä, mitä halutaan kartoittaa, mitä haemme kehitettävältä

palvelulta. Muutoksen aikaansaaminen edellyttää tavoitteiden kuvausta. Millaista osaamisen kehittämistä sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa? Tavoitteiden asettamisessa on tärkeää, että asiakasymmärryksen painopiste muuttuu tiedon keräämisestä tiedon hyödyntämiseen. (Ahonen 2017, 45-46.) Opinnäytetyön tavoitteena on sairaanhoitajan osaamisen kehittäminen elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa.



Kuvio 1. Palvelumuotoiluprosessi (mukaillen Vähälä ym. 2012)

Palvelumuotoilu ymmärretään systemaattisena tapana kehittää toimintaa (Tuulaniemi 2016, 27). Palvelumuotoilun määritelmiä esitetään taulukossa 1. Asiakaslähtöisyyden periaatteet tulisi olla osana palveluprosesseja ja palvelukäytäntöjä, jolloin asiakas on mukana palvelutapahtumassa. Ihmisarvon kunnioitus on aina asiakaslähtöisyyden perustana. (Helminen 2017, 37.)

Taulukko 1. Palvelumuotoilun määritelmiä

Palvelumuotoilu	Määritelmä	Asiakasymmärrys
Ahonen, T. (2017). Palvelumuotoilu Sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiseen.	Palvelumuotoilun avulla palveluista luodaan toimivia, laadukkaita ja aidosti kestäviä. Tarkoituksena on tuottaa jonkinlaista lisäarvoa palvelua käyttävälle asiakkaalle, palvelun tuottajalle ja tarjoajalle. Ytimessä on asiakasymmärrys ja asiakkaan kokemukset palvelusta. Palvelumuotoilu tarjoaa visuaalisen ja käytännönläheisen kehittämisen menetelmän, jossa kehittäminen tapahtuu yhdessä asiakkaiden ja sidosryhmien välillä. Yhteiskehittämisen menetelmin syntyy palveluja, joita on mietitty useasta eri näkökulmasta ja monien tarpeiden perusteella (Ahonen 2017, 37).	Asiakasymmärryksen syntyminen tarkoittaa sitä, että asiakkaan tarpeet ymmärretään ilman, että hänen tarvitsee niitä selittää. Hyvät palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Ne antavat asiakkaalle todellista vastinetta hänen tarpeisiinsa eli luovat lisäarvoa asiakkaan elämään. Palvelumuotoilu perustuu yhteiskehittämiseen. Tärkeä merkitys etenkin asiakkaan palaamiselle palvelujen äärelle on palveluympäristöllä ja polusta saaduilla kokemuksilla. Palvelumuotoilun asiakasymmärrys tukee sosiaali- ja terveysalan eettistä palveluntuotantoa ja tarvepohjaisten ja oikea-aikaisten palvelujen kehittämistä.
Miettinen, S. (2016). Palvelumuotoilu-uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen.	Palvelumuotoilu on osa laajempaa ilmiötä, jossa tuotekehitysprosessin painopiste on uusien ideoiden muokkaaminen asiakkaiden kanssa tehdyn luovan työn perusteella. Ideat kuvataan visuaalisesti, kuvakertomuksien, videoiden tai piirrosten avulla.	Palvelumuotoilun prosessi alkaa asiakkaan tarpeiden, unelmien ja toiveiden ymmärtämisestä. Asiakkaan ymmärtäminen ja käyttäjätiedon hankinta auttavat löytämään uusia kaupallistamisen mahdollisuuksia.
Tuulaniemi, J. (2016). Palvelumuotoilu. Palvelu.	Palvelumuotoilu on yhteisesti jaettu ajattelu- ja toimintatapa. Palvelumuotoilu on prosessi ja työvälinevalikoima. Se on kehikko, jolla päästään käsiksi palveluiden kehittämiseen: niin kutsuttu palvelun kehittäjä voi syventää omaa osaamistaan ja rakentaa omaan toimintaympäristöönsä sopivia työmenetelmiä ja välineitä.	Asiakasymmärryksessä keskitytään keräämään ja analysoimaan suunnittelua ohjaavaa asiakastietoa. Palvelut suunnitellaan vastaamaan käyttäjien tarpeita ja toiveita. Joten loppukäyttäjien todelliset tarpeet ja motiivit ovat tärkeä havaita ja tunnistaa. Loppukäyttäjät osallistuvat eri tavoin ja erivahuisin resurssein prosessiin sen eri vaiheissa. Asiakasymmärrystä rakennetaan loppukäyttäjän motiiveista, joten tässä vaiheessa ymmärrystä kehitetään loppukäyttäjän motiiveja ja tarpeita tarkastelemalla.
Vähälä, E., Kontio, M., Kouri, P. & Leinonen, R. PALMU (2012). Palvelumuotoilua ikääntyville.	Palvelumuotoilulla voidaan konkretisoida epämääräistäkin palvelun suunnitteluprosessia. Sen avulla voidaan esittää uusia prosesseja ja metodeja palvelujen tuottajille sekä suunnitella ja innovoida uusia palveluita.	Asiakasnäkökulman mukaan ottaminen on muotoilijan välttämätön toimintaperiaate. Se, että palvelu vastaa tarpeita, ei estä palvelun tarjoajan liiketoiminnallisia tavoitteita. Prosesseissa sovelletaan tutkivaa, tuottavaa ja arvioivaa muotoilun tutkimusta. Palvelumuotoilu ymmärtää inhimillistä toimintaa, tarpeita, tunteita ja motiiveja ja on näin laaja-alaista asiakasymmärryksen hakemista.

Palvelumuotoilulla tarkoitetaan palvelujen innovointia tai olemassa olevien palveluiden kehittämistä muotoilun avulla (Vähälä, Kontio, Kouru & Leinonen 2012, 8). Palvelumuotoilun lähtökohtana on luoda tai muotoilla palveluja, joiden avulla voidaan vastata asiakkaan tarpeisiin ymmärtämällä tämän toiveita, tarpeita ja tavoitteita (Ahonen 2017, 36). Asiakaslähtöisyydessä korostetaan asiakkaiden osallistumista palvelujen suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Asiakas on tällöin keskeinen yhteistyön osapuoli palvelujen tuottamisessa. (Helminen 2017, 38.)

Palvelumuotoilu valittiin opinnäytetyön metodologiseksi lähestymistavaksi, koska opinnäytetyössä korostuvat asiakas- ja käyttäjäkeskeisyys. Uudet ideat syntyvät käyttäjien luovana yhteistyönä, jolloin palveluprosessi monitahoisena kokonaisuutena korostuu. Käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta ja palvelumuotoilu ovat mahdollisuus myös julkisen terveydenhuollon kehittymiselle. (Vähälä ym., 2012, 20-21). Työntekijöiden keskinäinen arvostus, osaamisen hyödyntäminen ja vuorovaikutus ovat keskeisiä mahdollistavia tekijöitä asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehitystyössä (Helminen 2017, 41). Toimintakäytäntöjen ollessa asiakaslähtöisiä, voidaan lisätä hoidon ja sosiaalisen tuen vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä (Helminen 2017, 33).

Palvelumuotoilussa huomioidaan koko palvelun tuottamisen ketju pisteeseen, jossa asiakas hyvästelee palvelun (Ahonen 2017, 6). Keskeinen osa palvelumuotoilua on ihminen, joka on aina osa palvelutapahtumaa. Hän muodostaa kokemuksensa palvelusta joka kerta palvelutapahtumassa henkilökohtaisesti uudestaan. Tavoitteena on optimoida asiakkaan palvelukokemus, keskittyään asiakaskokemuksen kriittisiin pisteisiin optimoimalla palveluprosessi, työtavat, tilat ja vuorovaikutus sekä poistamalla palvelua häiritsevät asiat. (Tuulaniemi 2016, 26.) Vakavasti otettava asiakasosallisuus ja työntekijöiden itsenäinen innovaatiotoiminta haastaa perinteisiä ja rutiiniksi muodostuneita toimintatapoja (Helminen 2017, 41).

Arvo ja arvon muodostuminen ovat palvelumuotoilun syvintä ydintä. Arvo on aina suhteellista. Kun ihminen kykenee palvelulla tai tavaralla tai niiden yhdistelmällä saavuttamaan haluamansa tai ratkaisemaan ongelmansa, hän kokee saavansa arvoa. Asiakas- ja liiketoimintanäkökulmat pyritään yhdistämään palvelumuotoilussa. (Tuulaniemi 2016, 31, 53, 105.) Käyttäjäkokemus kattaa sen, miten käyttäjä kokee ja tulkitsee tuotteen käytön ja tähän vaikuttavat käyttäjän odotukset, aiemmat kokemukset, arvot ja tunteet (Almgren & Jokitalo 2011, 66). Sairaanhoidajat kertovat kokemuksista ja haasteista elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa.

Palvelumuotoiluprosessiin osallistuu jokainen, jota palvelu koskee, palvelun tuottaja, asiakas ja sidosryhmät (Ahonen 2017, 39). Opinnäytetyössä yhteiskehittämisen avulla kehitetään sairaanhoidajan osaamista elektiivisen leikkauspotilaan

preoperatiivisessa ohjauksessa. Yhteiskehittämiseen osallistuvat avohoitotalon leikkausosaston puhelinohjausta toteuttavat sairaanhoitajat.

Palvelupolku on palvelukokonaisuuden kuvaus, jossa palvelupolku jaetaan palvelutuokioihin, jotka sisältävät useita kontaktipisteitä, joissa asiakas (sairaanhoitaja) ja organisaatio kohtaavat ja kontaktipisteiden kautta asiakas (sairaanhoitaja) on kontaktissa palveluun kaikilla aisteillaan. Kontaktipisteitä ovat ihmiset, esineet, toimintatavat ja ympäristöt. Eri tunnelmilla pyritään suunnitelmallisesti vaikuttamaan asiakkaaseen ja voidaan sanoa, että palvelumuotoilu on parhaimmillaan ambiet designia (ympäröivää). (Tuulaniemi 2016, 79-80.)

Kontaktipisteiden kautta sairaanhoitaja on kontaktissa potilaan puhelinohjaukseen kaikilla aisteillaan. Kontaktipisteitä ovat ihmiset (sairaanhoitajat), ympäristöt (avokonttori), esineet (tietokone, puhelin ja kuulokkeet) ja toimintatavat (potilaan puhelinohjaus). (ks. Tuulaniemi 2016, 78-80.) Sairaanhoitajan puhelinohjauskokemuksen perustana ovat potilaan puhelinohjauksen kontaktipisteet. Palvelupolku muodostaa sairaanhoitajalle arvoa tuottavan palvelun kokonaisuuden ja asiakaskokemuksen. Palvelupolun muodostumiseen vaikuttavat sekä potilaan puhelinohjauksen prosessi, että sairaanhoitajan valinnat. Palvelutuokio kuvaa, mitä sairaanhoitaja havaitsee potilaan puhelinohjauksen prosessissa, ja miten sairaanhoitaja kokee sen. Ensimmäiseksi palvelun suunnittelussa on huomioitava, mitkä ovat sen ensimmäinen ja viimeinen kontaktipiste (Palvelupolku 2019, 1).

#### 1.4 Opinnäytetyön projektiorganisaatio

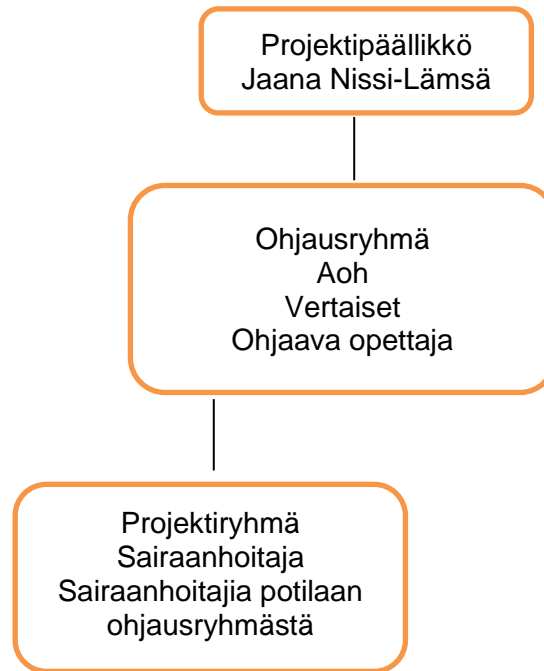
Kajaanin ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulu, Ylempi (AMK):n opinnäytetyön toteuttamista voidaan verrata projektiin. Projekti on aikataulutettu ja tietyillä resursseilla kestäviin tuloksiin pyrkivä asiakokonaisuus. Opinnäytetyön toteuttamista seuraa ja tukee sitä varten perustettu projektiorganisaatio. (Opetussuunnitelma 2017-2019 2017.) Opiskelu on projekti-suuntautunutta ja opinnäytöissä vaaditaan kiinteää yhteistyötä työelämän opinnäytetyöntoimeksiantajan kanssa (Mäki, Vanhanen-Nuutinen & Kotila 2017, 151).

Projektiorganisaatio on projektin toteuttamista varten perustettu määräaikainen organisaatio. Opinnäytetyön projektiorganisaatioon Kuviossa 2. kuuluvat projektipäällikkö, projekti- ja ohjausryhmä. Kokonaisvastuu projektista on projektipäälliköllä eli opinnäytetyöntekijällä. Hänen vastuullaan on opinnäytetyön suunnittelu, toteutus sekä tehtävien valvonta. Ohjausryhmä vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja tukee projektipäällikköä opinnäytetyön suunnittelussa ja sen johtamisessa (Ruuska 2012, 21; Pelin 2011, 63).

Projektipäällikön on kyettävä osoittamaan ajattelun, strategian ja johtajuuden piirteitä, joilla on myönteinen vaikutus projektiryhmään ja ohjausryhmän toimijoihin. Projektipäälliköllä tulee olla kykyä löytää opinnäytetyön etenemistä tukevia työtapoja, innostaa ja rohkaista ihmisiä oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. (Ruuska 2012, 140-141.) Projektipäällikkönä toimiessa tärkein lähtökohta on vuoropuhelu eli dialogi. Johtaminen perustuu vuoropuheluun niiden ihmisten kanssa, joita johdetaan. Organisaatiokulttuurissa olennainen osa toimintaa on dialogi, jonka yhteydessä toisten ihmisten kuuleminen ja kuunteleminen korostuvat. (Hirvihulta & Litovaara 2009, 73.)

Dialogi on neuvottelua, jossa kaikilla osapuolilla on oma äänensä. Yhteistoiminnassa sanallinen ja sanaton kommunikaatio kietoutuvat toisiinsa. (Onnismaa 2011, 44.) Johdetussa oppimisessa, kuten dialogissakin, korostuu ohjattu yhdessä työskentely ja kokemuksellinen oppiminen, hiljainen tiedon näkyväksi tekeminen ja sen dokumentointi sekä tavoitteellinen integroituminen johtamisjärjestelmään (Pakarinen & Mäki 2014, 267).

Projektipäällikkönä vastaan kirjoitussuunnitelman laatimisesta. Kirjoittamisesta tulee suunnitelmallista, jotta se pysyy hallinnassa. Kirjoitussuunnitelma toimii päiväkirjan kaltaisena dokumenttina, johon voi aina palata ja josta voi tarkistaa, mikä on seuraava kirjoittamisen vaihe.



Kuvio 2. Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Projektipäällikkönä toimiessa johtamisen näkökulmana on dialoginen johtaminen. Dialoginen johtaminen muodostuu dialogiin osallistuvien henkilöiden tasa-arvoisesta vuorovaikutuksesta (Ruuska 2012, 157). Dialogisuutta tarvitaan työyhteisötaidoissa ja sillä tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja taitoa tukea vuorovaikutuksen onnistumista. (Mönkkönen 2018, 108, 177.)

Opinnäytetyössä se tarkoittaa projektipäällikön, projekti- ja ohjausryhmän välistä tasa-arvoista vuorovaikutusta. Projektipäällikkö edistää dialogista johtamista arvostamalla ohjausryhmään osallistuvien vuorovaikutusta, tekemällä johtopäätöksiä dialogin perusteella sekä tuomalla asiantuntijuuttaan esille sekä oppimalla itse ja puhumalla suoraan. Dialoginen johtaminen edistää projektiorganisaatiossa toimivien oppimista ja kollektiivista päätöksentekoa. Lisäksi se lisää ohjausryhmään kuuluvien henkilöiden vaikutusmahdollisuuksia. (Ruuska 2012, 140.) Opinnäytetyön projektiryhmässä sairaanhoitajat keskustelevat tasa-arvoisesti toisiaan kunnioittaen ja oppivat toisiltaan.

## 2 SAIRAANHOITAJAN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

### 2.1 Kirjallisuuskatsauksen tausta

Kirjallisuuskatsaus on keskeinen menetelmä muodostettaessa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta tai aihealueesta. Jokaisen tutkimuksen, yksittäisen tai laajan tutkimushankkeen perustaksi, laaditaan kirjallisuushaku ja -katsaus tutkimusaiheeseen kohdistuneisiin aikaisempiin tutkimuksiin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 4, 7.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jota käytetään erityisesti sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuskirjallisuudesta tehdään yhteenveto. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan sitä, mitä tietoa on jo olemassa sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi preoperatiivisessa puhelinohjauksessa. PICO-asetelmaa käytetään tutkimuskysymyksen laadinnassa (katso taulukko 2). (Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkäly 2011, 4.)

Vastausta haettiin kysymykseen, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee potilaan preoperatiivisessa ohjauksessa? Tähän etsitään aikaisempien tutkimusten tuottamaa tieteellisestä tietoa.

Taulukko 2. PICO-asetelma

P-Patient, terveysongelma, jota tutkitaan	I-Interventio, tutkittava interventio/menetelmä, jolla terveysongelmaan pyritään vaikuttamaan	C-Comparison, Vertailumenetelmä, vaihtoehtoinen menetelmä, johon tutkittavaa menetelmää verrataan	O-Outcome, terveys-tulos menetelmän tuottamat terveystulokset, joita halutaan selvittää
Elektiiviseen leikkaukseen tulevien potilaiden preoperatiivinen ohjaus	Elektiiviselle potilaalle toteutettava preohjaus		Sairanhoitajan osaamisen kehittyminen elektiivisen leikkaukseen potilaan preoperatiivisessa ohjauksessa

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa aikaisemman tutkimustiedon avulla sairaanhoitajan osaamista potilaan preoperatiivisessa ohjauksessa.

Tutkimuskysymykseen haettiin vastausta kirjallisuuskatsauksen avulla. Sisään-otto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 3.



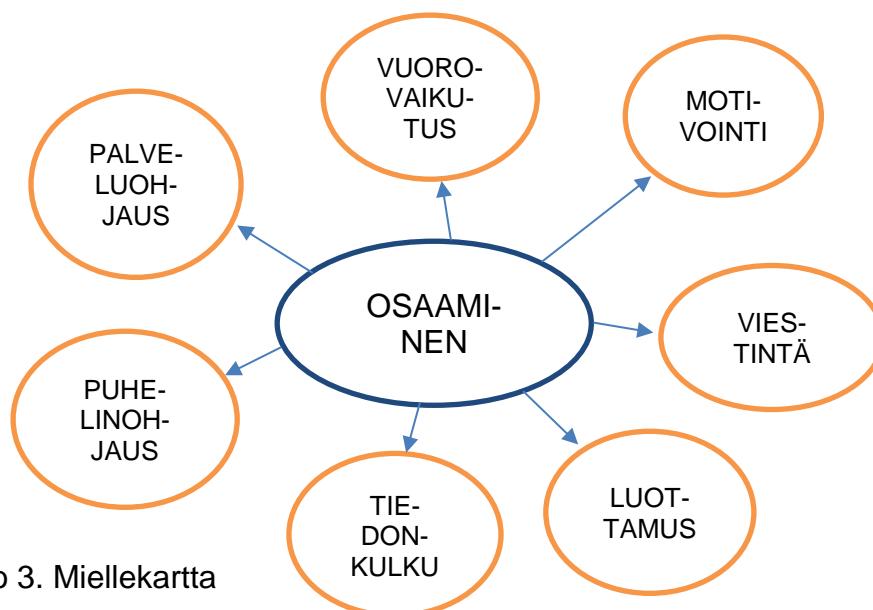
Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Tieteellinen tutkimus tai julkaisu	Vuonna 2008 julkaistut tai tätä vanhemmat väitöskirjat ja artikkelit
Julkaistu vuonna 2009-2018; vuosilukurajaus antoi parhaiten tuloksia, verrattuna harjoitushakuihin, joissa rajaus oli avoin.	Aihe on muu kuin hoitotyö
Hoitoyön tai hoitotieteen näkökulma	Vieraskieliset (muut kuin englanninkieliset)
Suomen- ja englanninkieliset väitöskirjat ja artikkelit	Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja pro gradu tutkielmat

Kirjallisuushaku toteutettiin marraskuun 2017 ja maaliskuun 2018 välisenä aikana Ebsco ja Medic tietokannoista sekä yliopistojen nettisivuilta, joista haettiin väitöskirjoja. Yksi keskeisimmistä lähdeaineistoista kirjallisuuskatsauksen tekijälle ovat alan johtavat kansainväliset lehdet ja tieteelliset tutkimukset. Tieteellisten artikkelien ja konferenssipapereiden käyttökelpoisuus piilee niiden ajantasaisuudessa. Väitöskirjat ovat arvioinnin läpikäyneitä julkaisuja, joten ne ovat luotettavia lähteitä. (Salminen 2011, 31.)

## 2.2 Hakusanat ja tietokannat

Hakusanojen muodostamisessa käytettiin apuna tutkimuskysymystä. Samalla mietittiin hakusanat, joita käytettiin tiedonhaussa. Hakusanat laadittiin miellekartan avulla (kuvio 3).



Kuvio 3. Miellekartta

Valittujen tutkimusten tuli käsitellä ohjausta, osaamista, palveluohjausta, tiedonkulkua, vuorovaikutusta, motivointia, luottamusta ja viestintää. Hakusanat käännettiin englanninkielisiksi. Hakusanoja on katkaistu, esimerkiksi englanninkielinen haku conver\* and nurs\* and telephone. Tutkimuskysymyksistä laadittiin hakusanat ja hakulausekkeet, jotka on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Hakusanat ja lausekkeet

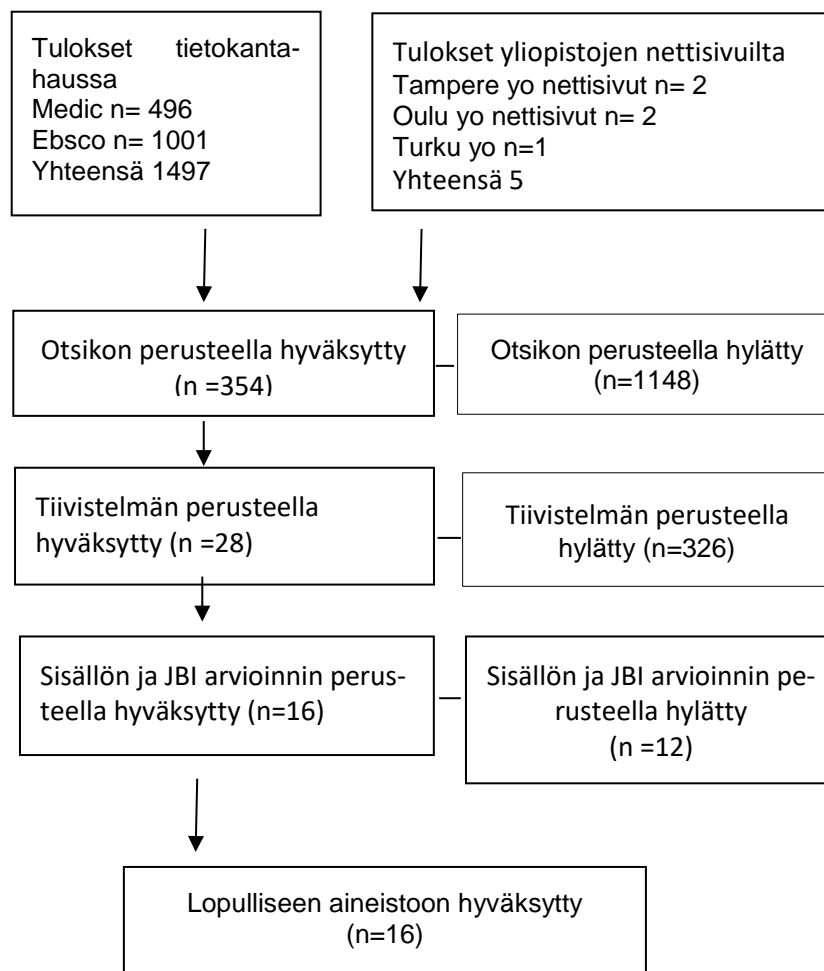
Hakusana	Tietokanta hakusana	Englanninkielinen hakusana	Tietokanta hakulauseke
Vuorovaikutus	Vuorovaikutus	Interaction	Inter* and nurs* conver* and nurs* and telephone
Palveluohjaus	Ohjaus Palvelu Ohjaaminen	Case management	Casa mangement Service and Nurs* and care Instruction
Luottamus	Luottamus	Trust	Trust Trust and nurs*
Tiedonkulku	Tiedonkulku	Flow of information	flow of inform*
Puhelinohjaus	Puhelin ja ohjaus	Telephone triage Evaluation of nursing	Telephone and nurs* Evaluation and nurs*
Viestintä	Viestintä	Communication	Artificial intelligence and interaction or communication and nurs or nurses or nursing Conver* and nurs* and telephone Conver* and smart* and nurs* Current and future perspectives Communication
Motivoida	Motivointi Motivoida	Motivate	Motivate and nurs*

Hakutuloksista (n=1502) on ensin katsottu otsikot, mikä rajasi hakutuloksista pois 1148 julkaisua. Otsikoissa ei esimerkiksi käsitelty hoitotyön tai hoitotieteen näkökulmaa. Otsikoissa tuli ilmetä kirjallisuushakuun liittyviä hakusanoja tai käsitteitä. Otsikoiden perusteella jatkoon valituista (n=354) tutkimuksista luettiin tiivistelmät, joista valittiin jatkoon (n=28) tutkimusta ja hylättiin (n=326) tutkimusta. Sisällön ja JBI:n arviointien perusteella hyväksyttiin 16 tutkimusta loppuaineistoon ja hylättiin 12 tutkimusta.

Tutkimusten arvioinneissa käytettiin Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle (2019), Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle (2011) ja Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa kohortti tutkimukselle (2019). Taulukossa 5 ja liitteessä 1 on kuvattu mukana olevat 16 katsaukseen valitut artikkelit ja tutkimukset.

Kriittistä arviointia käytetään tutkimuksen laadun arviointiin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien näkökulmasta on tärkeää, että kehitetään ja levitetään toimintatapoja ja menetelmiä. Erityisesti kun vaikuttavuudesta, käyttökelpoisuudesta, merkityksellisyydestä tai tarkoituksenmukaisuudesta on olemassa näyttöä. (Stolt, Axelin, Suhonen 2016, 118, 120.) Lisäksi analysoitiin tutkimuksia kysymällä, mitä ongelmaa tutkitaan, ja miten tämä tutkimus käsittelee sitä?

Kuviossa 4 on kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi. Se kartoittaa yksilöityjen, sisällytettyjen ja poissuljettujen artikkeleiden määrän ja niiden poissulkemisten syyt (Prisma Flow diagram 2009).



Kuvio 4. Tietohakuprosessi (mukaeltu Prisma Flow diagram 2009)

Aikaisemmat tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen otettiin järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla, ja ne haettiin eri tietokannoista muun muassa Medic, Ebsco, yliopistojen nettisivuilta; Tampereen yo, Oulun yo, ja Turun yo.

## 2.3 Aineiston analyysi

Valituista tutkimuksista otettiin teksti väitöskirjojen tiivistelmästä, tuloksista, pohdinnasta ja artikkeleissa tuloksista. Aineiston valintaa ohjasi kehittämiskysymys, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Litteroitua aineistoa saatiin yhteensä 4,5 sivua ja 1488 sanaa. Ennen aineiston analysointi aineisto on saatettava sellaiseen muotoon, että analysoiminen on mahdollista (Metsämuuronen 2008, 48).

Aineistolta kysytään tutkimustehtävän -ongelman mukaisia kysymyksiä ja tunnistetaan asiat, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään koodauksen jälkeen yksittäisiksi ilmaisuiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114.) Aineistossa korostui ohjauksen osaamisen merkitys. Ohjauksen toteutukseen tarvitaan suunnitelmallisuutta, aktiivista vuorovaikutusta ja asiakaslähtöisyyttä.

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa analyysissä tutkimuksen pääpaino on aineistossa. Analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä ja teoria rakennetaan aineisto lähtökohtana. Analyysiyksikkö tulee määritellä ennen analyysin aloittamista, joka voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti eli edetään yksittäisistä havainnoista yleisimpiin väitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107-108.) Analyysiyksiköksi valittiin sana tai lausekokonaisuus. Tallennettu aineisto on tarkoituksenmukaista kirjoittaja puhtaaksi sananasaisesti, tätä nimitetään litteroinniksi.

Aineistolähtöisen analyysin tekninen vaihe lähti liikkeelle aineiston koodaamisesta analyysiyksiköittäin, ja alkuperäisilmausujen pelkistämisestä eli redusoinnista. Tässä analyysissä aineisto koodattiin osiin luokitteluyksiköittäin. Aineistosta tunnistettiin asiat, joista opinnäytetyössä oltiin kiinnostuttu. (Stolt, ym. 2016, 30-31.)

Aineiston koodaus tehtiin merkitsemällä analysoitavaan aineistoon A-kirjain kaikkiin samasta tutkimuksesta otettuihin tärkeisiin ilmauksiin. Ensimmäinen numero

merkittiin ensimmäisen sanan tai lausuman perään. Eli esimerkiksi (A1) koodi merkittiin ensimmäisen tutkimuksen ensimmäiseen tärkeään ilmaisuun ja näin aineisto koodattiin loppuun. Seuraavan tutkimuksen aineiston ensimmäinen tärkeä ilmaisu sai koodin (B1).

Aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset luettiin tarkasti. Alkuperäiset tärkeät ilmaukset pelkistettiin tarvittaessa. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin luokiksi. Luokkien muodostaminen on analyysin kriittisin vaihe. Katsauksen tekijä päättää tulkinsa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri luokkaan. Luokittelussa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja tai eroavaisuuksia kuvaavia asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 110.) Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan. Alaluokkien kohdalla koodit muodostettiin siten, että tärkeistä ilmaisuista samaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin samaan luokkaan ja näille koodattiin lisäkirjain (esimerkiksi AA1).

Luokittelussa on kyse aineiston tiivistämisestä etsimällä tekstistä olennaisimmat asiat (Moilanen & Rähä 2010, 55). Luokkien avulla tavoitellaan tekstin merkityksenantojen ydin, ja ne liittyvät tekstin sisältöön eivätkä sen yksittäisiin kohtiin (Aaltonen & Valli 2010, 55). Luokkien avulla vastataan tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2004, 103). Klusteroinnissa luodaan perusta kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle ja kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Klusteroinnissa tutkimusaineisto järjestetään siihen muotoon, että sen perusteella voidaan asiat siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle (Metsämuuronen 2008, 48).

Katsauksen tekijä kirjoittaa ja tulkitsee tuloksia niin, että tuloksista muodostuu ymmärrettävä kokonaisuus eli synteesi. Yleensä analyysi ja synteesi tapahtuvat yhtä aikaa. Tutkimusten arviointi ja analyysivaihe ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 30-31.) Taulukossa 6 on esimerkki aineiston analyysistä.

Taulukko 6. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetyt ilmaukset	Luokka
Ohjauksen sisällön laatua ennustivat sosiaalinen tuki (T1),  ohjauksen suunnitelmallisuus(T2)  ja ohjaus tutkimuksen tuloksista(T3).  Tietotekniikka on kehittymässä niin, että interaktiivinen lähetemalli (A3)  saadaan liitetyksi sähköiseen potilaskertomukseen (A4),  Potilaan tupakointitatuksen kirjaamisessa olevat käytännöt ovat yksikökohtaisia (N4)  henkilöstön ohjaaminen ja oppiminen (B8)  Vastuu potilasohjauksesta on terveydenhuoltohenkilöstöllä ja se on merkittävä osa hoitotyötä C4,  Kirjalliset ohjeet täydentävät suullista ohjausta C17	sosiaalinen tuki (T1)  ohjauksen suunnitelmallisuus(T2)  ohjaus tutkimuksen tuloksista(T3).  interaktiivinen lähetemalli (A3)  sähköiseen potilas kertomukseen (A4)  kirjaamisessa olevat käytännöt ovat yksikkö kohtaisia(N4)  henkilöstön ohjaaminen ja oppiminen (B8)  C4 vastuu potilasohjauksesta on terveydenhuoltohenkilöstöllä  C17 kirjalliset ohjeet täydentävät suullista ohjausta	I. Ohjauksen substanssi osaaminen (T1), (T2), (T3),  II. Ohjauksen menetelmä osaaminen (T jne.)  III. Näyttöön perustuva ohjausosaaminen (T3 jne.)  IV. Ohjauksen vuorovaikutusosaaminen  V. Sähköisten teknologia palvelujen osaaminen. (A3, A4 jne.)  VI. Työyhteisön tuki (N4), (B8), (C17), (C4),

## 2.4 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksessa sisällön analyysin avulla etsittiin vastauksia tutkimuskysymykseen, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa.

Luokkia muodostui kuusi: Näyttöön perustuva ohjausosaaminen, sähköisten teknologia palvelujensaaminen, ohjauksen menetelmäosaaminen, ohjauksen substanssiosaaminen, työyhteisön tuki ja ohjauksen vuorovaikutusosaaminen.

### *Näyttöön perustuva ohjausosaaminen*

Sairaanhoitajan osaamisessa näyttöön perustuvassa hoitotyössä korostuivat eettinen ja kliininen osaaminen ja yhteistyöosaaminen. Keskeistä oli hoitotyön ongelmien tunnistaminen, henkilöstön ohjaaminen, oppiminen ja tutkitun tiedon arviointi

ja käyttöönotto. Tuloksista nousi esille sairaanhoitajan näyttöön perustuvan ohjausosaamisen monimuotoisuus. Sairaanhoitajat tarvitsivat monipuolisia ohjausmenetelmiä ja -materiaaleja toteuttaessaan vaativaa potilasohjausta. Heillä tulee olla osaamista lääkehoidosta, kliinistä työkokemusta terveydenhuoltoalalta, taitoa arvioida ja priorisoida asioita. Lisäksi heillä tulee olla työkokemusta osallistua potilaan hoidon koordinointiin ja taito potilaan kuuntelemiseen.

Terveydenhuollon tehtävissä korostui toiminnan lähtökohtana eettinen vastuu ja yhteistyökykyisyys (Häggman-Laitila 2009, 20). Terveydenhuollon ammattilaiset tulee perehdyttää näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöihin (Kerrison & Clarke & Doehr 2015, 289-290, 297). Keskeistä näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotossa on hoitotyön ongelmien tunnistaminen, henkilöstön ohjaaminen ja oppiminen sekä tutkitun tiedon hankinnan, tiedon arvioinnin ja käyttöönoton tukeminen. Käyttöönotto hoitotyössä edellyttää yksilöiden valmiuksiin, henkilöstön yhteistyöhön, johtamiskulttuuriin sekä organisaation prosesseihin ja rakenteisiin liittyvien tekijöiden huomiointia. (Häggman-Laitila 2009, 20.) Lisäksi ohjaus tulee perustua näyttöön perustuvaan päätöksentekoon (Orava, ym. 2012b, 234).

### *Sähköisten teknologiapalvelujen osaaminen*

Hoitotyö on siirtymässä potilaan kotona tai hoitolaitoksessa toteutuvaksi hoidoksi, sairaalan sijaan. Sairaanhoitajat tarvitsevat tunnistettava yhteydet sähköisiin potilasrekistereihin, jotta kirjautuminen potilaan kotona tai hoitokodissa on mahdollista. Tyypillisiä haasteita ovat erilaiset toimintakatkokset, lääkehoidon ongelmat ja tietojen kirjaaminen eri potilaan kohdalle. Tulosten mukaan teknologiaa voidaan käyttää hyödyksi terveydenhuollossa, mutta se ei voi korvata toisen ihmisten kohtaamista.

Tietotekniikka on kehittymässä niin, että interaktiivinen lähetemalli saadaan liitettyksi sähköiseen potilaskertomukseen, josta se poimii tarvittavan tiedon automaattisesti (Vironen & Kunnamo 2014, 2209, 2213). Teknologian käytön tulee olla ensisijaisesti ammattilaisten työkalu (Wälivaara, Andersson & Axelsson 2011, 11).

Tarvitaan tiedon siirron välineitä potilaan omaisille, jotta he saavat ajankohtaisen tiedon nopeasti ja voivat olla yhteydessä terveydenhuoltohenkilöstöön. Sairaanhoidajalla on vastuu tavoitteellisen ja laadukkaan puhelinohjausintervention toteutumisessa. (Orava, ym. 2012b, 234, 239.)

### *Ohjauksen menetelmäosaaminen*

Kääriäinen (2007, 7) määrittelee ohjauksen seuraavasti. Se on potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa oleva, vuorovaikutussuhteessa rakentuva, aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Ohjauksen laadulla tarkoitetaan sitä, että ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaa, ja joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.

Sairaanhoidajan ohjauksen menetelmäosaamiseen kuuluu potilasohjaus. Ohjauksen perusta on lainsäädännössä ja ammattietiikassa. Keskeisinä piirteinä dialogisuudessa ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus ja rehellisyys. Potilaan turvallisuuden tunnetta tuetaan käytännön asioissa sekä autetaan potilasta ja läheisiä sopeutumaan sairauden aiheuttamiin elämäntilanteen muutoksiin. Keskeistä oli sairaanhoidajan kysyä potilailta itseltään, mitä he haluavat tietää ja saada heidät mukaan päätöksentekoprosessiin. Sairaanhoidajan tulee olla motivoitunut ohjaukseen ja huolehtia omista ohjaus- ja kommunikointitaidoistaan ja ohjaustekniikoistaan, jotta ne ovat ajan tasalla.

Keskeisinä piirteinä dialogisuudessa ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja rehellisyys. Dialogiaa luonnehtivat keskinäinen luottamus, tiedon yhdessä etsiminen, toisen aito kuuntelu ja vilpitön kiinnostus toista kohtaan. (Pietilä 2017, 41.) Potilaan tiedonsaanti lisää potilaan kotona selviytymiseen liittyvää turvallisuuden tunnetta, tuetaan selviytymään käytännön asioissa sekä autetaan potilasta sekä läheistä sopeutumaan sairauden aiheuttamaan elämäntilanteen muutokseen (Huibers, Keizer, Giesen, Grol & Wensing 2012, 547).



### *Ohjauksen substanssiosaaminen*

Sairaanhoitaja tarvitsee osaamista lääkehoidossa, tiedonvälittämisessä, potilaan tukemisessa, motivoinnissa ja yhteistyössä sekä henkilöstön yhteistyöosaamista näyttöön perustuvan toiminnan käyttöön otossa. Tietojen systemaattinen kirjaaminen auttaa hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnissa.

Lääke- ja nestehoidosta kertomisen osalta potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon, mutta läheiset kokivat tiedonsaannin toteutuneen lääkehoidon ja nestehoidon osalta huonosti (Virtanen 2014, 38, 59). Terveystieteiden ammattilaisten tarjoama lyhytkin ohjaus ja kannustus auttavat potilasta (Grönholm, Karhunen-Enckell & Liira 2017, 286-289). Turusen (2018, 7) mukaan preoperatiivisen hoitotyön keskeisiä komponentteja olivat aktiivisesti hoitoprosessiin ja sen suunnitteluun osallistuva potilas ja hänen läheisensä, kokenut erikoisalansa hyvin tunteva hoidonsuunnittelija, moniammatillinen yhteistyö sekä toimivat preoperatiivista hoitotyötä tukevat sähköiset työvälineet.

### *Työyhteisön tuki*

Sairaanhoitajalta vaaditaan tulosten mukaan vastavuoroista kommunikointia potilasta hoitavan organisaation, palveluntuottajien ja toimijoiden välillä. Hyvän hoidon jatkuvuuden edellytyksiä potilaan kannalta ovat riittävä hoidon saatavuus, sujuva tiedonkulku hoitavien toimijoiden välillä sekä hoitavan henkilön vuorovaikutustaidot ja hoidon yhteensovittaminen (Raivio 2016). Johtajien näkökulma on keskittynyt hoitotyön tavoitteisiin (Kamisky, Björkman & Holmström 2017).

### *Ohjauksen vuorovaikutusosaaminen*

Tuloksista käy ilmi, että vuorovaikutuksellinen viestintä koettiin tärkeänä sujuvan tiedonkulun kannalta. Sairaanhoitajan työssä tarvitaan vuorovaikutus- ja viestintäosaamista niin potilaiden kuin kollegoiden kanssa. Viestintä oli sanallista, kuvailevaa ja puhelimitse tapahtuvaa. Tarvitaan kuuntelemista, osallistumista ja yhteydenpitoa asioiden sujumiseksi. Vuorovaikutus puhelinohjauksessa on kaksisuuntaista ja merkitystä on hoitavan henkilön vuorovaikutusosaamisella. Vuorovaikutus

on myös tiedon levitystä, jossa sairaanhoitajan tulee osata vahvistaa potilaan voimavaroja ja osallisuutta. Potilaan hoidon jatkuvuuden edellytyksiä ovat sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot, aito kuunteleminen ja kommunikaatio.

Ohjaustilanteissa asiakas ja työntekijä työskentelevät yhdessä ja ohjaustilanteet perustuvat asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön siten, että asiakkaan voimavaroja ja osallisuutta vahvistetaan ja käytetään vuorovaikutuksen ohella toiminnallisia menetelmiä (Helminen 2017, 61). Ohjaus rakentuu vuorovaikutussuhteessa ja on sidoksissa potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön taustatekijöihin (Lunnela 2011, 26-28).

## 2.5 Eettisyys

Tutkimusaiheen valintaan liittyy eritasoisia eettisiä kysymyksiä, mikä ilmenee tutkimustehtävän ja tutkimusongelman määrittelyssä ja rajaamisessa. Lähtökohtana voidaan pitää, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Hoitotyöntekijän itsensä tehdessä tutkimusta, hän itse vastaa kohteen eettisestä hyväksyttävyydestä. Kirjallisuuskatsaus on pyritty toteuttamaan tieteellisten sääntöjen mukaisesti muun muassa tekemällä analyysi luotettavasti ja hyödyntämällä kerätty aineisto. (ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 370, 366-367.)

Aiheen valinta on kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen eettinen ratkaisu. Tämän työn aihe on valittu tekijän kiinnostuksen ja aiheen merkityksellisyyden vuoksi. Tärkeänä valintakriteerinä pidettiin aiheen hyödyllisyyttä sairaanhoitajan työssä. Aineisto on koottu kirjallisuudesta, jolloin siinä ei ole riskiä yksittäisen henkilön tunnistamiseksi tai luottamuksellisten tietojen julkitulosta. Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen on varattava riittävästi aikaa.

Lainattaessa toisen tekstiä se on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Julkaisuissa on mainittava tutkimusryhmä, ja yhteistyön tuloksena syntyneet julkaisut pitää julkaista kaikkien nimillä, ei pelkästään omalla nimellä. Kirjallisuuskatsauksen otettujen tutkijoiden tekstejä ei ole plagioitu, lähdemerkinnät on tehty asianmukaisin lähdemerkinnöin.

Plagioinnista on kyse silloin, kun tutkija tietoisesti muuttaa aineistoja tai tuloksia, käsittelee niitä tuotoshaluisesti tai väärentää niitä. Tietoinen väärennys on aikaisemman tutkimuksen plagiointi. Opinnäytetyöntekijä arvioi tutkimuksen tietolähteiden valinnan eettisyyttä ja sitä, ovatko tietolähteiden laatu perusteltua tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Opinnäytetyön tietolähteet on valittu sen perusteella, mihin ongelmaan on haettu vastaus. (ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367, 371.)

Sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisilla on yhtenäinen eettinen toimintaperusta. Siinä korostetaan inhimillisen kohtaamisen merkitystä sekä asiakkaan oikeuksia vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. (Mönkkönen 2018, 37.) Hoitotyöntekijällä on opinnäytetyön kohteena ollessaan samat tutkittavien oikeudet kuin potilaillakin. On vaikeaa kehittää hoitotyötä, sen koulutusta tai hallintoa ilman tutkimustietoa. Tutkimustietoa saadaan ammattilaisilta. Opinnäytetyön tietolähteenä oleminen on eräs ammatin kehittämisen muoto, joten se velvoittaa myös yksittäistä hoitotyöntekijää. Jokainen tekee itse päätöksen omasta osallistumisestaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 369.)

## 2.6 Luotettavuus

Luotettavuuden kriteereitä ovat muun muassa uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, toistuvuus, kyllästeisyys ja siirrettävyys. Luotettavuuden arvioinnissa katsauksen tekijän näkökulmasta keskeistä on kuvata ne asiat avoimesti, joissa tutkijalla ja tutkimuskohteella on olemassa yhteys. Luotettavuuden pohdinnalla pyritään arvioimaan luotettavuutta suhteessa tutkittavaan ilmiöön ja saamaan vahvistus sille, etteivät tutkimustulokset ole satunnaisten asioiden seurausta. Tuloksista voidaan tehdä ne tulkinnat, joihin niissä on päädytty. (Metsämuuronen 2006, 198-200.) Opinnäytetyön kirjallisuushaku on toistettavissa, koska hakuprosessi on kuvattu huolellisesti. Todeksi vahvistettavuutta voi heikentää tieteellisten artikkeleiden kääntäminen suomenkielelle. Kuitenkin on pyritty siihen, että käänös olisi vastaava kuin alkuperäinen merkitys.

Luotettavuuden kannalta sisällön analyysin haasteena on pidetty sitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu opinnäytetyöntekijän subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Sisällönanalyysin haasteellisuutena pidetään sitä, miten opinnäytetyöntekijä onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä luokat niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tuloksen uskottavuuden ja siirrettävyyden kannalta on tärkeää se, että opinnäytetyöntekijä kykenee osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Toistettavuus toimii luotettavuuden kriteerinä, koska käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti, ja kirjallisuuskatsaukseen liittyvät puutteet on tuotava julki. Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu ja tutkimuskohteen tai tutkimusongelman valinnassa kysytään, kenen ehdoilla valitaan tutkimusaihe, ja miksi ylipäätään tutkimukseen ryhdytään lisäksi tiedonhankintatapoihin, on kohdistettava huomiota. Luotettavuutta parantaa se, että koko aineiston käsittelyvaihe toteutetaan kahden tai useamman tutkijan yhteistyönä. Yksityiskohtainen ja havainnollistava aineiston kuvaus lisää luotettavuutta. Keskeistä on, että alkuperäisiin tutkimuksiin perustuvaa tulosta ja sen pääkohtia tarkastellaan vielä suhteessa aikaisempaan kirjallisuuteen. (Stolt, Axelin Suhonen 2016, 91.) Tulosten siirrettävyyttä ja todeksi vahvistettavuutta lisää tutkimusartikkeleiden sisällön taulukointi, ja näistä saatu aineiston luokittelu. Katsauksessa saatiin vastaukset tutkimuskysymykseen.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittely on vaihe, jossa aineiston käsittelyllä voidaan keskeisesti vaikuttaa luotettavuuteen. Luotettavuuden arviointi suhteessa siihen, miten asetettuun tutkimuskysymykseen on voitu vastata ja ovatko aineiston käsittely ja sen vaiheet kuvauksen perusteella niin läpinäkyviä, että se on toistettavissa. Yksityiskohtainen ja havainnollistava aineiston käsittelyn kuvaus lisää myös katsauksen luotettavuutta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 91.)

## 2.7 Yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Tuloksissa korostui potilaan ohjausosaaminen. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja vahvistaa kotona selviytymistä. Merkityksellisiä ohjaustilanteita ovat potilaan henkilökohtaiset ohjaukset. Ohjauksen toteutuksen laatua ennustivat ohjauksen suunnitelmallisuus ja aktiivisuus vuorovaikutuksessa.

Vuorovaikutuksen osalta tuloksista nousi esiin kommunikaatio-osaaminen. Sairaanhoitajan tulee olla motivoitunut ohjaukseen ja huolehtia siitä, että hänen ohjaus- ja kommunikaatio-osaaminen on vahvaa. Kommunikaatioon sisältyi taito tulkita sanottu sekä selkeän ja ymmärrettävän ohjauksen toteuttaminen. Usein potilaat tukeutuivat kirjallisiin hoito-ohjeisiin hoitaessaan itseään tai läheistään.

Sairaanhoitajan ammatillista osaamista tuki sairaanhoitajien koulutus ja työkokemus, kokonaisuuksien hallinta ja ohjaustaidot. Ohjauksen sisällön laatua kuvasivat sosiaalinen tuki ja ohjauksen suunnitelmallisuus. Sairaanhoitajalta vaaditaan vastavuoroista kommunikointia hoitavien organisaation, palveluntuottajien ja toimijoiden välillä. Vastavuoroinen kommunikointi on työntekijöiden, että organisaatioiden oppimisen edellytys. Hyvän hoidon jatkuvuuden edellytyksiä olivat potilaan hoidon saatavuus, sujuva tiedonkulku ja hoitavien henkilöiden vuorovaikutus.

Teknologia ei voi korvata ihmisten kohtaamista, mutta hoitotyön suuntaus on muuttumassa kotona tai hoitokodissa toteutettavaksi hoidoksi. Potilaan ohjaus tulee perustua näyttöön. Tyypillisiä haasteita ovat erilaiset toimintakatkokset, lääkeshoidon ongelmat ja eri järjestelmien yhteensopimattomuus. Tavoitteena on huomioida teknologian käyttäjänä oleva sairaanhoitaja ja hänen psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset ominaisuutensa ja suunnitella teknologioita, jotka ovat inhimillisestä näkökulmasta miellyttäviä (Almgren & Jokitalo 2011, 64).

### 3 ASIAKASYMMÄRRYS ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAAN PREOPERATIIVISESSA PUHELINOHJAUKSESSA

#### 3.1 Teoreettinen perusta

Keskeistä on ymmärtää, mitä asiakasymmärryksellä tarkoitetaan, miten sitä voidaan lisätä sekä, miten ja miksi asiakasprofiilit muodostetaan. Palveluja kehitettäessä on tärkeää, että ymmärrämme sairaanhoitajiamme ja muodostamme yhteisen ymmärryksen palvelun tuottamasta arvosta, ja sen merkityksistä sairaanhoitajille. Tulevaisuudessa on tärkeää kehittää palveluja sairaanhoitajan tarpeet ja toiveet huomioon ottaen, lisäksi vuorovaikutus ja sen merkitys asiakasymmärryksessä tavoiteltaessa parasta mahdollista asiakaskokemusta. Asiakasymmärryksen lisäksi organisaation strategialla, suunnittelulla, mittareilla, johtamisella ja kulttuurilla on merkitystä. (Bodine 2012, 1-4.)

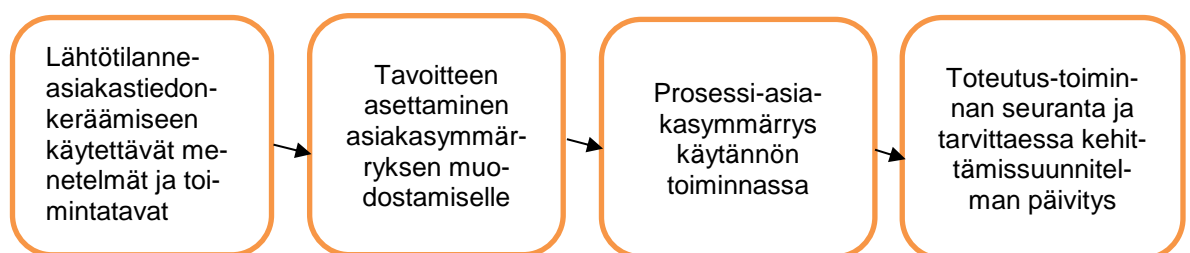
Asiakasymmärryksen syntymisessä, sairaanhoitajan tarpeet ymmärretään ilman, että hänen tarvitsee niitä selittää ja hyvät palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin (Ahonen 2017, 50). Palvelut suunnitellaan vastaamaan käyttäjien tarpeita ja toiveita. Loppukäyttäjien todelliset tarpeet ja motiivit ovat tärkeä havaita ja tunnistaa. Asiakasymmärrystä lähdetään rakentamaan loppukäyttäjän motiiveista. Eli ymmärrystä kasvatetaan loppukäyttäjän arkielämän motiiveja ja tarpeita tarkastelemalla. (Tuulaniemi 2016, 142.) Asiakasymmärrystä on muodostettu projektityöskentelyä käyttäen, johon potilaan puhelinohjausta toteuttavat sairaanhoitajat ovat aktiivisesti osallistuneet. Projektiryhmän kokouksissa on keskusteltu puhelinohjauksen kehittämisestä, sairaanhoitajien vaativasta työstä puhelinohjauksessa ja erilaisista oppimistilanteista.

Kun ideat tulevat asianomaisilta itseltään, ne soveltuvat tilanteeseen paremmin kuin jonkun ulkopuolisen hyvää tarkoittavat ohjeet (Hirvihuhta & Litovaara 2009, 40). Kun sairaanhoitajan tarvitsemaan tietoon palveluista liitetään myös sairaanhoitajan ymmärrys asemastaan palvelujen käyttäjänä ja rooli palvelun tuottamisessa, tällöin puhutaan jo palveluymmärryksestä (Helminen 2017, 38).

Jokaisen palveluntuottajan toiminnan lähtökohta on asiakasymmärryksen kartoitus ja asiakaslähtöisyys. Palveluntuottajan on ymmärrettävä sairaanhoitajan käyttäytymistä, tarpeita, toiveita ja saada organisaatiossa jo toimivat prosessit toimimaan asiakkaan arvoa tuottavalla tavalla. Asiakasymmärryksen muodostamisella saadaan arvokasta tietoa siitä, mitkä asiat ovat arvokkaita palveluja käyttäville sairaanhoitajille. Asiakasymmärrystä muodostettaessa aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi haastattelua, havainnointia ja erilaisia dokumentteja. (Tuulaniemi 2016, 130, 142, 144.) Asiakasymmärryksen muodostaminen on prosessi, jossa asiakastietoa kerätään valituilla menetelmillä. Seuraavaksi asetetaan tavoitteet asiakasymmärryksen muodostamiselle ja muodostetaan asiakasprofiilit.

Palvelumuotoiluprosessi alkaa sairaanhoitajan tarpeiden ja toiveiden ymmärtämisestä, koska palvelumuotoilun ydin on asiakasymmärrys (Ahonen 2017, 37). Palvelumuotoiluprosessi tarkoittaa sarjaa loogisesti eteneviä ja toistuvia toimintoja ja kun toistuvat tapahtumat kuvataan prosessiksi, ei tapahtumaketjua tarvitse kehittää joka kerta uudelleen (Tuulaniemi 2016, 126). Suunnittelijan on tärkeä ymmärtää, kenelle suunnitellaan, mitä suunnitellaan ja ketkä ovat käyttäjiä (Amlgren & Jokitalo 2011, 62). Potilaan puhelinohjausta toteuttaville sairaanhoitajille suunnitellaan puhelinohjauksen profiili, jota he jatkossa käyttävät.

Asiakasymmärryksen kasvattaminen kohderyhmän odotuksista, tarpeista ja tavoitteista on palvelumuotoilun kriittisin vaihe (Tuulaniemi 2016, 142). Asiakasymmärryksellä kehitetyt palvelut vastaavat tehokkaasti asiakkaiden todellisiin tarpeisiin ja turhien, lisäarvoa tuottamattomien palveluosien poistaminen lisää helposti tuottavuutta ja kustannustehokkuutta (Ahonen 2017, 38). Kuviossa 5 on kuvattu asiakasymmärryksen kokonaisuus.



Kuvio 5. Asiakasymmärryksen muodostamisen polku (mukaillen Ahonen 2017, 42)

Keskeistä on selvittää asiakastiedon keräämisen menetelmät, työvälineet ja toimintatavat, joita asiakasymmärrykseen ja asiakastietoon liittyy. Lähtötilanteessa pohditaan, mitä asiakastietoa kerätään, mistä toiminnoista ja millä menetelmillä asiakastietoa kerätään. Saadaanko sidosryhmiltä tai verkostoilta asiakastietoa, joka on merkityksellistä. (Aranto & Simonen 2009, 29; Ahonen 2017, 48.)

Asiakasymmärryksen luomiseen liittyy tiedonyhdistelyä ja analysointia, jossa tunnistetaan, mihin käyttöön ja kenelle, ja mitä tietoa tarvitaan. Asiakastiedon jakaminen ja helppo löytäminen ovat haasteina asiakastiedon muuttamisessa asiakasymmärrykseksi. (Aranto & Simonen 2009, 31-32.) Asiakasymmärryksen lähtökohdiana on asiakastiedon perusteellinen analyysi ja tulkinta. On osattava hyödyntää tietoa uutta arvoa luodessa. On osattava toimia tulkitun tiedon perusteella, jotta siitä on hyötyä palvelujen kehittämisessä. (Tuulaniemi 2016, 154.)

### 3.2 Empiirinen perusta

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avohoitotalon leikkausosastolla elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisen ohjauksen toteuttavat leikkaussairaanhoitajat. He vuorottelevat elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Ohjausta toteuttavalla sairaanhoitajalla on vuosien työkokemus sairaanhoitajan hoitotyöstä ja työskentelystä leikkausosastolla. Puhelinohjauksesta vastaa kaksi sairaanhoitajaa saman aikaisesti. Jos nuori sairaanhoitaja on vastuussa potilaan ohjauksesta, hänelle pyritään järjestämään kokenut sairaanhoitaja työpariksi, jolloin osaamisen jakaminen turvataan. Sairaanhoitajat työskentelevät avohoitotalon leikkausosastolla instrumentoivina sairaanhoitajina, ja heillä on työkokemusta niin ortopedisistä kuin gastro- ja plastiikkakirurgisista toimenpiteistä. Osa sairaanhoitajista on opiskellut perioperatiivisia ja potilaan kuvantamiseen liittyviä opintoja.

Asiakasymmärrykseen liittyvä aineisto kerättiin pääosin haastatteleamalla potilaan puhelinohjausta toteuttavia sairaanhoitajia, ja käyttämällä jo saatavilla olevaa tietoa kuten PPshp:n sairaanhoitajan työnvaativuus lomaketta, PPshp:n strategiaa ja tilinpäätöstä. Näistä saatiin tietoa sairaanhoitajan osaamisesta ja siitä, mitä osaamista sairaanhoitajalla tulee olla, kun hän työskentelee PPshp:ssä.



Yksi käytetyimmistä tiedonkeruunmenetelmistä on haastattelu. Siinä opinnäyte-työntekijä ja puhelinohjausta toteuttava sairaanhoitaja keskustelevat enemmän tai vähemmän strukturoidusti (järjestelmällisesti) tai laxeasti asioista, jotka kuuluvat aiheeseen. Haastattelulla on kuitenkin päämäärä, saada aineistoa kehittämistyöhön. Haastattelun idea perustuu siihen, että toisinaan on viisasta kysyä asioita sairaanhoitajilta itseltään. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1.)

Haastattelu on joustava tutkimusmenetelmä ja se on sovellettavissa useisiin eri tutkimustarkoituksiin. Haastattelijan tehtävä on kuvata selkeästi haastateltavan ajatuksia, kokemuksia, käsityksiä ja tunteita. Haastattelun avulla kyetään selventämään ja syventämään tietoja. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 1.)

Tavoitteena on ymmärtää sairaanhoitajan toimintaa elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Keskusteluilla saadaan tietoa sairaanhoitajien ajatuksista ja kokemuksista. Hyödyllistä on saada organisaation hiljainen tieto esille, esimerkiksi haastatteleamalla työntekijöitä. Tällä rakennetaan ymmärrystä sairaanhoitajan elämästä ja arjesta. (Tuulaniemi 2016, 145-147.)

Yhteisten keskustelujen avulla sairaanhoitajat kertoivat elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisen ohjauksen haasteista. Kuusi sairaanhoitajaa vastasi suullisesti, esittämäni kysymykseen projektiryhmän kokouksessa. Sairaanhoitajien kertomat asiat kirjasin paperille ja kolme vastasi kirjallisesti avoimena haastatteluna, mitä haasteita he olivat elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa kohdanneet. Tavoitteena oli löytää todellisia toiminnan motiiveja (Tuulaniemi 2016, 148). Sairaanhoitajat kertoivat haasteina olevan muun muassa potilaan lääketauotukset, jota hoidonsuunnittelussa ei ole huomioitu riittävästi. Potilaan yöpyminen sairaalassa oli jäänyt osin huomioimatta tai potilaalla ei ole omaista huolehtimassa hänestä kotona. Lisäksi potilaan nykyinen terveydentila ei ollut toimenpiteeseen soveltuva ja se vaati lisätutkimuksia.

Haasteina potilaan puhelinohjauksessa olivat muuan muassa puhelinohjauksen tilat. Tiloissa työskentelee useita sairaanhoitajia sairaalan eri työpisteistä, ja tilana toimii niin sanottu avokonttori. Keskittyminen puhelinohjaukseen on haasteellista, koska on liikaa hälyä. Työpisteitä on rajattu kevyillä toimistoseinillä, mutta nämä

eivät ole riittävät laadukkaan puhelinohjauksen toteutuksen suhteen. Ohjausta toteuttavilla sairaanhoitajilla on käytössä puhelimeen yhdistettävät korvakuulokkeet, jotka lieventävät ympäriltä tulevia ääniä.

Keskusteluissa potilaan lääkehoito-osioon toivottiin selkeyttä, koska käytössä oleva niin sanottu fläppitaulu, ei vastannut sairaanhoitajien ohjaustarpeeseen. Puhelinohjausta toteuttavien sairaanhoitajien käytössä olevaan fläppitauluun, jossa ovat taulukoituna toimenpidepäivänä potilaan otettavaksi kielletyt lääkkeet, toivottiin selkeyttä ja päivitettyä lääketaulukointia. Lisäksi toivottiin lisää koulutusta lääkehoitoon, yleisimmistä lääkeryhmistä kuten HTA-lääkkeistä, DM-lääkkeistä, Marevan-hoidosta ja lääkkeistä, joita potilas ei saa ottaa toimenpidepäivän aamuna. Ei otettavien lääkkeiden lista koettiin vaillinaiseksi, johon toivottiin selkeyttä ja helppolukuisuutta. Potilailla on ollut erilaisia lääkeroheistuksia kuin, mitä sairaanhoitajilla käytössä olevassa fläppitaulussa on ohjeistettu.

Potilaan sairausloman pituudet aiheuttivat myös ohjaushaasteita, koska potilaat tarvitsivat tiedon työnantajalleen. Sairaanhoitajan tulee osata kertoa potilaalle tulevasta toimenpiteestä. Usein potilaat ovat lukeneet tietoa ennakkoon netistä heidän tulevasta toimenpiteestään.

Kun potilaalle sovitaan ohjausaika, sen tulisi näkyä oberon listalla selkeästi. Ohjausajan, 30 minuuttia, koettiin olevan riittävä, koska nyt olevan käytännön mukaan potilas saa kirjeitse ilmoituksen, että hänelle soitetaan 8:00-15:00 välisenä aikana. Tarvittaessa potilaan kanssa sovitaan hänelle sopiva ohjausaika. Laitteet ohjauksessa toimivat moitteettomasti ja nykykäytäntö on joustavampi verrattuna aikaisempaan käytäntöön, jossa kaikille potilaille sovittiin täsmällinen ohjausaika ennakkoon. Antti-kirjauksiin (anestesiaosio oberonilla) toivottiin eri sairauksien kohdalle esimerkkejä sairauksista, jotka kuuluivat tähän osioon.

Potilaan hoitosuunnitelmaan toivottiin lisää taustatietoa ja selkeää kirjaamista, mihin toimenpiteeseen potilas on tulossa. Kun potilaalle on suunniteltu anestesia-  
lääkärin konsultaatio tai muu lääkärinkonsultaatio, selkeästi siitä kirjaus potilaan hoitosuunnitelmaan. Kun potilas on käynyt anestesiakonsultaatiossa, siitä merkintä potilaan hoitosuunnitelmaan. Potilaan riskitietoihin selkeä ohjeistus, mitä kirjataan ja miten kirjataan. Esimerkkinä mainittiin, että lääkeaineet aiheuttavat potilaalle

kutinaa. Onko tämä riskitieto, miten ja mihin tieto kirjataan potilastiedoissa. Jos lääke aiheuttaa ripulia, millainen kyseinen riskitieto on, miten asia kirjataan verrattuna esimerkiksi veriripuliin?

Lisäksi sairaanhoitajat toivoivat, että potilaalla on hoitosuunnitelmasivut perustettu. Joskus potilaan hoitosuunnitelma on ollut perustamatta tai hoitosuunnitelma on ollut yli kolme kuukautta. Toivottiin myös niin sanottua tarkistuslistaa, johon voisi kuitata keskeiset asiat. Sairanhoitajat toivoivat potilaan jännityksen ja pelon huomiointia ja siihen vaikuttamista. Lisäksi potilaan mahdollinen yöpyminen joko leikkausosaston heräämössä tai osastolla, tulee kirjoittaa hoitosuunnitelmaan.

Potilaiden odotusaulaan toivottiin tablettitietokonetta, johon potilas voi itse käydä kirjaamassa ilmoittautumisensa ja saapumisensa sairaalaan sekä ravinnotta olonsa. Samalla hän voi kirjata, mitä lääkkeitä hän on aamulla ottanut. Potilas voisi samalla tarkistaa henkilötietonsa ja tehdä niihin tarvittavat muutokset.

Elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivinen puhelinohjaus sijaitsee fyysisesti avohoitotalon tiloissa, jossa samassa avokonttorissa työskentelee hoidonsuunnittelijoita ja poliklinikan sairaanhoitajia. Osa sairaanhoitajista kokee juuri meluisuuden haastavaksi työskentelyssä puhelinohjauksessa, koska ohjauskeskusteluun keskittyminen vaikeutuu.

”Nythän täällä on hirveen hiljasta, mutta tässä vähhään aikaan ei ollu yhtään hiljasta, sä et olisi kuullu yhtään mittään. Täällä on niin paljon ihmisiä tässä samassa tilassa.”

*”Kaksi avohoitotalon leikkausosaston instrumentoivaa sairaanhoitajaa toteuttaa elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivista puhelinohjausta. He työskentelevät vastapäätä toisiaan ja heidän välissään on myöskin kevyt toimistoseinä. Tämä on toimiva ratkaisu silloin, kun toinen puhelinohjaajista on toteuttanut puhelinohjauksen vähän. Tällöin nuoren sairaanhoitajan mentorointi onnistuu tarvittaessa. Kysyäkseen kollegalta, sairaanhoitaja nousee tuolistaan ylös, jotta näkee kollegansa. Sairanhoitajalla on langalliset kuulokkeet. Tämä on sairaanhoitajan ergonomian kannalta erinomainen ratkaisu. Kuulokkeet yhdistetään mobiilipuhelimeen. Puhelinohjauksen pöytä on sähköisesti säädettävä, joten sairaanhoitaja voi halutesaan tehdä elektiivisen puhelinohjauksen myös seisoaltaan työskennellen. Ohjauksessa potilaan kanssa keskustellaan mahdolliset sairaudet ja terveydentila,*

*hänen lääkityksensä, ennakoiva valmistautuminen toimenpiteeseen, fysiologiset mittaukset, kuten paino ja pituus, toimenpiteestä toipuminen ja arvioitu sairauslomien pituus.”*

Sairaanhoitajien toteuttamien elektiivisten leikkauspotilaiden preoperatiivisen puhelinohjauksen videointien suunnittelut toteutettiin heidän työvuorojensa aikana. Sairaanhoitajat perehdytettiin videointeihin edellisenä päivänä, ja tällöin heidän kanssaan käytiin 30 minuutin ohjauskeskustelu kyseisestä potilaan ohjauksesta. He osallistuivat ohjausten videointeihin vapaaehtoisesti, ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää videointiohjaus. Sairaanhoitajien kanssa keskusteltiin kuka videointiaineistoa voi hyödyntää. Videointiaineistoa käyttää aineistona vain opinnäytetyöntekijä, ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimusmenetelmällisesti videointi on tuonut uutta vakuutta havaintojen tekoon ja laajentanut tutkimusten mahdollisuutta hankkia tutkimateriaalia. Videoijalle taustateorian tuntemus on merkityksellinen. Videolta näkymää uudelleen katsoessa opinnäytetyöntekijä voi havaita sellaisiakin asioita, joita hän ei videoinnin aikana havainnut. (Videoiden käyttö tutkimuksen apuvälineenä n.d., 71, 72, 75.)

### 3.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysiä ohjasi kehittämiskysymys, mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa? Sairaanhoitajat vastasivat kysymykseen ensimmäisessä projektiryhmän kokouksessa. Sairaanhoitajilta kysyttiin, mitä hoitotyöntekijän ohjausmenetelmäosaaminen nykyisessä elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa tarkoittaa? Sairaanhoitajien haastatteluaineistoa saatiin yksi sivu, ja tämä aineisto on liitetty yhteen videointiaineiston kanssa. Videointiaineistoa saatiin 11 sivua, 4936 sanaa. Videoaineistoa on yhteensä 66,86 minuuttia. Litteroitua aineistoa luettiin useaan kertaan, jotta saatiin yhteys aineistoon. Aineistosta nousi sairaanhoitajan lääkahoito-osaamisesta, potilaan fyysisestä terveydestä ja potilaan soveltumisesta toimenpiteeseen sekä sairaanhoitajan sähköinen osaaminen.

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, eli edettiin yksittäisistä havainnoista yleisimpiin käsitteisiin. Aineistolähtöisen analyysin tekninen vaihe lähtee aineiston koodaamisesta analyysiyksiköittäin. Analyysiyksikkö määritellään ennen analyysin aloittamista, joka voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 138-140.) Aineistosta koodataan kaikki tärkeät ilmaukset. Luokitteluyksiköksi valittiin sana ja asiakokonaisuus. Luokitteluyksikön määrittämistä ohjaavat aineiston laatu ja tutkimustehtävä, ei ennalta määrätty teoria (KvaliMOTV 2017).

Aineisto koodattiin siten, että ensimmäiseen videointiin A-kirjain kaikkiin aineistosta saataviin tärkeisiin ilmauksiin. Ensimmäinen numero merkittiin ensimmäisen sanan tai asiakokonaisuuden perään. Eli (A1) koodi sai ensimmäisen videon ensimmäinen sana tai lausuma. Näin edettiin aineisto loppuun saakka. Seuraavan videon ensimmäinen sana tai lausuma sai koodikseen (B1). Koko aineisto käytiin näin läpi. Sairaanhoidtajien haastattelut ovat merkitty alkaen koodista (D1). Luokkien alle on kirjattu kaikkien niiden sanojen tai lausumien koodit, jotka kuvaavat tätä luokkaa. Seuraavaksi ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoksi.

Tässä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja tai eroavaisuuksia kuvaavia asioita. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan alaluokkaan. Aineisto ryhmiteltiin samaa ilmaisua tarkoittaviin luokkiin. Aineistolta kysytään kehittämistehtävän mukaisia kysymyksiä. Tutkija päättää tulkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri luokkaan. Analyysiä jatketaan yhdistämällä saman sisältöisiä asioita toisiinsa ja muodostamalla näistä luokkia. Tarvittaessa kaikki luokat yhdistetään useammaksi tai yhdeksi kuvaavaksi yläluokaksi. Klusteroinnissa luodaan perusta kohteena olevan kehittämisen perusrakenteelle ja kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Tässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 109-111.) Taulukossa 7 on esimerkki aineiston analyysistä.

Taulukko 7. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäinen tärkeä ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Minun pitäis teidät haastatella, oisko hetki aikaa. (A1) Miten jos henkilötunnuksen jos sanotte ensimmäisenä, (A2)	teidät haastatella (A1)  henkilötunnuksen, jos sanotte (A2)	(A) Potilaan tunnistustaidot (A1, A2, B45, C2, B76, A23, C16, C17, C13, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, B88, A5, A19, B16, B2)	I.Potilaan soveltuminen toimenpiteeseen (A), (B) (P), (N), (H), (K), (M), (N), (J),
tehä siis antti, riskitiedot sitten lääkehoito ja fysiologiset. (B30)  on se, että ne ei laita potilaan pituutta. (B36) Sittenhän se on tärkeä tieto saaha, paljon sinä painat? Ja paljonko oot pitkä? (B61)  Paljonko pituus 180 joo, paino, paljonko olis? Suunnilleen jos sanot (C20), määpä laitan sen 70, (C14)	antti, riskitiedot sitten lääkehoito ja fysiologiset, (B30)  potilaan pituutta (B36)  paljon sinä painat, paljonko oot pitkä (B61)  paljonko pituus, paino (C14) Suunnilleen jos sanot (C20) Määpä laitan sen 70, (C14)	(B) Potilaan fysiologisten tietojen kysyminen ja kirjaaminen sekä laboratoriokokeiden tarpeellisuus (B30, B36, B61, C14, C20, A11, B9, B10, B26, B12, B13, B43, B34, B82, B83, B84)	II.Potilaan fyysinen terveys (B), (R), (O), (W), (U)

Tuloksista muodostuu neljä pääluokkaa: sairaanhoitajan lääkehoito, sähköinen järjestelmäosaaminen, potilaan fyysinen terveys ja potilaan soveltuminen toimenpiteeseen.

### 3.4 Tulokset

#### *Potilaan lääkehoito*

Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta lääkehoidon toteuttamisessa elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Koulutusta tarvittiin muun muassa erilaista verensäätölääkkeistä, niiden taotuksista ja vaikuttavista aineista.

Suomalaiset sairaanhoitajat koulutetaan vaatimaan neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, kuitenkin jopa joka viides lääkitystapahtuma on virheellinen. Näin ollen lääkehoito on todettu riskialttiiksi tehtäväksi. Lääkehoito kehittyy, mikä lisää sairaanhoitajien osaamisen vaatimuksia. (Sneck 2016, 7.) Sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen merkitys korostuu Suomessa, mikä johtuu ikääntyvän väestön, yhä vaativampien lääkehoitojen ja moniongelmaisten potilaiden suuresta määrästä sekä sairaanhoitajien tehtävänkuvien laajentumisesta. Lääkehoidon osaaminen liittyy vahvasti kliiniseen osaamiseen sekä potilasturvallisuuteen. Sairaanhoitajien tärkeä työtehtävistä on lääkehoidon toteuttaminen, mikä perustuu hyvään teoreettiseen ja käytännölliseen lääkehoidon osaamiseen. (Sulosaari 2016, 2.)

”Silloinhan tablettivaihtoehtoja on vähemmän tuolla osastolla, se on hyvä olla mukana.”

”Meillä on semmonen lista tiettyjä esimerkiksi verenpainelääkkeitä ei leikkauskausamuna otetakaan, mukkaanhan sun pittää aamulääkkeet ottaa...”

Osaamisen hallintaan kuuluu myös se, että vajavaiseen osaamiseen puututaan, ja työntekijä ohjataan tarvittaessa lisäperehdytykseen tai -koulutukseen. Avoin potilasturvallisuuskulttuuri mahdollistaa ja edellyttää, että kehitettävät asiat otetaan esille. Erityisesti lähijohtajan on puututtava osaamisen vajeeseen. Varmistamalla osaaminen turvataan potilaan hyvä hoito, mikä on potilaan sekä työntekijän etu.

”Meillä on semmoinen lista tiettyjä esimerkiksi verenpainelääkkeitä ei leikkauskausamuna otetakaan”

Lääkehoidon poikkeamat ovat yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollossa niin Suomessa kuin muualla maailmassakin. Keskeisenä lääkehoidon riskien hallinnan työvälineenä ovat lääkehoidon vaaratapahtumien raportointijärjestelmät. Keskeisimpänä oppimisen menetelmänä on haastelähtöinen oppiminen, ohjattu teorian tiedon soveltaminen käytäntöön ja työssä oppiminen.

Suomalaiset elävät yhä vanhemmiksi ja sairastavuus pysyy korkeana, jolloin lääkkeitä käytetään yhä enemmän. Iäkkäiden ihmisten lääkitys tulisi arvioida vuoden välein ja aina, kun hänen terveydentilassaan tapahtuu merkittäviä muutoksia. Lääkityksen arvioinneissa tulisi hyödyntää moniammatillista ja monitieteellistä yhteistyötä ja näissä arvioinneissa tarvitaan lääkärin, sairaanhoitajan, farmaseutin ja proviisorin ammattitaitoa sekä yhteistyötä potilaan kanssa. (Ahonen 2011, 7.)

Elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjauksessa sairaanhoitaja kirjaa potilaan lääkehoitoon hänen ilmoittamansa lääkkeet, annostuksen, lääkevahvuuden, mihin aikaan potilas lääkkeen ottaa ja, kuinka monta kertaa päivässä. Sairanhoitaja tarvitsee ohjausmenetelmäosaamista, koska hän tarvitsee muun muassa lääkehoito-osaamista, kun hän ohjaa potilaita tulevaan leikkaukseen.

### *Sähköinen järjestelmäosaaminen*

Sairanhoitaja tarvitsee erilaisia sähköistä järjestelmäosaamista, koska hän kirjautuu erilaisiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin toteuttaessaan elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivista ohjausta.

Sote-uudistus on käynnistänyt vahvemmin kansalaisen aktiivisen roolin tukemisen oman hyvinvoinnin edistämiseksi ja keskeisenä palvelumuotona tulevat olemaan digitaaliset palvelut. Lisääntynyt tieto- ja viestintäteknologian käyttö on luonut uusia tietotarpeita ja osaamishaasteita kansalaisille ja hoitotyön osalta haasteet ovat myös tunnistettu. (Ahonen, Kinnunen, Kouri, Liljamo & Saranto 2016, 231.) Ihmisten yksilöityminen ei tarkoita eristäytymistä ja itsekkyyttä vaan siihen sisältyy myös tarve kohdata toisensa (Dunderfelt 2016, 177).

”Päästäänkö me kattomaan lähetteet, saapuneet lähetteet”

”Ootko sä kattonu googlesta?”

”...sanoi juuri tehneensä Kannan, tämä muuttuu vihreeksi sitten kun se on tehnyt sen...”

”Tässä ei nyt sitten ollu niinku hoidonsuunnittelijallekaan mitään viestiä.”

Puheviestintä muodostaa murto-osan ihmisten välisestä kommunikaatiosta, kuitenkin se on keskeisen tärkeä. Äänensävy ja äänenpaino ovat erottamaton osa puhetta, vaikka ne ovatkin sanatonta viestintää. Puheen avulla välitämme informaatiota, että merkityksiä, kuten ideoita ja ajatuksia. Tunteet ja tunnelmat, ja ihmisten persoonallisuus ja hänen vireystilansa kuuluvat äänensävyssä, äänenpainossa ja äänenvärissä. Kuuntele läsnäolevasti, tällöin et aseta omia merkityksiä toisen sanoille. (Dunderfelt 2016, 18, 48.)

”kirjottaa, että lesulle antti miinus, että aamulla sitte hoksataan, että se pittää haastatella ja soittaa hoidonsuunnittelijalle.”



Keskeinen osa terveydenhoidon ammattilaisten työstä tapahtuu arkisissa vuorovaikutussuhteissa potilaiden kuin toisten kollegoiden kanssa. Sairaanhoidajan työssä saadaan tietoa, jaetaan tietoa, ohjataan, neuvotellaan, päätetään ja tuetaan. Viestintä on yksi työn tekemisen väline, joka vaikuttaa työn laatuun ja tavoitteiden saavuttamiseen, siis myös potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilaan tulee saada oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla riskit ennakoitua. Vuorovaikutussuhteessa ja kielellisessä yhteisymmärryksessä esiintyvät ongelmat ovat uhka potilasturvallisuudelle. Hyvät vuorovaikutustaidot takaavat sen, että potilaan haasteet tunnistetaan täsmällisesti ja potilaat sopeutuvat sairautensa hoitoon. Sairaanhoidaja tarkistaa kysymällä potilaalta hänen sosiaaliturvatunnuksensa ja hänen koko nimensä puhelinohjauksen alussa.

”Yhteistyö lääkärin ja hoidonsuunnittelun kanssa (+kirurgin)”.

Nykyisin ohjaus on asiakkaan ja useamman erilaista asiantuntijuutta edustavan työntekijän yhteistyötä. Henkilökohtaisten tapaamisten sijasta ohjausta toteutetaan lisääntyvässä määrin nettiympäristössä. Ohjauksen ammatillisen toiminnan ydin on asiakastyötä ohjaavissa ajattelumalleissa ja ohjauksen vuorovaikutusorientaatiossa. Tarkasteltaessa ohjausta työmenetelmänä painopiste on ohjauksen interventioissa, toimintatavoissa ja työvälineissä. Sisällön näkökulma ymmärtää ohjauksen kulloisenkin tarkoituksen, teemat ja tavoitteet. (Näkki & Sayed 2015, 8-9.)

”Osata johdatella puhelua eteenpäin tarttuen ongelmakohtiin”.

”Palaveria presoittajien kesken, mitä kuuluu presoittajalle ja mitä ajanantajalle”.

Ohjaus on onnistunut, kun potilas on ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät asiat ja kykenee soveltamaan niitä omassa elämässään. Potilasasiakirjoihin kirjataan potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Kirjaamisen tulee olla asiallista ja objektiivista ja on tärkeää kirjata myös potilaan itsensä kuvaamat kokemukset asioista. (Eloranta & Virkki 2011, 27.)

Teknisten innovaatioiden sovellukset terveydenhuollossa aiheuttavat yhä suuremman laiteriippuvuuden, ja siksi kehityksessä ja kehitystyössä on oltava aktiivisesti

mukana. Tärkeämpää kuin teknisten laitteiden kehityksessä mukanaolo on potilasturvallisuuden kannalta henkilökunnan keskinäinen sekä potilaan ja henkilökunnan toimiva vuorovaikutus ja potilasturvallisuuskulttuurin sisäistäminen.

### *Potilaan fyysinen terveys*

Potilaat odottavat ohjauksessa saavansa tietoa sairauksista ja erilaisista hoitomuodoista, tutkimuksista ja toimenpiteisiin liittyvistä asioista, toipumismahdollisuuksista ja siitä, miten jatkossa elää sairauden kanssa. He odottavat, että ohjausta toteuttaa koulutettu, työssään pätevä ja vastuullinen henkilökunta, jolla on myös herkkyyttä havaita potilaan yksilölliset tarpeet. Potilaat arvostavat sitä, että sairaanhoitaja on läheinen ja suhtautuu vuorovaikutustilanteessa myönteisesti. Potilas ei rohkene vaivata kysymyksillään etäiseksi ja ylempiarvoiseksi kokeamaansa sairaanhoitajaa. Potilaat kokevat tärkeäksi mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

Terveydenhuollossa tulee toimia potilaan parhaaksi ja sen on edistettävä potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Sairaanhoitajan tulee pyrkiä tukemaan ihmisiä, lisäämään heidän voimavarojaan ja kohentamaan heidän elämänsä laatua (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 89). Sairaanhoitajat työskentelevät lähellä potilasta ja hänen omaisiaan erilaisissa työympäristöissä. Sairaanhoitajilla on vahva rooli moniammatillisissa työryhmissä silloinkin, kun kehitetään asiakaslähtöisiä palveluja. (Aho-  
nen ym. 2016, 231.)

Potilaslähtöisessä ohjaustoiminnassa on erityistä se, että potilaan aikaisempia tietoja ohjattavasta asiasta selvitetään, jotta potilaalla on mahdollisuus kysyä, ilmaista tunteita ja keskustella ongelmista (Kääriäinen 2007, 101). Potilas voi kokea oman lääkehoitonsa haasteelliseksi ja haluaa keskustella asiasta sairaanhoitajan kanssa. Potilas ilmoittaa painavansa omasta mielestään liian paljon ja haluaisi pudottaa painoaan, mutta hänellä ei ole siihen riittävästi saatavilla ohjausta.

”Riskitiedot sitten lääkehoito ja fysiologiset,”  
”Paljonko sinä painat, paljonko oot pitkä?”

Ohjauksen tehtävänä on tukea muutosprosesseissa niitä ihmisiä, joilla itsellään ei ole riittäviä psyykkisiä, sosiaalisia tai taloudellisia voimavaroja oman elämänsä hallintaan. Muutostyön vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaan oma toiminta, työntekijän suora ja epäsuora ohjaus ja lisäksi erilaiset interventiot. (Näkki & Sayed 2015, 8.) Tutkittua ja raportoitua tietoa käytetään aina, kun määritellään potilaan hoitoa koskevaa haastetta, etsitään menetelmiä potilaan auttamiseksi ja arvioidaan hoitotyön tuloksia. (Eloranta & Virkki 2011, 22-23.)

Ohjaustaitoja selittäviksi tekijöiksi muodostuivat potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjausmenetelmien hallinta ja ohjauksen toimintamahdollisuudet (Kääriäinen 2007, 98-99). Sairauksia, tutkimuksia ja hoitoa käsitteleviä ohjausmateriaaleja tulisi olla runsaasti. Niitä olisi hyvä olla sekä kirjallisena että audiovisuaalisena (tietokoneohjelmina ja videoina). Ohjaustoiminnan tavoitteellisessa kehittämisessä tärkeänä pidettiin ohjausprosessin tarkkaa suunnittelua sekä monipuolisten ohjausmenetelmien käyttöä. (Kääriäinen 2007, 102-103.)

Elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa puhelinohjauksessa sairaanhoitaja tarkistaa terveystietoa ja käypä hoito suosituksista potilaan terveydentilaan liittyviä asioita, onko hänellä mahdollisesti tarvetta lisätutkimuksiin.

”saat lähteä samalle illalle kotiin, ”  
 ”on lähetetty esitietolomake,”

Ohjaustilanteessa on huomioitava potilaan ohjauksen tarve, hänen aikaisemmat tiedot, taidot ja kokemukset, uskomukset ja asenteet. Mistä lisäksi on huomioitava potilaan henkilökohtainen tiedon vastaanottokyky, tunnetila ja motivaatio. Sairaanhoitajan on osattava rajata ohjauksen sisältö keskeisiin asioihin, on hyvä varmistaa potilaan ymmärrys asiasta kysymyksillä ja keskustelulla ohjauksen välillä ja lopuksi. Kun hoitotyö on laadukasta, sen tavoitteena on parhaan ja ajan tasalla olevan tiedon tarkka, arvioitu käyttö. Tiedon tulee olla potilaalle tarpeellista ja merkityksellistä, ja se tulee esittää potilaalle ymmärrettävällä tavalla ammattisanastoa välttäen. (Eloranta & Virkki 2011, 22-23.) Sairaanhoitaja tarkistaa potilaalta puhelinohjauksessa, mitä aikaisempia leikkauksia potilaalle on toteutettu.

”nilkkojen nivelsiteet, nivustyrä, napatyrä, takareiden koukistaja korjattu, vaivasenluuleikkaus”...

”nukutuksessa tai selkäpuudutuksessa tai sitten jos hyvin löytyy imusolmukkeet voi tehdä paikallispuudutuksessa”...

Ohjaustyön keskeisenä tavoitteena on asiakkaan selviytymisen ja elämänhallinnan, elämänsuunnittelun tai itsetuntemuksen tukeminen ja edistäminen (Näkki & Sayed 2015, 10). Sairaanhoidajan korostaessa asiakasta kohtaan empatiaa, hyväksyntää ja aitoa kiinnostusta, tällöin sairaanhoitaja kykenee ilmentämään näitä ulottuvuuksia vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Tällöin asiakkaalla on mahdollista luoda luottamuksellinen suhde sairaanhoitajaan ja avautua itselleen tärkeissä asioissa. (Näkki & Sayed 2015, 12.)

Elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa sairaanhoitajat toivoivat ohjauksen ulkoisten tekijöiden ja tavoitteellisen ohjaustoiminnan kehittämistä. Ohjauksen resursseja, tiloja, hoitohenkilöstöä, materiaalia ja välineistöä sekä koulutusta ja perehdytystä toivottiin nykyistä runsaammin. Sairaanhoitajat toivoivat koulutusta potilaan lääkehoidosta, erilaisista sairauksista ja niiden hoidoista sekä rauhallisia puhelinohjauksen työtiloja, jossa työtila olisi äänieristetympi verrattuna nykyiseen avokonttoriin.

”Potilaiden kohtaaminen puhelimessa”.

”Kuuntelu, mutta osata jatkaa eteenpäin (aika)”.

Ihmisten välisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toimivat sanat, fyysiset eleet ja ilmeet. Aistimme katseesta, olemuksesta ja lauseen painotuksesta, mitä toinen ihminen tarkoittaa. Kun kommunikoidaan ja kun yhteys on hyvä, keitetään sanallisessa viestinnässä erilaisuutta ja tunneperäistä ristiriitaa. Intuitiivisen viestinnän avulla välittyy asioita, kuten luottamusta, arvostusta ja kunnioitusta. Loppujen lopuksi kyse on siitä, että tunnistamme toisen ihmisen yksilöllisen arvon ja hänen olemassaolonsa oikeuden. (Dunderfelt 2016, 29.) Sairaanhoitaja kohtaa potilaan tasa-arvoisesti ja keskittyy kuuntelemaan hänen kertomiaan asioita.

Jos sairaanhoitaja ei kuuntele läsnäolevasti, silloin hän voi asettaa omia merkityksiä potilaan sanoille (ks. Dunderfelt 2016, 48). Sairaanhoitajan substanssiosaaminen tarkoittaa sitä, että hän osaa työssään sairaanhoitajalle kuuluvat työtehtävät ja lisäksi muutakin, mitä sairaanhoitajan työssä tarvitaan esimerkiksi vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamista. Ammattilaisen on tärkeää tuntea ohjauksen erilaisia

lähestymistapoja ja niiden eroja. Keskeisiä ovat potilaan tilanne, lähtökohdat ja tarpeet ohjauksen lähestymistavan valinnassa. (Näkki & Sayed 2015, 21.) Potilas voi sairaanhoitajan toteuttamassa puhelinohjauksessa kysyä tarkkoja kysymyksiä tulevasta leikkauksesta ja siitä toipumisesta.

### *Potilaan soveltuminen toimenpiteeseen*

Sairaanhoitajat hallitsivat sairauden tietoperustaa, sen oireita, tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä sekä hoitoon mahdollisesti liittyviä riskejä koskevat asiat. Lisäksi he hallitsevat asiat, jotka liittyvät ennakolta potilaan soveltumisesta tulevaan toimenpiteeseen.

”Onko mittään liikerajoituksia nivelissä, kaularangassa.”

”...lääkeaineallergia, tänne on laitettu, edellisessä nukutuksessa vissiin tullu...”

”ottaako sua millonkaan missään tilanteessa rinnasta, puristaako, onko rintakipua?”

Sairaanhoitajat tunnistivat sairauden vaaratekijöitä ja rajoituksia potilaan toimenpiteelle. Terveyspalvelujen käyttäjää on kuunneltava kaikissa hänen hoitoaan koskevissa päätöksissä. Hänen on saatava osallistua hoitoonsa voimiensa ja kykijensä mukaan. Eettisten haasteiden ratkaiseminen hoitotyöntekijän ja terveyspalvelujen käyttäjän välillä perustuu sen oivaltamiseen, että ihmisen omaa terveyttään koskeva päätöksenteko ja toiminta ovat ensisijaisia. Eettiseen laatuun sisältyy se, miten terveyspalvelujen käyttäjien arvoperustaa huomioidaan, miten ihmisarvoista hoito ja kohtelu ovat ja miten oikeudenmukaisesti hoito on saavutettavissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 82, 85.)

Sairaanhoitajien taustatekijöistä tehtävänimikkeellä, iällä, työkokemuksella ja ohjaukseen käytetyllä ajalla on yhteyttä sairautta koskevaan tietoperustaan. Sairaanhoitajat tuntevat hoidon jälkeistä potilaanvointia ja hoidon jälkeisiä haasteita sekä kotiuttamista. Toimenpiteen jälkeinen vointi ja haasteet sekä kotiuttamista koskevat asiat hallitaan hyvin. Hyviä tietoja selittivät hoitohenkilöstön tehtävänimike, ohjaustaidot ja ohjaukseen käytetty aika. (Kääriäinen 2007, 95-97.)

”Pääseekö millon vaan vai joku kellon aika mikä on kätevämpi?”

”mutta näkkeehän sen sitte, kun kotia lähtee.”

Sairaanhoitajan täytyy kyetä itsenäiseen päätöksentekoon ratkaistakseen haasteita. Päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta kriittistä ajattelua sekä ongelmratkaisu- ja dokumentointitaitoja. Puhelinohjauksessa sairaanhoitaja voi konsultoida tarvittaessa anestesia lääkäriä selvittääkseen potilaan hoitoon liittyviä asioita.

”Kokemus itsellä hoitotyöstä/leikkaussalivälyöstä potilasta ohjattaessa”.

”...leikkaussalivälyssä sä anestesiahoitajana tiijät, sä katot ennen kuin otat potilaan salliiin”.

Potilasohjauksen toimintamahdollisuuksia selittää sairaanhoitajien ohjausmenetelmien hallinta (Kääriäinen 2007, 94). Ohjaustyössä ohjauskeskusteluun osallistuvan sairaanhoitajan ja ohjattavan puhetta kuvattu käsitteellä tarjouma, jotka ovat esineitä, tietoa, asioita, taitoa, käsitteitä, kokemuksia ja informaatiota. Ne avaavat toiselle ihmiselle toiminnan mahdollisuuksia ja tarjoumat ovat puhujan tarinoita itsestään, elämästään ja kokemuksistaan. Tarjoumien ilmaiseminen on hiljaisen tiedon esille saamista. (Korhonen & Puukari 2013, 148.) Puhelinohjauksen sairaanhoitajat toivoivat kokouksia, joissa sairaanhoitajat voivat yhdessä keskustella potilaan ohjaukseen liittyvistä haasteista.

”Oikeiden kysymysten esittäminen”.

”Onko sisaruksilla tai vanhemmilla ollut ongelmia nukutusten ja puudutusten kaa?”

”Paljonko menee tupakkaa päivässä?”

Huomion kiinnittäminen vuorovaikutuksen laatuun ja ihmisten väliseen tasa-arvoiseen yhteistyön kehittämiseen on uusi asia. Vuorovaikutuksen huomioiminen ja kehittäminen on yhtä merkittävä innovaatio kuin puhelin tai jokin muu tekninen edistysaskel. Sosiaalinen tila on sanallisten ja sanattomien viestien muodostama kokemuksellinen eli psyykinen tila kahden tai useamman ihmisen välillä. (Dunderfelt 2016, 13.)

”Onko herännyt kysyttävää

Asiantuntijakeskeiselle vuorovaikutukselle vastakkainen näkökulma on asiakaskeskeinen vuorovaikutus, jossa ohjaus lähtee potilaan tarpeista, ja jolloin potilas vaikuttaa omaan hoitoonsa. Ohjaussuhteessa potilaan tarpeiden tulee olla ohjauksen lähtökohtana. Potilas hakee ammattilaiselta jaettua asiantuntijuutta haas-

teensa ratkaisemiseksi. On tärkeää muistaa, että potilas kokonainen ihminen kokemuksineen, tunteineen, taitoineen, tietoineen sekä tarpeineen. Potilaslähtöisessä vuorovaikutuksessa sairaanhoitaja keskittyy potilaan kuuntelemiseen, ja on aidosti läsnä ammattilaisena korostamatta itseään. Sairaanhoitajan kunnioitus, avoin ja arvostava suhtautuminen ohjattavaa kohtaan, on perusedellytys sille, että ohjattava uskaltaa kertoa hänelle tärkeät asiat. (Eloranta & Virkki 2011,59-60.)

”Pelokkaan potilaan rauhoittelua”.

”Te olette tulossa meille tuohon imusolmukkeiden tutkimukseen,”

Huomioiminen on välittämistä, ja kuunteleminen on huomion jakamista. Ensimmäinen interventio ohjaus- ja neuvontatyössä on ohjattavan kuunteleminen. Toimivassa dialogissa kunnioitetaan toisen erilaisuutta ja selvennetään näkemyksien yhtäläisyyksiä ja eroja neuvottelemalla. Kuunteleminen kertoo toisen hyväksymisestä ja arvostamisesta sekä erilaisuuden tunnustamisesta. (Onnismaa 2011, 41, 43.) Potilaan ohjauksessa keskusteltiin vastavuoroisesti potilaan kanssa sekä huomioitiin ohjaustilanteen ilmapiiri.

### 3.5 Asiakasymmärryksen perusteella muodostetut profiilit

Asiakasprofiilit ovat keskeinen asiakastutkimuksista saadun asiakastiedon esittämisen ja kiteyttämisen menetelmä. Tutkimuksessa esiin nousseet toimintamallit ja toiminnan motiivit kiteytetään asiakasprofiileissa. Palvelumuotoilussa asiakkaiden arjen ymmärtäminen on suunnittelijalle, että palveluita kehittäväälle organisaatiolle kriittistä. (Tuulaniemi 2016, 154-155.) Asiakasprofiilit ovat tiivistetty, visualisoitu näkemys tietyn asiakasryhmän käyttäytymisestä, motiiveista, tarpeista ja hänen palveluun liittyvistä haasteista. Puhutaan myös asiakassegmentoinnista, joka on ryhmä asiakkaita, joilla on yhdenmukaiset toiveet, tarpeet ja ostokäyttäytyminen. (Ylitalo-Katajisto, Tiirinki, Turkki & Suhonen 2018, 29.)

Profiilille löytyy useita kuvauksia, joita ovat muun muassa ominaispiirteet, luonteenomaiset piirteet, erityiset ominaisuudet ja niiden kuvaus. Se on myös organi-

saation luoma mielikuva itsestä tai sen käyttäjistä. Profiili tarkoittaa tavoitemielikuvaa ja perusviestien kokonaisuutta, jota organisaatio viestii itsestään. Profiiliin vaikuttavat organisaation tuotteet, toimitilat, asiakaspalvelun taso ja esitteet. (Määritelmä sanalle profiili n.d., 1.) Potilaita palvelevien sairaanhoitajien tulee muistaa, että sairaanhoitaja sovittaa omaa profiiliaan potilaan profiiliin (Juuti 2015, 131).

Asiakkaan tarpeita, unelmia ja toiveita tulee ymmärtää ennen kuin kykenee luomaan tälle palveluita, joiden avulla kykenee tuottamaan todellista lisäarvoa asiakkaan jokapäiväiseen elämään (Ahonen 2017, 37). Potilaita palvelevien sairaanhoitajien on hyvä muistaa potilaiden yksilöllisyys heitä ohjatessaan. Mikäli potilasta ohjaava sairaanhoitaja ei osaa sovittaa omaa tyyliään potilaan tyyliin, potilas voi kokea mielipahaa. Vastaavasti, mikäli sairaanhoitaja osaa sovittaa oman tyyliinsä asiakkaan tyyliin, hän kokee tulevansa kuulluksi. (Juuti 2015, 131.)

Avohoitotalon leikkausosastolla sairaanhoitajan hoitotyö edellyttää moninaista osaamista. Hoitotyö edellyttää erilaisten potilasryhmien hoidon toteuttamisessa vaadittavaa osaamista, työssä käytettävien laitteiden ja koneiden hallintaa ja ATK-järjestelmien hallintaa. (Työn vaativuuden arviointilomake n.d., 1.) Sairaanhoitajan on mahdollista selvittää potilaan tarpeita kysymällä hänen toiveitaan. Taulukossa 8 liitteessä 2 on tulosten perusteella laaditut sairaanhoitajan neljä profiilia.

Tehokasta profiilia korostava sairaanhoitaja ohjaa potilaan aistihavaintokeskeisesti ja ajattelupainotteisesti. Empaattisen profiilin mukaisesti ohjaavan sairaanhoitajan ohjaus on intuitiokeskeinen ja tunnepainotteinen sekä kekseliäisyyttä painottavan sairaanhoitajan puhelinohjaus on intuitiokeskeinen ja ajattelua painottava. Sosiaalista profiilia korostava puolestaan on aistihavaintokeskeinen ja tunnepainotteinen. (ks. Juuti 2015, 130.) Sairaanhoitajien on kyettävä luomaan myönteisiä tunteita potilaille, koska asiakaskokemukset määräytyvät tunteiden tasolla. Myönteisiä tunteita syntyy eri syistä, mutta yhteistä näille tunteille on, että ne syntyvät kontaktissa sairaanhoitajan ja potilaiden välillä.

Lisääntyvissä määrin organisaatioissa osa potilaskohtaamisista toteutetaan verkon ja puhelimen välityksellä. Näin ollen puhelimesta ja verkossa tarvitaan huon-



mioita oikeiden sanavalintojen ja äänensävyn käyttöön sekä potilaan tunteiden oikeaan tulkintaan. Puhelimessa ja digitaalisissa ympäristöissä empatia on herkkä asia. Ohjauksen ympäristö eli toisen tunnetilojen ymmärtäminen on digitaalisissa ympäristöissä haasteellista, koska potilaan tunnetiloista kertovat nonverbaaliset vihjeet, ilmeet, eleet ja äänenpainot, puuttuvat tai ovat vähäisiä. Virtuaaliempatia ei ole yhtä vaikuttavaa kuin empatia kasvokkaisissa kohtaamisissa. Digitaalisissa potilaspalvelutilanteissa tunteiden tulkintaan ja empatian osoittamiseen kannattaa kiinnittää huomiota, jotta vältetään tilanteeseen sopimattomilta reaktioilta. (Seppänen & Kuusela 2017, 229.)

Kääriäinen (2007) tutkimuksessa ohjausmenetelmistä sairaanhoitajat hallitsivat hyvin suullisen ja henkilökohtaisen ohjauksen. Kirjallisen ohjauksen hallitsi hyvin kolme neljäsosaa (74%) ja kuudennes (17%) huonosti ja kymmenesosa (9%) ei käyttänyt mitään ohjausmateriaalia. Taustatekijöistä sukupuolella, tehtävänimikkeellä, hoitoyksiköllä, työkokemuksella ja ohjaukseen käytetyllä ajalla oli yhteyttä hoitohenkilöstön hallitsemiin ohjausmenetelmiin. Sairanhoitajat olivat demonstroinnissa lääkäreitä parempia. Mitä enemmän aikaa käytettiin ohjaukseen, sitä paremmin ohjausmenetelmä kyettiin hallitsemaan.

Potilaalle tulee kertoa asiat kattavasti ja sairaanhoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas tekee itse häntä koskevia päätöksiä. Ohjauksessa tulee huomioida myös erilaiset kulttuuriin liittyvät tekijät, sillä potilaan kulttuuriin liittyvät asiat vaikuttavat muun muassa sairauskäsitykseen ja kivun kokemukseen. Sairanhoitajan kulttuuritietous edellyttää kiinnostuneisuutta ja ennakkoluulottomuutta kulttuureita kohtaan. Erilaisia kulttuurisia tapoja tulee kunnioittaa, vaikka ne olisivat ristiriidassa omien käsitysten kanssa. (Eloranta & Virkki 2011, 55, 61.)

## 4 ELEKTIIVISEN LEIKKAUSPOTILAN PREOPERATIIVISEN PUHELINOHJAUKSEN KONSEPTOINTI

### 4.1 Puhelinohjauksen kehittämisen

Projektiryhmän kokouksessa puhelinohjausta toteuttavien sairaanhoitajien kanssa keskusteltiin neljän eri profiilin kehittämisestä potilaan puhelinohjauksessa. Yhteisen päätöksen perusteella neljästä profiilista valittiin kaksi, tehokas ja empaattinen. Profiilit luotiin PPshp:n sairaanhoitajan työn vaativuusluokituksen, sairaanhoitajien haastattelujen ja videointiaineistosta saatujen tulosten perusteella. On oltava tarkkana lupauksista ja siitä, että palvelut ovat asiakaslähtöisiä, ja ne ovat suunnattu asiakasryhmille, jotka palveluja käyttävät. Asiakasymmärrys rakennetaan loppukäyttäjän motiiveista (Tuulaniemi 2016, 142).

Ideoinnin tavoitteena on kehittää mahdollisimman runsaasti ratkaisuehdotuksia kehittämisen kohteena olevaan asiaan. Mitä runsaammin ideoita, sitä todennäköisempää on, että ideoiden joukossa on myös asian kannalta merkittäviä ehdotuksia, joita voi myös yhdistellä. Joskus tehokkain tapa on ideoida paikassa, jossa palvelu toteutetaan. Konsepti on palvelun kokonaiskuva, jossa kuvataan palvelun keskeinen idea. Siinä esitetään kokonainen tarina palvelun muutoslinjoista. Palvelukonsepti koostuu suunniteltavan palvelun palvelupolusta, johon on kuvattu palvelutuokiot. (Tuulaniemi 2016, 182, 186, 188-189, 191.)

Kehittämistyötä on hyvä organisoida kehittämisprojektilla. Projektiryhmä on tärkeässä roolissa käytännön toteutusten ideoinnissa, viestinnässä ja sairaanhoitajien osallistamisessa. Kehittäminen muuttaa sairaanhoitajien hoitotyötä ja on tärkeää, että sairaanhoitajat itse ovat vaikuttamassa muutokseen.

Käyttäjien ja käyttöympäristön lisäksi on huomioitava alalla vallitsevat ja tulevat trendit. On varauduttava teknologisesta kehityksestä samoin kuin alan vakiintumattomuudesta johtuviin muutoksiin. Kehittämisratkaisukonseptia muodostavan tiimin on hyvä olla monitieteinen ja -taitoinen, joka tuo tiimiin erilaisia näkökulmia ja asiantuntemusta. Konseptointitiimin on kyettävä ajattelemaan ja toimimaan luo-

vasti, koska kullakin hetkellä keskitytään merkityksellisten haasteiden ratkomiin. (Konseptointi n.d. 1-2.) Projektiryhmässä kehitettiin sairaanhoitajan elektivisen leikkauspotilaan preoperatiivisen puhelinohjauksen konseptointia laadittujen profiilien perusteella.

#### 4.2 Tehokkaan profiilin konseptointi

Aistihavaintokeskeisessä ja ajattelupainotteisessa profiilissa korostuu tehokkuus. Sairaanhoitaja, joka painottaa tehokasta profiilia menee suoraan käsiteltävään asiaan ja huolehtii siitä, että keskustelussa edetään nopeasti. Hän osoittaa, että hoitohenkilökunta kykenee auttamaan asiakasta. Aistihavaintoihin luottavat sairaanhoitajat ovat konkreettisesti tarkkoja potilaalta kysytyjen kysymysten asettelussa, korostavat asioiden yksityiskohtia ja ovat tuloshakuisia. He pyrkivät välttämään turhia pohdintoja ja haluavat saada nopeasti tuloksia. (Juuti 2015, 130-131.) Potilaskohtaamisten vaikutukset ovat kaksisuuntaiset, sekä potilaaseen että sairaanhoitajaan. Olennaista on se, miten tarjottava palvelu yhdistyy digitaalisiin ja kasvotusten tapahtuviin palvelutapahtumiin ja muodostaa potilaalle kokemuksen, että hänen tarpeisiinsa vastataan. (Seppänen & Kuusela 2017, 226.)

Sairaanhoitajan kokemus puhelinohjauksessa korostuu, koska hän voi potilaan kanssa käydyin lyhyen avauskeskustelun jälkeen todeta, millaisen ohjauksen potilas toivoo. Tehokkaassa mallissa ohjaus toteutetaan protokollan mukaisesti, kun keskustelu etenee sairaanhoitajan valitsemien asioiden mukaisesti. Ohjausta toteuttava sairaanhoitaja ohjaa potilasta vastaamaan hänen esittämiinsä kysymyksiin tietyssä järjestyksessä, johdattelee ohjausta ja keskittyy asioihin ohjauksessa. Potilasta ohjataan sairauden tai tulevan toimenpiteen kautta ja kysymykset ovat toimenpidelähtöisiä. Potilas kertoo mielellään omista sairauksistaan ja toimenpiteistään, joten näistä on matala kynnyks aloittaa potilaan puhelinohjaus. Käsiteltävät asiat ovat myös hänelle tuttuja, joten näihin kysymyksiin potilas kykenee vaittomasti vastaamaan. Ohjaaja rakentaa luottamusta potilaaseen kysymällä häneltä aikaisempia kokemuksia hoito- ja toimenpidekäynneistä.

Potilaalle voi jäädä päällimmäisenä mieleen sairaanhoitajan hyvin suunnitellut kysymykset ja tehokas ohjauksen tuntu, koska sairaanhoitaja johdattelee ohjausta.

Potilas ei välttämättä koe olevansa ohjauksen tärkein henkilö vaan ohjaukseen liittyvät kysymykset menevät hänen edelle. Sairaanhoidajan puheenkäyttö ja äänenpaino ovat oleelliset, jotta potilas kokee ohjauksen kiireettömäksi. Lisäksi potilas voi kokea kysymysten etenemisen suunnitellulta, ja hänen kysymyksilleen ei ehkä jää keskustelussa riittävästi aikaa.

Empatiaa voi opetella ja empatian osalta yksi keskeinen tekijä on, jos sairaanhoitajaan kohdistuu paine hoitaa kohtuuttoman monta potilasohjausta lyhyessä ajassa. Vaatimus empatiasta potilaskontaktissa voi kääntyä kokemukseksi epäoikeudenmukaisuudesta. Empatia ilman myötätunnon mahdollisuutta uuvuttaa hoitohenkilökunnan. Myötätunto vaatii potilaan tilanteen yksilöllisyyden ja erityisyyden huomioon ottamista. Tällöin myötätunnon teot eivät ole standardiratkaisuja vaan sairaanhoitajan luovia vastauksia potilaan hoidon tarpeeseen. (Seppänen & Kuusela 2017, 238-239.)

Asiakkaiden aikakaudella hoitotyöntekijöiden ydinosaaminen koostuu siitä, että kyetään tuottamaan asiakkaille myönteisiä kokemuksia ja ylittämään heidän odotuksensa. Lisäarvoa voidaan tuottaa erilaisen osaamisen avulla, mutta keskeistä on tarjota asiakkaan odotukset ylittäviä palveluita monikanavaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että kasvokkain tapahtuvan vuorovaikutuksen lisäksi kontakteja asiakkasiin pidetään yllä puhelimen, sähköpostin, internetin ja sosiaalisen median välityksellä. (Juuti 2015, 92.) Toiminnan on oltava ammatillista ja sen tulee olla näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 38). Keskeistä on varmistaa kaikille potilaille yksilöllinen kokonaisuhoito (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 32).

#### 4.3 Empaattisen profiilin konseptointi

Empaattinen profiili kuvaus on intuitiokeskeistä ja tunnepainotteista ohjausta. Sairaanhoidajan empaattinen profiili puhuttelee juuri kyseistä potilasta. Sairaanhoidaja on sitoutunut, empaattinen ja kärsivällinen ja on aidosti kiinnostunut hänen asioistaan. Empaattista profiilia toteuttavat sairaanhoitajat ovat herkkiä ja yhteistyökykyisiä. Intuition avulla tietoa hankkivat sairaanhoitajat käyttävät mielikuvitustaan

tietojen hankkimisessa. Sairaanhoidajat, jotka toteuttavat intuitiota etsivät mielessään vaihtoehtoja ja saattavat löytää uusia ajattelutapoja nopeastikin. Intuitiiviset sairaanhoidajat hahmottavat asioita kokonaisuuksina ja liittävät yksityiskohdat näihin kokonaisuuksiin. (Juuti 2015, 130-131.) Empatia on potilastilanteissa tärkeää, mutta ammatillisuus ja työn tavoitteet asettavat rajat, jotka muovaavat myös empatiaa (Seppänen & Kuusela 2017, 232).

Empatian osoittamisessa potilas kokee, että sairaanhoitaja on kiinnostunut hänestä ja hänen asioistaan. Helppo tapa osoittaa kiinnostusta on kuunnella tarkkaavaisesti. (Järvinen 2014, 1.) Toimivassa intuitiivisessa viestinnässä ei tarvitse puhua kaikesta, kun sanaton yhteisymmärrys toimii. Hyvä yhteys toiseen ihmiseen muodostuu, kun aistimme tai huomaamme, että hän ajattelee asioista samansuuntaisesti. Samanlainen ajattelutapa sisältää muun muassa samalaisen ihmis käsityksen ja maailmakatsomuksen. Intuitiivinen viestintä toimii nimenomaan sen välityksellä, mitä on puheen takana tai sen sisällä. Kun tiedostaa sanojen ja käsitteiden erilaisuuden, asia selviää. (Dunderfelt 2016, 34, 45.)

Hyvää potilastyötä tekee osaava, hyvinvoiva, motivoitunut ja sitoutunut henkilöstö. Kun hoitoyössä on tietoisesti kehitetty empatiaa potilaskohtaamisissa, se palautuu parhaimmillaan takaisin työn ydintavoitteiden saavuttamisena. (Seppänen & Kuusela 2017, 237.) Miten kohtaat kiihtyneen tai surullisen potilaan? Millä menetelmillä saada jumittunut keskustelu avatuksi tai miten osoittaa lämpöä ja empatiaa kasvokkain tai puhelinkeskustelussa? Jos keskustelu potilasohjauksessa jumittuu, aktiivinen kuuntelu, tarkentavien kysymysten kärsivällinen esittäminen ja konkreettisten ratkaisuehdotusten toteuttaminen voivat toimia. Potilaan ollessa surullinen, sairaanhoitajan on annettava potilaalle aikaa. Avoin keskustelu, osaamisen näkyväksi tekeminen ja yhdessä oppiminen tukevat osaamisen jakamista. (Seppänen & Kuusela 2017, 238-239.)

Empaattisessa ohjauksessa pyritään välttämään kiireen tuntua. Ilmapiiri on avoin ja asiakaslähtöinen, ja potilas itse valitsee asioita, joiden kautta kertoo leikkaukseen valmistautumisestaan. Tunteiden ilmaisu on luonnollista. Ohjaukseen tarvittava aika on pidempi kuin tehokkaassa tyyliässä, mikäli potilaalla on keskusteltavaa esimerkiksi peloista, terveydentilasta tai toimenpiteestä.

Empaattisen profiilin mukaisessa puhelinohjauksessa sairaanhoitaja kerää tiedot erilliselle paperille potilaan kertoessa asioitaan. Sairanhoitaja toteuttaa potilaan kertomaa järjestystä kirjatessaan potilaan asioita, mutta huolehtii samalla, että kaikki tarvittavat asiat on keskusteltu ja kysymyksiin saatu vastaus. Sairanhoitajalla on aikaa noin 30 minuuttia potilaan ohjaukselle. Kokenut sairaanhoitaja tekee tarkentavia kysymyksiä ja myötäilee potilaan puhetta, ohjaamatta häntä liiaksi, jotta ohjaus on asiakaslähtöistä. Potilaan on tärkeää kokea tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi puhelinohjauksessa.

Potilas voi esimerkiksi aloittaa kertomalla, miksi hän on tulossa toimenpiteeseen ja kertoo siihen liittyvät asiat, kuten käyntinsä lääkärin vastaanotolla. Lisäksi hän voi kertoa samalla käyttämänsä kipulääkkeet, joita on käyttänyt lääkärin vastaanotolla käynnin jälkeen. Tässä vaiheessa sairaanhoitaja kerää potilaan puheesta nämä asiat, ja kirjaa ne potilaan asiakirjoihin.

Asiakaskokemuksen yhteydessä voidaan puhua arvosta, joka asiakkaalle syntyy tuotteen, palvelun ja kokemuksen perusteella. Empatian edistäminen on potilaspalvelutilanteissa yksi menetelmä luoda arvoa potilaskokemukseen. Koettuun arvoon vaikuttavat emotionaaliset tekijät. Näillä luodaan tunneside ohjaajan ja potilaan välille. (Seppänen & Kuusela 2017, 232.)

## 5 TEHOKKAAN JA EMPAATTISEN PROLIIFIN PROTOTYPOINTI

### 5.1 Profiilien prototyppoinnin suunnittelu ja toteutus

Palvelumuotoilussa prototyyppi tarkoittaa nopean profiilin rakentamista suunnittelun ja kehittämisen avuksi. Prototyppoinnissa testataan palvelua, profiilia. Testataan, toimivatko profiilit kuten niiden on suunniteltu toimivan. Tavoitteet ovat niissä asioissa, jotka toimivat, ja huomioida ne, jotka eivät profiilissa toimi. Prototyyppi tuottaa syvää ymmärrystä profiileista. (Tuulaniemi 2016, 196.)

Palvelut, profiilit suunnitellaan käyttäjille eli tässä tapauksessa sairaanhoitajille, yhdessä palvelun eri osapuolten kanssa (sairaanhoitajien ja hoitohenkilökunnan). Palvelutuokioiden kehityksen suuntaa voidaan muuttaa ketterästi uuden tiedon kertyessä. Testaus painottaa nykyhetken lisäksi käyttäjien tulevia tarpeita ja palvelumuotoilu korostaa tunnetta ja asiakaskokemusta, asiakaskokemuksesta 2/3 on tunnetta. Edullisempaa on rakentaa emotionaalista lisäarvoa eli tunnetta kuin toiminallisuutta tai teknistä ominaisuutta. (Törrönen 2017, 1.) Palvelumuotoilun prototyppoinnissa tarkastellaan käyttäjien kokemuksia suunnitelluista profiileista (Vaahtojärvi 2011, 1).

Molemmat sairaanhoitajat perehdytettiin uusien profiilien toteutukseen, jotta he kykenevät toteuttamaan uusien profiilien mukaiseen puhelinohjaukseen suunnitellulla tavalla. Sairaanhoitajien kanssa keskusteltiin toteutuksesta ja profiileista käymällä heidän kanssaan 30 minuutin keskustelut erikseen. Keskustelussa selvitettiin, tehokkaan ja empaattisen profiilin mukaisesti suunnitellut palvelutuokit, miten kukin sairaanhoitaja ohjaa leikkaukseen tulevan potilaan puhelimesta. Keskusteltiin profiileista, ja niihin liittyvistä kysymyksistä ja siitä, kuinka potilaan kertomat asiat kerätään hänen puheestaan ja kirjataan potilastietoihin. Tarvittaessa sairaanhoitaja voi kysyä potilaalta myös tarkentavia kysymyksiä. Keskustelujen jälkeen sairaanhoitajille lähetettiin omat profiilit wats appin ja messengerin kautta, jotta sairaanhoitajat voivat kerrata potilaan ohjausta suunnitellun ohjausprofiilin

mukaisesti, ja tarvittaessa ehtivät kysyä epäselvistä asioista opinnäytetyöntekijältä. Sairaanhoidajan tuli pyrkiä toteuttamaan potilaan puhelinohjaus suunnitellun profiilin mukaisesti.

Aineiston keruupäiväksi suunnitellut profiilienmukaiset potilaan puhelinohjaukset eivät toteutuneet suunniteltuna päivänä erilaisten muutosten vuoksi aikaisemmin perehdytettyjen sairaanhoitajien toimesta. Aineiston keruu päätettiin kuitenkin toteuttaa suunniteltuna aikana. Tässä vaiheessa opinnäytetyöntekijä perehdytti toisen sairaanhoitajan, joka toteutti ensiksi tehokkaan profiilinmukaisesti potilasohjauksen, mikä myös videoitiin. Seuraavaksi sama sairaanhoitaja perehdytettiin empaattisen profiilin mukaiseen ohjaukseen. Hänen kanssaan käytiin keskustelemalla empaattisen profiilin mukainen ohjaus ja sen erityispiirteet. Lisäksi hän sai luettavakseen kirjallisen materiaalin empaattisesta profiilista, jonka jälkeen potilasohjaus videoitiin. Molempien profiilien ohjaukseen käytettiin aikaa puoli tuntia.

Videoinnit toteutettiin avohoitotalon leikkausosaston puhelinohjauksessa. Potilaina olivat nuorehko ja keski-ikäinen henkilö. Molemmilla oli muutamia lääkkeitä jatkuvassa käytössä. Heitä oli ohjattu toimenpiteisiin myös aikaisempien toimenpiteiden johdosta, ja näin ollen ohjaukset sujuivat molempien ohjattavien kohdalta joustavasti. Ohjaustilanteet olivat rauhallisia. Ohjaaja toteutti ohjauksen rauhallisesti keskustellen. Ohjaaja tarkisti muun muassa lääkehoitoon, potilashotelliin liittyviä asioita ja lääkeasioita niin sanotusta fläppitaulusta. Lisäksi sairaanhoitaja etsi tietoa potilashotellin yöpymishinnasta.

Ajankäytön suhteen ei ollut eroa videoiduissa ohjauksissa. Molemmissa ajankäyttö alittui varatusta 30 minuuttista. Näissä videoinnissa potilaana ei ollut iäkästä, monisairasta potilasta tai potilasta, jolla olisi ollut runsaasti erilaisia lääkkeitä käytössä. Tällöin puhelinohjauksen ajankäyttö on luonnollisesti pidempi verrattuna niin sanottuun perusterveeseen elektiivisen leikkauspotilaan ohjaukseen.

Videointi taltioi kameran kuvan peittoalueelta visuaaliset ilmiöt. Hyvä asia on se, että samalla taltioituu myös nonverbaalia aineistoa, tutkittavien kohteiden liikkeitä ja ilmeitä. Videoinnin avulla kyetään taltioimaan sellaista, mikä tavallisesti jäisi oman havainnointikyvyn ulkopuolelle. Videoitu aineisto mahdollistaa palaamisen



alkuperäiseen tilanteeseen uudelleen, jolloin on mahdollista tarkastaa, oliko alkuperäinen tilanne todella niin kuin muistelee. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1.)

Videointien jälkeen keskusteltiin sairaanhoitajan kanssa ohjauksen toteutuksesta ja sen mahdollisista haasteista. Hän kertoi omat kokemuksensa, jotka kirjoitettiin muistiin. Lisäksi kysyttiin kahdelta jo aikaisemmin perehdytetyltä sairaanhoitajalta kokemuksia profiilien mukaisista ohjauksista. Sairanhoitajat vastasivat kysymykseeni, miltä uudet puhelinohjausprofiilit vaikuttavat, ja mitä niissä on edelleen kehitettävää? Sairanhoitajat vastasivat, että harvoin puhelinohjauksessa ohjataan juuri kyseisen profiiliin mukaista potilasta, koska usein puhelinohjaus on molempien profiilien sekoitus. Lisäksi projektiryhmään kuuluvien sairaanhoitajien kanssa keskusteltiin uusista puhelinohjausprofiileista. Heidän mielestään ne olivat kiinnostavat. He kertoivat, että profiilien mukaisesti kuvatusta puhelinohjauksesta on hyötyä elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa puhelinohjauksessa, koska niissä on ne asiat, joita puhelinohjauksessa potilaan kanssa keskustellaan.

## 5.2 Prototyppinnista saadun aineiston analyysi

Videointiaineistoa saatiin 5 sivua, 2079 sanaa. Videoaineistoa on yhteensä 32:82 minuuttia. Tehokas profiili kuvaukseen käytetty ohjausaika oli 15:51 minuuttia ja empaattinen profiili aika oli 17:31 minuuttia. Tämän jälkeen aineistoa litteroitiin ja luettiin useaan kertaan, jotta saatiin yhteys aineistoon. Tallennettu aineisto on tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasanaisesti. Molemmat videointiaineistot litteroitiin ja analysoitiin erikseen.

Aineistolähtöisen analyysin tekninen vaihe lähtee liikkeelle aineiston koodaamisesta analyysiyksiköittäin, ja alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä eli redusoinnista. Tässä analyysissä aineisto pilkottiin luokitteluyksiköihin. Aineistosta tunnistettiin asiat, joista tässä opinnäyttyössä ollaan kiinnostuneita (Tuomi & Sarajärvi 2004, 103). Tutkimusaineistosta karsitaan epäolennainen aineisto pois (Stolt, ym., 2016, 30-31).

Analyysiyksikkö tulee määritellä ennen analyysin aloittamista, joka voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaasi aineiston laatu. Analyysiyksiköksi valittiin sana tai lausekokonaisuus. Aineiston analysoinnin tavoitteena on löytää keskeiset perusulottuvuudet, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta, ja joiden varaan tutkimustulosten analysointi voidaan rakentaa (Kiviniemi 2010, 80). Aineiston koodaus tehtiin merkitsemällä analysoitavaan aineistoon A-kirjain kaikkiin tehokkaan profiilin mukaisiin tärkeisiin ilmauksiin. Ensimmäinen numero merkittiin ensimmäisen sanan tai lausuman perään. Eli esimerkiksi (A1) koodi merkittiin ensimmäisen videoinnin ensimmäiseen tärkeään ilmaisuun. Näin aineisto koodattiin aineisto loppuun. Seuraavan videoinnin aineiston ensimmäinen tärkeä ilmaisu sai koodin (B1). Aineistosta nousi sairaanhoitajan osaaminen potilaan ohjausosaamisessa ja lääkehoito-osaamisessa. Ohjauksen toteutukseen tarvitaan suunnitelmallisuutta, aktiivista vuorovaikutusta ja asiakaslähtöisyyttä.

Aineisto analysoitiin alussa induktiivisella sisällönanalyysillä, eli edettiin yksittäisistä havainnoista yleisimpiin käsitteisiin. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin kuudeksi alateemaksi ja toisessa aineistossa neljäksi alateemaksi. (ks. Stolt ym. 2016, 30-31). Alateemojen avulla tavoitellaan tekstin merkityksenantojen ydin, jotka liittyvät tekstin sisältöön eivätkä sen yksittäisiin kohtiin (Aaltola & Valli 2010, 55). Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alateemoihin ja ne vielä yläteemoihin, joita hieman muokattiin nimellisesti vastaamaan aikaisemmin hankitun asiakasymmärryksen mukaisia tuloksia (luku 3.4.) Teemoittamisessa on kyse aineiston pelkistämisestä etsimällä tekstistä olennaisimmat asiat (Moilanen & Rähä 2010, 55).

Taulukoissa 10 ja 11 on kuvattu molempien profiilien mukaiset prototyyppiaineistojen analyysit.

Taulukko 10. Tehokkaan profiilin prototypointi aineiston analyysi

Alkuperäiset tärkeät ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Yläteemat	Alateemat
<p>täältä Oyssista sairaanhoitaja X huomenta. Teille oli tiijossa, .... soitetaan tänään. (A1)</p> <p>on vaan päivämäärä, kirjeessä(A2)</p> <p>päivitetään nämä tiijot. (A3)</p> <p>sanotte ensin henkilötunnuksen (A5)</p> <p>verenpainetauti on ja rytmihäiriö on(A7)</p> <p>ei lääkitystä. (A8)</p> <p>Kääntykö rytmi ihan sinusrytmiksi itekseen (A11)</p> <p>sulle niinkö mitään lääkettä annettu sitten (A12)</p> <p>sitten on lisäyönnejä (A13)</p> <p>nyt ei ole sitä lääkitystä, proprialiakaan? (A14)</p> <p>ei diabetestä, ei reumaa, (A15)</p> <p>ulkomailla oletko ollut sairaalahoijossa vuoden sisällä? (A16)</p>	<p>Oyssista sairaanhoitaja (A1)</p> <p>päivämäärä kirjeessä (A2)</p> <p>päivitetän tiijot (A3)</p> <p>Sanotte henkilötunnuksen (A5)</p> <p>verenpainetauti ja rytmihäiriö (A7)</p> <p>ei lääkitystä (A8).</p> <p>Kääntykö rytmi ihan sinusrytmiksi (A11)</p> <p>mitään lääkettä annettu (A12)</p> <p>lisäyönnejä (A13)</p> <p>ei ole lääkitystä, proprialiakaan? (A14)</p> <p>ei diabetestä, ei reumaa (A15)</p> <p>ulkomailla oletko ollut sairaalahoijossa (A16)</p>	<p>(IA)Potilaan fyysinen terveys (A7), (A9), (A10), (A11), (A13), (A15), (A17), (A18), (A19), (A20), (A21), (A23), (A22), (A26), (A27), (A28), (A39), (A41), (A42), (IIB) Ohjaussuhteen luominen (A1), (A2), (A3), (A4), (A5), (A6), Lääkehoito -osaaminen (IIIC) (A8), (A12), (A14), (A30), (A32), (A33), (IVD)Potilaan soveltuminen toimenpiteeseen (A16), (A24), A25), (A31), (A34), A35), (A36), (A37), A38),</p>	<p>A. Potilaan pitkäaikaisraukien ja riskitietojen kartoittaminen (IA), (IIB); (A7), (A10), (A11), (A13), (A15), (A17), (A18), (A19), (A20), (A21), (A22), (A26), (A27), (A28), (A41), (A42), B. Ohjausosaaminen (IA), (IIB); (A1), (A2), (A3), (A6), (A9), (A12), (A33), (A39), C. Potilaan tunnistaminen (IA); (A3), (A4), (A5), (A6), (A29), (A39), (A40), (A43), D. Lääkehoito-osaaminen (IIIC); (A8), (A12), (A14), (A30), (A32), (A33) E. Potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen (IVD); (A25), (A35), (A36), (A37), (A38) F. Potilaan elämäntapa (IVD); (A24), (A31), (A34),</p>

Taulukko 11. Empaattisen profiilin prototypointi aineiston analyysi

Alkuperäiset tärkeät ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Yläteemat	Alateemat
<p>minkälainen sulla on vointi nyttien? (B1)</p> <p>sulla ei ole mittään perussairauksia, että ois vain migreeni. (B2)</p> <p>oo ulkomailla ollut sairaalassa? Ikinä potilaana. (B3)</p> <p>että ei mittään vuotoongelmia haavojen suhteen, (B5)</p> <p>Eli veritulppa ollu (B6)</p> <p>hänellä jonkin aikaa jotain verenohennuslääkettä? (B7)</p> <p>Uniapneaa sulla ei oo eikä kuorsausta. (B8)</p> <p>että et tupakoi etkä käytä huumeitakkaan, eikä alkoholinkäyttöäkään ole paljoa kuin joskus. (B9)</p> <p>on hammaslääkärissä puudutettu ilman ongelmia, (B10)</p> <p>laitan tähän, että nokkosihottuma. (B12)</p> <p>implantteja ei oo ja lävistyksset on korvakorut. (B13)</p>	<p>minkälainen sulla on vointi nyttien (B1)</p> <p>ois vain migreeni (B2)</p> <p>ulkomailla ollut sairaalassa (B3)</p> <p>ei mittään vuotoongelmia haavojen suhteen (B5)</p> <p>veritulppa ollu (B6)</p> <p>jotain verenohennuslääkettä (B7)</p> <p>Uniapneaa sulla ei oo eikä kuorsausta (B8)</p> <p>et tupakoi etkä käytä huumeitakkaan, eikä alkoholinkäyttöäkään ole paljoa (B9)</p> <p>on hammaslääkärissä puudutettu ilman ongelmia(B10)</p> <p>laitan tähän, että nokkosihottuma (B12)</p> <p>implantteja ei oo ja lävistyksset on (B13)</p>	<p>(IE) Potilaan fyysinen terveys (B1), (B2), (B4), (B5), (B8) (B24), (B28), (B29)</p> <p>(IIG) Lääkehoito-osaaminen (B7), (B10), (B16), (B17)</p> <p>(IIF) Potilaan ohjaus (B14), (B21), (B23), (B24), (B25), (B26), (B27), (B30), (B31), (B32), (B36)</p> <p>(IVH) Potilaan soveltuminen toimenpiteeseen (B1), (B3), (B4), (B9) (B11), (B12), (B13), (B15), (B18), (B19), (B20), (B22), (B27), (B28), (B33), (B35),</p>	<p>Q. Potilaan ohjausosaaminen (IE), (IIG), (IVH); (B1), (B9), (B13), (B14), (B15), (B17), (B18), (B29), (B21), (B23), (B24), (B25), (B26), (B27), (B28), (B29), (B30), (B32), (B33), (B34), (B35), (B36)</p> <p>R. Lääkehoito-osaaminen (IIIG); (B7), (B10), (B16), (B17),</p> <p>S. Potilaan pitkäaikaisraukien kartoittaminen (IE), (IVH); (B2), (B3), (B4), (B5), (B6), (B8), (B11), (B12),</p> <p>T. Potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen (IIF), (IVH); (B14), (B15), (B18), (B19), (B21), (B22), (B26), (B29), (B30), (B31), (B36)</p>

Aineistosta nousi asioita sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisesta, potilaan pitkäaikaissairauksien ja riskitietojen kartoittamisesta, ohjausosaamisesta, potilaan tunnistamisesta, potilaan toimenpiteeseen valmistautumisesta ja potilaan elämäntavasta.

### 5.3 Prototypoinnin tulokset

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avohoitotalon instrumentoivat sairaanhoitajat (n=2) kertoivat haastattelun yhteydessä palvelutuokioista, profiileista. Haasteena koettiin kysymykset, koska kaikkia kysymyksiä, joita mallissa oli ehdotettu, ei sellaisenaan kyetty toteuttamaan. Potilas saattoi itse kysyä asiaa, ja tällöin kysymystä ei luonnollisesti kysytty toistamiseen potilaalta. Lisäksi pohdittiin kysymyksiä sinällään, kysytäänkö ne kaikilta potilailta, vaiko vain asiakaskohtaisesti. Osa kysymyksistä tulisi kysyä potilaalta jo potilaan hoidonsuunnitteluvaiheessa, kuten esimerkiksi asumismuoto ja kenen kanssa potilas asuu, ja mitä terveyspalveluja hänellä on mahdollista saada kotiin leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitajat toivoivat erillistä listaa, jossa olisi esimerkiksi leikkausosaston sihteerin puhelinnumero. Tähän listaan voisi kirjoittaa myös sosiaalityöntekijän puhelinnumeron ja muita henkilöitä, joihin ollaan harvemmin yhteydessä, mutta yhteys heihin on elekttiivisen leikkauspotilaan kannalta tärkeä.

Tuloksina saatiin tehokkaaseen profiiliin kuusi alateemaa, ja niistä neljä yläteemaa. Empaattista profiilia kuvasi neljä alateemaa ja neljä yläteemaa. Tehokkaan profiilin alateemoja olivat potilaan pitkäaikaissairauksien ja riskitietojen kartoittaminen, ohjausosaaminen, potilaan tunnistaminen, lääkehoito-osaaminen, potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen ja potilaan elämäntapa. Empaattisen profiilin alaluokat olivat potilaan ohjausosaaminen, lääkehoito-osaaminen, potilaan pitkäaikaissairauksien kartoittaminen ja potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen.

#### ***Tehokas profiili***

Tehokas profiili on aistihavaintokeskeinen ja tunnepainotteinen. Sairaanhoitajat ovat tarkkoja potilaalta kysytyjen kysymysten asettelussa, he korostavat asioiden

yksityiskohtia ja ovat tuloshakuisia. Potilaalle voi jäädä kokemus sairaanhoitajan hyvin suunnitelluista kysymyksistä.

Tuloksista nousi sairaanhoitajan tarvitsema osaaminen potilaan ohjauksessa ja lääkehoito-osaamisen ohjaus sekä osaamista potilaan pitkäaikaissairauksista ja riskitiedoista.

### *Lääkehoito-osaaminen*

Lääkehoito-osaaminen sisälsi osaamisen verenpainelääkkeistä, ja mitä lääkkeitä potilas ei voi ottaa kotona kyseisenä toimenpidepäivän aamuna. Tuloksista nousi erityisesti sairaanhoitajan tarvitsema lääkehoito-osaaminen. Molemmissa uusissa profiileissa korostui sairaanhoitajan lääkehoito-osaamisen ohjaus. Puhelinohjattavat potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita, heillä on runsaasti erilaisia lääkityksiä. Lääkitykseen tulee usein tauotuksia ja muutoksia. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa myös sellaiset lääkkeet, joita potilas ei voi ottaa ennen toimenpidettä. Potilaan lääkitykseen voi tulla joko vuorokauden tai usean päivän tauko ennen toimenpidettä. Lisäksi sairaanhoitaja kehottaa potilasta ottamaan varalta mukaansa omat mahdolliset lääkkeet, jos on mahdollista, että potilas ei kotiudukaan kyseisenä päivänä.

”Särkyläkkeitä tarvittaessa Burana ja Pronaxen 100mg”.

”Päivitetty Micardis 80mg, kerran päivässä, onko edelleen?”

”Ja sitten on tuota Vimofa”.

Potilasasiakirjoihin pitää kirjata lääkkeiden määräys- ja antomerkintöihin määräämisen ja antamisen osalta lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos sekä antotapa, antojankohta sekä lääkkeen antajan nimi ja lääkkeen määrännyt lääkäri, jos kysymyksessä on muu kuin osastopotilaan lääkelistan mukainen jatkuva lääkitys (Jokinen & Virkkunen 2018, 94).

### *Potilaan pitkäaikaissairauksien ja riskitietojen kartoittaminen*

Tuloksissa korostuu sairaanhoitajan osaaminen tunnistaa erilaisia sairauksia ja ymmärtää niiden mahdollinen vaikutus potilaan tulevaan toimenpiteeseen. Sairaanhoitajan on osattava tehdä tarkentavia kysymyksiä potilaan pitkäaikaissairauksista, ja potilaan niihin saamasta hoidosta.

”Kerran ollut tämmöinen flimmeri”.

”Rytmihäiriöitä ne ovat olleet”.

Potilaalta kysytään hänen lääkeaine- ja ruoka-aine-allergiat, tällöin sairaanhoitajan tulee kirjata ne asianmukaisesti potilaan riskitietoihin. Lisäksi sairaanhoitajan tulee kartoittaa potilaalta hänen kehossaan mahdollisesti olevat metalliesineet, kuten sydämentahdistin, metallilevyt, ruuvit tai naulat. Sairaanhoitaja kirjaa tiedot potilasasiakirjaan ja ymmärtää, että mahdollisilla potilaan kehossa olevilla metalleilla on merkitystä toimenpiteessä käytettävien diatermialaitteiden käytössä. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa erilaisia sydän- ja verisuonisairauksia ja ymmärtää niihin liittyviä riskejä ja kysyä potilaalta mahdollisesti olevista lääkityksistä kyseisen sairauden hoidossa.

Rakenteisesti kirjatun tiedon määrä oli yhteydessä potilaan hoidon vaativuuteen koska, mitä enemmän potilaalle oli kirjattu hoidon tarpeita ja hoitotyön toimintoja sitä vaativampihoitoisesta potilaasta oli kyse. Sairaanhoitajat kirjaavat enemmän potilaan hoidon toteutusta kuin potilaan hoidon tarpeita. (Liljamo 2018, 1.)

### *Ohjausosaaminen*

Sairaanhoitajan ohjausosaaminen nousi erityisesti tuloksista. Se on keskeinen potilaan auttamismenetelmä. Sairaanhoitajan tulee osata keskustella potilaan kanssa ymmärrettävästi ja kertoa potilaalle hänen asioistaan. Sairaanhoitajan tulee omata hyvät vuorovaikutustaidot ja osata kuunnella potilasta empaattisesti. Sairaanhoitajan ohjausosaamisessa korostuu potilaan kuunteleminen ja potilaan keskustelusta oleellisen tiedon kerääminen hänen potilasasiakirjaan.

”Ei leikkuaamuna suositella otettavaksi”.

”Osata ohjata potilas röntgeniin ja laboratorioon”.

”Pitäisi olla lista, jossa puhelinnumerot esimerkiksi sosiaalityöntekijälle”.

Jokaisen potilaan yhteydenoton taustalla on hänen mielessään olevia pyrkimyksiä, joita hän toivoo sairaanhoitajan avulla saavansa selvitettyksi (Juuti 2015, 129). Hoitoepisodi on potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvä, ajallisesti etenevä hoidon ja palvelun kokonaisuus (Jokinen & Virkkunen 2018, 60). Sairaanhoitaja tarvitsee elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa sähköistä järjestelmäosaamista. Hän kirjautuu tietokoneelle, ja käyttää tietokoneella erilaisia ohjelmia kirjatessaan potilaan asiakirjoihin hänen asiatietojaan, muun muassa henkilötiedot, fysiologiset mittaukset, anestesiatietojärjestelmään anestesiaan liittyvät asiat sekä lääkehoitoon liittyvät merkinnät.

### *Potilaan tunnistaminen*

Sairaanhoitaja kysyy potilaalta hänen henkilötunnuksensa puhelinohjauksen alussa ja samalla varmistaa potilaan henkilötiedoista, jotta henkilötunnus täsmää potilaan kertomaan tietoon. Potilaan tunnistamista ei aina mielletä oleelliseksi osaksi potilaan turvallista hoitoprosessia. Vaaratapahtumia voidaan helposti ehkäistä ottamalla käyttöön systemaattinen tapa tunnistaa potilas. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 203.) Sairaanhoitajat kirjaavat potilaiden hoidosta tietoa sähköisiin potilastietojärjestelmiin, jonka tarkoituksena on tallentaa oleelliset tiedot potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista ja välittää tietoa potilaan hoitoon osallistuvien ammattialisten välillä (Liljamo 2018, 2).

Mikäli potilas on puhelimesta ohjattu alle kolme kuukautta sitten, hänen tietonsa tarkistetaan yhdessä potilaan kanssa keskustellen. Tavallisesti elektiivisen leikkauspotilaan potilaan ohjausväli on kolme kuukautta. Tämä kyseinen tarkistusväli on yhteisesti sovittu hoidonsuunnittelun ja puhelinohjausta toteuttavien sairaanhoitajien kanssa. Potilaalta tulee tarkistaa hänen mahdollinen kotiutumisen, toteutuuko hänellä kotiin aikuinen henkilö toimenpiteen jälkeen.

”Sanotte ensin henkilötunnuksen”.

”Lokakuussa sinut haastateltu, voi olla, että ei ole mitään muutoksia tullut”.

Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä ammattihenkilöllä on vastuu hoidon turvallisuudesta ja laadusta (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Penanen 2011, 21).

### *Potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen*

Sairaanhoitaja kysyy potilaalta hänen aikaisempia anestasioita, mahdollisia paikallispuudutuksissa tehtyjä toimenpiteitä ja hammaslääkärissä tehtyjä hampaiden puudutuksia. Sairaanhoitaja kysyy potilaalta hänen tuntemuksiaan tulevasta toimenpiteestä. Selvittää potilaan mahdollisesti sairastamia sairauksia, ja niihin liittyviä tutkimuksia ja sitä, millä tavalla sairauden hoito on hänen kohdallaan toteutettu. Lisäksi tarkistetaan toimenpidealueen ihon kunto, jotta toimenpide on mahdollista toteuttaa.

”Iho ois hyvä olla kunnossa”.

”Esteitä verensiirrolle”.

Potilaan esitietojen, lääkärin tutkimusten, mahdollisten koetulosten ja leikkausten suuruuteen liittyvien riskitekijöiden perusteella määräytyvät potilaan leikkausta edeltävät tutkimukset. Asioita, joita tulee tarvittaessa selvittää ovat potilaan sydämen, keuhkojen ja munuaisten tila, verenpaine ja verensokeripitoisuus sekä mahdolliset yliherkkyydet. Potilaan ollessa perusterve, hänen sairautensa on hyvässä hoitotasapainossa tai toimenpiteeseen liittyvät riskit ovat pienet, ei yleensä tarvita mitään erityisiä tutkimuksia. (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015, 1.)

### *Potilaan elämäntapa*

Sairaanhoitaja selvittää potilaan elintavoista hänen alkoholin käytön, savukkeiden tai huumaavien aineiden käytön määrän ja merkitsee tiedot hänen potilasasiakirjaansa. Potilaan tulee olla syömättä ja juomatta kello 24:00 jälkeen ennen toimenpidettä. Sairaanhoitaja muistuttaa kyseisestä asiasta potilasta, koska muutoin potilaan toimenpideaika siirtyy kuudella tunnilla hetkestä, jolloin potilas on viimeksi syönyt.

”Syömättä ja juomatta tarkoittaa puolen yön jälkeeseen”.



Leikkausta edeltävällä paastoamisella pyritään estämään potilaan mahan sisällön nousu ruokatorveen ja suuhun ja sen pääsy keuhkoihin leikkauksen aikana (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015, 3).

### ***Empaattinen profiili***

Empaattisen profiilin mukaisessa potilasohjauksessa sairaanhoitaja tarvitsee osaamista potilaan ohjauksessa, lääkehoidossa, potilaan toimenpiteeseen valmistautumisessa ja potilaan pitkäaikaissairauksien tunnistamisessa. Sairaanhoitaja keskustelee elektiivisen ohjauksen potilaan kanssa tunnepainotteisesti ja on kiinnostunut potilaan mielipiteistä, mitkä liittyvät hänen tulevaan toimenpiteeseensä.

### *Ohjausosaaminen*

Tuloksista nousi sairaanhoitajan tarvitsemaa osaamista potilaan lääkehoidosta, kuten verenohennuslääkkeistä, hammaslääkärin hampaan puuduttamiseen käytettävistä puuduteaineista, särkylääkkeistä ja sairaalaan mukaan otettavista lääkkeistä. Sairaanhoitaja tarvitsee osaamista potilaan soveltumisesta toimenpiteeseen, koska hänen tulee tarkistaa potilaan senhetkinen terveydentila, potilaan allergiat, mahdolliset sairaudet, erilaiset potilaan kehoon laitetut vierasesineet, potilaan yöpyminen ennen sairaalaan saapumista, jos potilas matkustaa matkan. Lisäksi sairaanhoitaja tarkistaa potilaalta hänen kutsukirjeessä saamansa ohjeet, olematta ravinnotta ennen toimenpidettä. Lipposen (2014, 7) mukaan sairaanhoitajien asenteet potilasohjausta kohtaan olivat myönteiset ja heidän tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa. Sairaanhoitajat arvioivat toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja tunteet huomioiden

Empaattisen profiilin ohjausosaamisessa sairaanhoitaja tarvitsee osaamista potilaan voinnin, elämäntapatietojen (savukkeet, alkoholi ja huumaavat aineet), mahdollisten implanttien, tekonivelten, lävistysten kirjaamisessa potilastietoihin. Ohjausosaamista potilaan mahdollisesta yöpymisestä potilashotellissa, potilaan lääkkeiden mukaan ottamisesta sairaalaan toimenpidepäivänä sekä, ohjausosaamista siihen, miten potilas liikkuu sairaalan laboratorioon ja röntgeniin sekä, miten potilas

selviytyy mahdollisesti vieraassa sairaalaympäristössä. Lisäksi sairaanhoitaja ohjasi potilasta ottamaan mukaansa tarvittavat apuvälineet lähimmästä terveyskeskuksesta.

”Sairaalahotelli, että voi tulla sinne edellisenä päivänä yöksi”.

”Kun tullaan ulko-ovesta, labra ja röntgen.”

Onnistunut vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa potilaan ja sairaanhoitajan välisen aktiivisen ja tavoitteellisen toiminnan (Kääriäinen 2007, 7).

#### *Potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen*

Sairanhoitaja ohjaa potilasta noudattamaan kutsukirjeessä saatuja ohjeita, miten valmistautua tulevaan toimenpiteeseen. Sairanhoitaja ohjaa potilasta olemaan ravinnotta, ja ohjaa potilasta lukemaan asian myös kutsukirjeestä, jonka hoidon suunnittelija on hänelle lähettänyt. Sairanhoitajan tulee tietää erilaisista kirurgisia toimenpiteistä, kuten ortopedisistä, plastiikka-, gastro- ja neurokirurgista, jotta hän osaa kuvata niitä potilaille. Lisäksi hän muistuttaa potilasta käymään laboratoriossa ja varaamaan sinne tarvittaessa ajan.

”Ne labrat on varattu ja röntgen”.

”Syömättä ja juomatta ohjeet varmaan olivat siellä”.

”Kysymykset voivat tulla potilaalta itseltään”.

Potilaan kliinisen tilan objektiivinen arviointi ei ole helppoa, se voi olla haastavaa esimerkiksi aloittelevalle terveydenhuollon ammattihenkilölle tai opiskelijalle (Helo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 214).

#### *Potilaan pitkäaikaissairauksien kartoittaminen*

Tuloksista nousi sairaanhoitajan osaaminen erilaisista sairauksista ja niihin liittyvistä oireista tällä hetkellä. Sairanhoitajan pitää osata tehdä tarvittavia lisäkysymyksiä sairauksista, jotta hän osaa ohjata potilasta niiden hoitoon liittyvissä asioissa ja jotta potilaan tuleva toimenpide ei esty sairauksien vuoksi. Sairanhoitajan tulee tunnistaa esimerkiksi erilaiset neurologiset-, sydän- ja verisuonisairaudet, maksa- ja munuaissairaudet. Sairanhoitajan tulee tunnistaa erilaisia verenvuotosairauksia ja niihin liittyviä mahdollisia toimenpidehaavojen vuoto-ongelmia.

”Ei ole mittään perussairauksia, että ois vain migreeni”.  
 ”Uniapneaa sulla ei oo eikä kuorsausta”.  
 ”Laitan tähän, että nokkosihottuma”.

Sydän- ja verisuonisairauksiin kuuluvat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt ja riskitekijänä näihin sairauksiin on korkea verenpaine. Sepelvaltimotaudin yleisin syy on ateroskleroosi eli valtimoseinämien kalkkeutuminen. Sydämen vajaatoiminnassa sydämen pumppaustoiminta on heikentynyt. Aivoverenkiertohäiriössä aivovaltimoverenkierto on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt. (Sydän- ja verisuonitaudit 2019, 1.) Erityisesti päivystyshoitotyössä korostuvat päätöksenteko-osaaminen ja kliininen osaaminen (Lankinen 2013, 1.) Eri-laiset tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille vaativat uutta osaamista, esimerkiksi asiantuntijatehtävässä terveyskeskuksen puhelinpalveluissa tai ohjaustehtävissä terveysriskien arvioinnissa ja terveyskäyttäytymisen neuvonnassa (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 16).

#### *Lääkehoito-osaaminen*

Lääkehoidon ohjauksessa korostui muun muassa seuraavat asiat. Sairaanhoitajan tulee osata erilaisia ja eri ryhmiin kuuluvia lääkkeitä, muun muassa verenpainelääkkeet, vertaohentavat lääkkeet ja kipulääkkeet. Lisäksi hänen tulee tietää erilaiset puuduteaineet ja anestesiassa käytettävät lääkeaineet. Lääkeaineista mahdollisesti tulevat erilaiset sivuvaikutukset tai allergiset reaktiot. Sairaanhoitaja ohjasi potilasta lääkehoidossa, mitä lääkkeitä hän ottaa toimenpidepäiväksi mukaan sairaalaan.

”Jonkin aikaa jotain verenhennuslääkettä”.  
 ”On näitä särkylääkkeitä”.  
 ”Kannattaa nämä nyt mukkaan ottaa”.

Potilaan esitiedoilla tarkoitetaan perussairauksia, lääkityksiä, aikaisempia toimenpiteitä sekä mahdollisia allergioita. Potilaan niin sanottu leikkauskelpoisuus sekä tarvittavat tutkimukset arvioidaan esitietojen avulla. Näiden esitietojen avulla mietitään toimenpidettä edeltävän lääkityksen tarve. (Tarkista esitietosi ja yhteystietosi ajan tasalle n.d., 1.)

### ***Tehokkaan ja empaattisen profiili erot***

Tulosten mukaan molemmissa profiileissa korostui erityisesti sairaanhoitajan osaaminen potilaan ohjauksessa, lääkehoidossa ja potilaan pitkäaikaissairauksien tuntemuksessa sekä potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen. Sisällöllisesti eroja oli ohjauksessa, jotka liittyivät potilaan tunnistamiseen ja elämäntapaan. Tehokkaassa profiilissa tuloksista nousivat potilaan tunnistamiseen liittyvät asiat, kuten potilaan tietojen päivittäminen hänen potilasasiakirjoihinsa, potilaan henkilötunnuksen kysyminen, potilasohjauksen toteutus aikaisemmin poliklinikalla sekä potilaan mahdollisuus tarkentaa asioita, jotka liittyivät hänen toimenpiteeseensä. Potilaan elämäntapaa koskevissa asioissa korostuivat potilaan savuttomuus ja tupakointi, huumaavien aineiden sekä alkoholin käyttö. Lisäksi sairaanhoitajan ohjausosaaminen tuli esille ohjattaessa potilasta ravinnotta oloon toimenpidepäivänä. Potilas ei ollut lukenut riittävän tarkasti kotiinsa saapunutta kirjettä, jossa oli maininta ravinnotta olosta.

Asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä asiakas, muu asiakastietojen käsittelyn osapuoli ja näiden edustajat sekä tietotekniset laitteet tulee tunnistaa luotettavasti. Potilastietoja käsittelevien henkilöiden tunnistaminen edellyttää lisäksi todentamista. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 1.)

Tehokkaan profiilin ohjauksessa sairaanhoitaja tarvitsee osaamista potilaan pitkäaikaissairauksista ja riskitietojen kartoittamisesta, ohjauksesta, potilaan tunnistamisesta, lääkehoidosta, potilaan elämäntavoista ja potilaan toimenpiteeseen valmistautumisesta. Empaattisen profiilin ohjauksessa sairaanhoitaja tarvitsee osaamista potilaan ohjauksessa, lääkehoidossa, potilaan toimenpiteeseen valmistautumisessa ja potilaan pitkäaikaissairauksien tuntemuksesta.

Tehokas ja empaattinen profiili yhdistetään Kuuntele potilasta -profiiliksi. Tämä nousee tuloksista, jossa korostuu potilaan ohjausosaaminen ja laadukkaassa ohjauksessa sairaanhoitaja kuuntelee potilasta. Tuloksista nousi neljä samaan asiakokonaisuuteen kuuluvaa alateemaa, eli potilaan ohjausosaaminen, lääkehoito-

osaaminen, potilaan pitkäaikaissairauksien kartoittaminen ja potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen ja lisäksi kaksi alateemaa potilaan elämäntapa ja potilaan tunnistaminen. Uuden profiilin kehittämisen kannalta on järkevää yhdistää nämä profiilit toisiinsa ja kehittää näistä vastauksista toimiva uusi profiili potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen. Kääriäinen (2007, 91, 99) toteaa, että potilasohjauksessa ei aina huomioitu potilaan kontekstia, elämäntilannetta, ongelmia, omaisia tai tarpeita. Lisäksi vuorovaikutus oli autoritaarista. Potilaalla ei ollut mahdollisuutta kysyä ja keskustella mieltä painavista asioista. Sairaanhoitajien asenteet potilaiden ohjaamiseen olivat myönteisiä, asennoituminen ilmeni motivaationa ohjata, sitoutumisena ohjaukseen sekä ohjauksen arvostamisena.

Puhelinohjausta toteuttavat sairaanhoitajat ehdottivat profiileiden yhdistämistä, koska harvoin potilasta voidaan ohjata joko tehokkaan tai empaattisen profiilin mukaisesti. Sairaanhoitajan toteuttamasta puhelinohjauksesta pitäisi muodostua potilaalle miellyttävä ohjaukokemus. Terveystenhoitohenkilöstön osaaminen on pääosin hyvää tasoa. Lipponen (2014, 7) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitaja toteutti ohjausta potilaslähtöisesti ja tunneulottuvuuden huomioiden, mutta ohjausmenetelmien monipuoliseen käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Kehittämistarpeina nousivat ohjaukseen käytettävä aika, välineistö ja ohjaustilat.

Ohjaustilanteessa kuunteleminen on erityisen tärkeää. Kuunteleminen on aktiivista ja vastavuoroista viestintää. Kuunteleminen vaatii keskittymistä sekä toisen ihmisen kokonaishuomiointia ja kunnioittamista. Kuuntelemisen tarkoituksena on päästä ymmärrykseen toisen ihmisen tilanteesta ja asettua hänen asemaansa, ja tällöin ohjattava voi kokea tullessa kuulluksi. Ohjaustilanteessa kuunteleminen edellyttää ulkoisten häiriötekijöiden, ennakoasenteiden sekä omien henkilökohtaisten asioiden unohtamista. Kuunteleminen on vastavuoroista viestintää, jota tarkentavat kysymykset rytmittävät. (Eloranta & Virkki 2011, 69.)

Miksi ohjaussuhde ei toimi? Syitä voi olla moniakkin. Joskus ohjaus ei etene potilaan ehdoilla, vaan sitä vievät eteenpäin laatukäsikirjat ja erilaiset neuvontapaketit sekä yleensä ohjeet toiminnan tasalaatuisuudesta. Tasalaatuisuus ei innosta potilasta aktiiviseen rooliin ohjaussuhteessa. Ulkonaisesti ohjaustilanne voi vaikuttaa sujuvalta, vaikka aito vastavuoroisuus puuttuu, koska potilas voi kohteliaana antaa

sairaanhoidajan toteuttaa roolinsa loppuun. Toinen syy ohjaussuhteen toimimattomuuteen voi olla potilaan tai sairaanhoidajan suojautuminen puolustusmekanismien avulla. Kieltäminen on yksinkertainen puolustusmenetelmä, jolla torjutaan ahdistava tai uhkaavaksi koettu asia pois tietoisuudesta. Tahaton unohtaminen tai sovitun tehtävän unohtaminen, voi olla merkki kieltämisestä. Yleensä vuorovaikutustilanteessa aktivoituvat aiemmat tunnekokemukset, jotka voivat joko vaikeuttaa tilannetta tai edistää sitä. (Eloranta & Virkki 2011, 55-57.)

Potilaiden ja sairaanhoidajien mielestä hoidon jatkuvuus toteutuu pääsääntöisesti hyvin. Potilaiden hoidon jatkuvuutta kohentaa se, jos he tietävät ja tapaavat heitä hoitavan henkilökunnan (sairaanhoidajan ja kirurgin) ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen. (Renholm 2015, 5.)

#### 5.4 Elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjauksen uusi profiili

##### **Kuuntele asiakasta -profiili**

##### **1. Ennen elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisen ohjauksen aloitusta**

Sairaanhoidaja

Varmista tulostetusta sekä oheisilla olevasta puhelinohjauslistasta, onko potilaalle varattu jo sovitulle ajalle kyseisenä päivänä puhelinohjausaika. Avaa ensimmäisen puhelinohjaukseen tulevan potilaan asiakirjat. Tarkista hoidonsuunnittelu-lehdeltä potilaan tulevat toimenpiteet, tutkimukset, konsultaatiot, lääkehoito merkinnät ja niin edelleen. Varaudu kirjaamaan potilaan kertomuksesta tiedot, hänen ilmoittamassaan ja kertomassaan asiajärjestyksessä. Varaa kynä ja paperi lähettyville.

##### **2. Puhelinohjauksen aloittaminen**

Sairaanhoidaja

Esittele itsesi ja organisaatiosi, jota edustat. Valmista potilas keskusteluun ja kerro hänelle keskustelun pääkohdat/-asiat. Kysy potilaalta kutsukirjeestä, saiko hän hoidonsuunnittelija sairaanhoidajan ennakolta lähetetyn kirjeen. Kysy/tarkista poti-

laan henkilötunnus, sukunimi ja etunimet. Kysy potilaan vointia ja hänen tuntemuksiaan tulevasta toimenpiteestä. Näin potilas saa mahdollisuuden aloittaa keskustelun haluamastaan, mahdollisesti hänen mieltään painavasta asiasta. Kuuntele potilaan kertomia ja ilmaisemia asioita sekä tunnelmia, ja kirjaa ne hänen potilasasiakirjoihinsa.

Oulun yliopistollisesta sairaalasta sairaanhoitaja x. Teille oli varattu puhelinohjausaika tänään. Oletteko saaneet kirjeen, jossa teille kerrottiin puhelinohjausajastanne? Onko teillä nyt aikaa keskustelulle, jossa keskustellaan teidän kanssanne asiat, jotka liittyvät toimenpiteeseen?

Keskusteluun on varattu aikaa noin puoli tuntia.  
Mikä on henkilötunnuksenne ja nimenne kokonaisuudessaan?  
Mihin toimenpiteeseen te olette tulossa?  
Miltä teistä tuntuu saapua sairaalaan kyseiseen toimenpiteeseen?  
Kuvaile teidän vointianne tällä hetkellä?  
Millä kulkuneuvolla te olette tulossa sairaalaan?

### 3. Potilaan lääkehoito

Sairaanhoitaja

Potilaan lääkehoito keskustellaan huolellisesti ja tarkistetaan, mitkä lääkkeet potilas voi ottaa p.o. kotona toimenpidepäivän aamuna, ja mitkä hän jättää ottamatta sekä, mitä lääkkeitä hän ottaa varalta mukaansa sairaalaan sekä, mitkä ovat mahdollisesti hänen tauotettavia lääkkeitään.

Kertokaa, mitä lääkkeitä käytätte tällä hetkellä?  
Minkä vahvuisia käyttämänne tabletit ovat?  
Kuinka monta kertaa päivässä otatte kyseisen lääkkeen?  
Mihin kellon aikaan otatte lääkkeenne?  
Sisältävätkö käyttämänne lääkkeet kortisonia?  
Mitä sovitte keskusteluissa hoidonsuunnittelijan kanssa aamulääkkeiden tauotuksista toimenpidepäivänä?

### 4. Potilaan anestesiaan liittyvät asiat

Sairaanhoitaja

Tarkista potilaan paino ja pituus sekä aikaisemmat anestesia- ja mahdolliset anestesiaan liittyvät komplikaatiot. Merkitse tiedot potilaan asiakirjoihin kohtaan fysiologiset mittaukset.

Mikä on painonne?  
Mikä on teidän pituutenne?  
Mitä leikkauksia ja anestesia- tai nukutuksia teille on aikaisemmin tehty?  
Tuleeko teille herkästi matkapahoinvointia?

Kun olette käyneet hammaslääkärissä, oletteko hampaitanne hoidettaessa tarvinneet hammaspuudutusta?  
Mitä oireita hammaspuuduteaineista on teille mahdollisesti tullut?

## 5. Selvitä potilaan sairaudet ja oireet

Sairaanhoitaja

Kysy potilaalta hänen mahdollisesti aikaisemmat ja nykyiset sairaudet ja niihin liittyvä lääkitys. Kirjaa asiat potilastietoihin samanaikaisesti, kun potilas kertoo sairauksistaan ja niihin liittyvistä lääkkeistään. Tee tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä. Kirjaa myös potilaan sairauksiin liittyvät oireet ja liikerajoitukset potilasasiakirjoihin.

Millaiseksi koette oman terveytenne?

Mitä oireita ilmaantuu, jos kävelette pidemmän matkan kuin puoli kilometriä?

Liittykö sydänoireisiin rintakipua tai hengenahdistusta?

Onko teillä todettua maksa- tai munuaissairautta?

Esiintyykö teillä päänsärkyä?

Onko teillä veriteitse tarttuvia tauteja?

Mitä ovat teiltä mitatut verensokeriarvot?

Liikkuvatko nivelenne rajoituksitta??

Oletteko ollut ulkomailla sairaalahoidossa viimeisen vuoden aikana?

Tuleeko teidän mieleen jokin sairaus, jota tässä keskustelussa ei ole vielä tullut esille?

## 6. Potilaan kotiutukseen liittyvät asiat

Sairaanhoitaja

Tarkista potilaan kotiin pääsyvaatimukset. Anestesiaalääkärin luvalla potilas voi kotiutua myös taksikuljettajan saattamana, mutta kotona on oltava aikuinen, vastuullinen henkilö toimenpidepäivän illan ja yön yli seuraavaan aamuun.

Mikä on asumismuotonne?

Kenen kanssa asutte?

Mitä terveyspalveluja teillä on mahdollista saada tarvittaessa kotiinne?

## 7. Potilaan riskitietojen päivitys

Sairaanhoitaja

Tarkista potilaalta hänen mahdolliset lääke- ja ruoka-aine-aineallergiansa sekä mahdolliset metallilevyt tai ruuvit hänen kehossaan. Kysy mahdolliset allergiaoireista tai haittavaikutukset.

Mitä lääkeaineallergioita teillä on tai on ollut?



Mitä oireita allergioista on ilmennyt?  
Mitä ruoka-aineita vältätte allergioiden vuoksi ai ette voi käyttää?

### **8. Potilaan tarkentamia asioita, joista hän haluaa vielä keskustella.**

Sairaanhoitaja

Kysy potilaalta, tuleeeko hänellä mieleen asioita, joista hän haluaisi vielä keskustella. Mahdollisesti tulevaan toimenpiteeseen liittyviä kysymyksiä tai hänen mieli-alaansa liittyviä asioita.

Haluatteko tarkentaa vielä joitakin asioita, joista olemme jo keskustelleet?  
Tuleeko teillä mieleen asioita, joista emme ole lainkaan keskustelleet, mutta ovat teille tärkeitä tulevan toimenpiteen kannalta?

### **9. Puhelinohjauksen päättäminen**

Sairaanhoitaja

Kertaa potilaalle hänen toimenpideaika ja päivämäärä ja toivota potilas lämpimästi tervetulleeksi.

Sairastumistapauksessa, olkaa yhteydessä osastonsihteerin, hänen puhelinnumeronsa löydätte kutsukirjeen ensimmäiseltä sivulta.

Kiitän tästä keskusteluajastanne ja toivotan teidät lämpimästi tervetulleeksi X päivänä toimenpiteeseen.  
Mukavaa päivänjatkoa teille.

Kirjaa potilaan hoidonsuunnittelulehdelle puhelinohjaus toteutuneeksi. Lisäksi kirjaa potilaan kanssa käytyä keskustelua hänen lääkehoidostaan ja mahdolliset puutteet siinä. Kirjaa esimerkiksi, jos potilas ei muista käyttämänsä lääkkeen nimeä. Kirjaa hoidonsuunnittelulehdelle, jos potilas jostain syystä haluaa perua tulo-nsa toimenpiteeseen.

### **10. Muuta huomioitavaa**

Puhelinohjauskeskustelussa voi tulla esille asioita, kuten sairaalalaskun maksaminen erissä tai yöpyminen potilashotellissa, joiden selvittämiseen potilas tarvitsee seuraavien henkilöiden yhteystietoja.

Avohoitotalon leikkausosaston osastonsihteerin puhelinnumero 08 3152354 sisäinen numero 52354

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijän puhelinnumero 040 5539191

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin potilashotellin numero 08-3153220

copyright©-jaana nissi-lämsä, versio 2 (5/2019)

## 5.5 Profiilien arviointi

Sairaanhoitajan toteuttaessa elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjausta, sairaanhoitajan on kyettävä lyhyessä ajassa analysoimaan, millaisen puhelinohjauksen potilas mahdollisesti toivoo, tehokkaan vai empaattisen. Kokenut sairaanhoitaja kykenee päättämään potilaan alkukeskustelusta, millä tavalla potilas aloittaa ohjauskeskustelun. Esimerkiksi, aloittaako potilas ohjauskeskustelun kertomalla, että häntä jännittää ja pelottaa tuleva toimenpide vai, aloittaako hän kertomalla, että hänellä on 20 minuuttia aikaa käytettävissä keskusteluun. Ajankäytön suhteen ei ollut isoa eroa videoiduissa ohjauksissa, molemmissa ajankäyttö alittui varatun 30 minuuttia. Näissä kahdessa toteutetussa ohjauksessa potilaana ei ollut iäkstä, monisairasta tai potilasta, jolla on yleensä runsaasti erilaisia lääkkeitä käytössään. Tällöin puhelinohjauksen ajankäyttö on luonteeltaan pidempi verrattuna perusterveeseen elektiiviseen leikkauspotilaaseen.

Muutoksina palvelutuokioon tehdään lista puhelinnumeroista ja ohjauksen aloituksessa tarkennetaan kysymysten asettelua potilaan puhelinohjauksessa. Kysymysten asettelu pitää olla aina potilaslähtöisesti, ei protokollan mukaisesti, kunhan kaikki tarvittava elektiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisen ohjauksen tarvittavista tiedoista on kirjoitettu potilaan asiakirjoihin.

Analyysin tuloksena saatiin tehokkaan profiilin ohjauksessa; sairaanhoitaja tarvitsee osaamista potilaan pitkäaikaissairauksista ja riskitietojen kartoittamisesta, ohjauksesta, potilaan tunnistamisesta, lääkehoidosta, potilaan elämäntavoista ja potilaan toimenpiteeseen valmistautumisesta. Sairaanhoitaja ohjaa preoperatiivisen keskustelun potilaan kanssa aistihavaintokeskeisesti, tunnepainotteisesti ja pyrkii

toteuttamaan ohjauksen tarkkojen, yksityiskohtaisten kysymysten avulla. Empaattisen profiilin analyysin tuloksena saatiin potilaan ohjausosaaminen, lääkehoitoosaaminen, potilaan pitkäaikaissairauksien kartoittaminen ja potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen. Sairaanhoidaja ohjaa preoperatiivisen keskustelun potilaan kanssa intuitiokeskeisesti ja tunnepainotteisesti ja pyrkii ymmärtämään potilaan näkökulmat ja on aidosti kiinnostunut hänen mielipiteistään ja tuntemuksistaan, jotka liittyvät toimenpiteeseen. Molemmissa profiileissa sairaanhoidajalta vaaditaan osaamista kuunnella potilasta, ja siksi muodostui Kuuntele potilasta -profiili. Keskeistä ohjauksessa ovat sen sisältö, ajoitus, ilmapiiri ja ohjausmenetelmät. Potilaan sosiaalinen tuki ilmenee emotionaalisenä, tiedollisena ja konkreettisenä tukena tai sen puuttumisena (Lunnela 2015, 7).

## 6 PREPUHELINOHJAUSPROFIILIN LANSEERAAMINEN

Suomisanakirja (2019, 1) määrittelee lanseeraamisen julkistamiseksi, julkaisuksi ja tuotejulkaisuksi. Olennaista palvelun lanseeraamisessa on, että palvelu tehdään tiedettäväksi suunnitellulle kohderyhmälle sopivissa ympäristöissä ja heille ominaisella tavalla. (Tuulaniemi 2016, 239-240.) Sairaanhoidajien haastattelujen perusteella suunniteltuun puhelinohjaus Kuuntele potilasta -profiiliin sisältyy lääkehoito-osaaminen, potilaan pitkäaikaissairauksien kartoittaminen, potilaan ohjausosaaminen ja potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen. Näiden lisäksi huomioidaan potilaan toimenpiteeseen valmistautuminen ja potilaan tunnistaminen.

Asiakaslähtöisyys tässä profiilissa on sitä, että potilas tai asiakas itse kertoo haluamassaan järjestyksessä häntä koskevat asiat. Eli puhelinohjausta ei toteuteta sairaanhoidajan tai protokollan mukaisesti vaan asiakaslähtöisesti. Sairaanhoitaja voi tarvittaessa johdatella potilasta asiakirjoissa mainittuihin aiheisiin. Potilas on kutsukirjeessään saanut lomakkeita, joissa häneltä kysytään puhelinohjauksessa keskusteltavista asioista, joten potilas on varautunut jo ennakolta vastaamaan kysymyksiin ja kykenee keskustelemaan toimenpiteeseen liittyvistä asioista.

Kuuntele potilasta -profiilin vakiinnuttaminen käytäntöön toteutetaan mentori-aktori interventiota käyttäen. Tämä oli myös projektiryhmään osallistuvien sairaanhoidajien esitys profiilin vakiinnuttamisesta. Prosessi käynnistyy uuden profiilin vakiinnuttamisella. Puhelinohjauksen sairaanhoidajien kanssa uusi profiili on keskusteltu, ja siihen on tehty tarvittavat muutokset. Profiiliin on lisätty muuta asiakohda, jossa on potilaan mahdollisesti tarvitsemien henkilöiden yhteystietoja.

Mentorointi tarkoittaa sellaista ohjausta ja tukea, jota osaava, kokenut ja arvostettu senioriasemassa toimiva sairaanhoitaja toteuttaa kehityshaluiselle ja -kykyiselle nuoremmalle sairaanhoitajalle. Mentor on neuvonantaja, joka tukee, rohkaisee, seuraa ja opastaa uutta työyhteisöön tullutta kollegaansa. (Isotalo 2010, 10.) Sairaanhoitajien työvuoroihin suunnitellaan mentori-aktori työvuorot, jotta vakiinnut-

taminen käynnistyy suunnitelman mukaisesti. Näin sairaanhoitajat voivat työvuo-  
rojensa aikana yhdessä mentori-aktori interventiota hyödyntäen elektiivisen leik-  
kauspotilaan preoperatiivista ohjausta.

Mentorointi on tavoitteellista vuorovaikutussuhdetta, jonka tavoitteena on tukea  
mentoroitavan osaamista. Oppimisessa tavoitellaan autenttista oppimista, jossa  
keskeisessä roolissa ovat yhteisölliset oppimistilat, joissa jaetaan asiantuntijuutta  
ja ratkotaan ongelmia yhdessä osallistujien kesken. Työelämän muutokset vaati-  
vat entistä joustavampia työntekijöitä ja toimijoita, mutta joustoille tulee antaa vas-  
taavasti mahdollisuuksia. Tavoitteena on yksinkertaisesti kokemuksen siirtäminen  
ja välittäminen henkilöltä toiselle, eli mentorilta kisällille. Mentoroinnin tavoitteena  
ei ole perehtyminen tiettyyn alaan tai työpaikkaan, koska perehtymistä varten ovat  
harjoittelujaksot. (Isotalo 2010, 3, 8, 10.)

Mentoroinnin tarkoitus ei ole olla ystävyysuhde, se on "ohjenuora", joka auttaa  
mentoroitavaa ottamaan itse vastuuta omista tavoitteistaan, kun mentorointi päät-  
tyy. (Mentorointiohjelman kulku n.d., 1.) Avohoitotalon leikkausosastolla tämä olisi  
vanhemman leikkaussairaanhoitajan toteuttamaa mentori-aktori-ohjausta nuorelle  
leikkaussairaanhoitajalle, joka on tehnyt vähän elektiivisen leikkauspotilaan  
preoperatiivista ohjausta. Vanhempi sairaanhoitaja olisi mentori ja ohjaisi nuorem-  
paa aktoria potilaan puhelinohjauksessa. Vanhempi sairaanhoitaja, mentori, ker-  
toisi perusteellisesti potilaan puhelinohjauksen menetelmät ja toimintatavat nuo-  
remmalle sairaanhoitajalle, aktorille.

Mentorointi on jaettu kolmeen vaiheeseen:

1. Alkuvaiheessa mentori ja aktori tutustuvat toisiinsa (elleivät he tunne entuudes-  
taan toisiaan) He luovat perusedellytykset parityöskentelylle ja sopivat pelisään-  
nöistä ja käytännön toimintavoista kuten puhelinohjauksen toteuttamisesta.
2. Toimintavaiheessa mentori ja aktori keskusteleivat sopimistaan teemoista ja pyr-  
kivät luomaan ja ylläpitämään, vuorovaikutteista ja luottamuksellista keskustelua.
3. Päätösvaiheessa mentori ja aktori kokoavat yhteen mentoroinnin ja sopia men-  
toroinnin jatkumisesta. Kun mentorointiprosessi päättyy, mentori ja kisälli voivat

jatkaa keskinäisiä keskusteluja. Päätösvaiheessa tehdään arviointi yhteisistä tekemisistä ja pohditaan mentorointia ja merkitystä eri osapuolille. (Mentorointiohjelman kulku n.d., 1, 4.)

Mentorointi perustuu mentorin ja aktorin väliseen vuorovaikutukseen. Prosessille on keskeistä, että molemmat osapuolet kokevat mentoroinnin ilman paineita. Mahdollisten yhteisten haasteiden taustalla ovat usein työkiireet ja elämäntilanteiden muutokset. Itse mentorointisuhde perustuu vapaaehtoisuudelle. Mentoroinnin päättäminen on sopimuksenvaraista, ja on riippuvainen mentorista ja aktorista. Mentoroinnille kannattaa sopia alustava päättymispäivämäärä, se vapauttaa osapuolet sitoutumisesta mentori-kisälli suhteeseen. Mentorointia voidaan jatkaa määräajan jälkeenkin, jos se koetaan yhdessä tarpeelliseksi. (Mentorointiohjelman kulku n.d., 3.) Taulukossa 12. on kuvattu mentorointisuunnitelma.

Taulukko12. Mentorointisuunnitelma

Tavoite	Sisältö	Menetelmä	Aikataulu	Arviointi
Tutustuminen: Mentori-Aktori	Esittelyt Toimintatavat potilaan puhelin- ohjauksessa Pelisäännöt	Keskustelu, pelisääntöjen sopiminen, käytännön esimerkit	Työvuoron alussa käytetään tähän tunti (1-2h)	Keskustelu
Kuuntele asiakasta profiili  Potilaan henkilö- tunnus Riskitiedot Sairaudet Elämäntapa- tiedot Fysiologiset mittaukset  Anestesiatieto- jen täydentä- minen Kotiutuskelpoi- suus	Kommunikointi Kuuntele asia- kasta -profiili Ohjauksen sisäl- löt Ohjausmene- telmä Mallioppiminen	Kommunikointi, Mentori toteuttaa puhelinohjausta- Aktori seuraa  Aktori toteuttaa pu- helinohjauksen- Mentori ohjaa	Sovittu työvuoro (7:30-15:30)	Keskustelu ohjauksen si- sällöstä ja pro- fiilista
Päätös: Seuraava Mentori-Aktori tapaaminen Loppuyhteen- veto	Mentorointikes- kustelu	Keskustelu Yhteenveto	Keskustelu sovittu päätöskeskustelun mukaisesti. Mentori-Aktori sopivat yhdessä tarvitaanko uusi mentori-päivä	Keskustelu Jatkomento- roinnista sopi- minen Mentorointi- prosessin ja siitä oppimi- sen reflektio

Sairaanhoitajat ovat osallistuneet projektiryhmässä yhteiskehittämiseen, jossa heidän yhteiskehittämisosaamisensa on kohentunut. He ovat ehdottaneet puhelinohjaustilassa oleviin fläppitauluihin lääkehoidon ja puhelimesta tavoitettavien henkilöiden puhelinnumeroita. He ovat yhdessä pohtineet puhelinohjauksen tulevaisuutta sekä sitä, miten uusien puhelinohjausta toteuttavien sairaanhoitajien perehdytys tulee toteuttaa.

Sairaanhoitajan toteuttaessa elektiivisen leikkauspotilaan puhelinohjausta, sairaanhoitajan on kyettävä lyhyessä ajassa analysoimaan, millainen puhelinohjaus sopii potilaalle, tai minkälainen puhelinohjaus on potilaan leikkaukseen valmistautumisen kannalta tarpeen. Kokenut sairaanhoitaja kykenee päättämään jo puhelinohjauksen alkusanoista, minkälainen puhelinohjaus kannattaa potilaan kanssa toteuttaa. On tärkeää kuunnella ja aistia, miten potilas itse aloittaa ohjauskeskustelun.

## 7 DIALOGINEN JOHTAMINEN

Dialogia tarkoittaa vuoropuhelua, ja se on kahden tai useamman keskustelijan välistä kommunikaatiota, jossa eri osapuolet tulevat tietoisiksi omasta mutta myös toisen ajattelusta. Oppimisessa korostuu vastavuoroisuus, osallistuminen ja keskittyminen suhteessa toisen opiskelijan ja itsensä kesken. (Kuparinen & Leinonen 2017, 11.) Dialogissa ihmiset kohtaavat kasvokkain ja keskustelun edetessä heidän suhteensa keskittyy toisiin. Dialogia on keskustelua, jossa rakastetaan sanottuja sanoja ja niitä vastaan asettuvia sanoja, koska dialogi jäljittelee elämää, jossa ihmiset jatkuvasti kohtaavat toisia. Dialogissa ihmiset asettuvat minä-sinä-asetelmaan, jossa toisen ihmisen asema on korostettu. (Juuti & Rovio 2010, 35.)

Dialoginen johtaminen mahdollistaa organisaatioiden ja työntekijöiden tarpeiden yhteensovittamisen. Dialoginen johtaminen luo vahvan perustan organisaation uudistumiskyvylle, se rakentaa edellytyksiä työntekijöiden hyvinvoinnille, osaamisen uudistamiselle ja työkyvyn myönteiselle kehitykselle. Keskeisiä periaatteita dialogisessa johtamisessa ovat arvostava vuorovaikutus, kuuntelu ja sekä tasavertainen osallistuminen toiminnan kehittämiseen. Lisäksi pyritään hyödyntämään asiakkaisen ja muiden sidosryhmien näkemyksiä ja asiantuntemusta innovaatiotoiminnassa. (Syvänen ym. 2012, 3.)

Aidon dialogin avulla saadaan käyttöön henkilöstön osaaminen, motivaatio ja luovuus, sekä edistetään samanaikaisesti tuloksellisuutta, työelämän laatua ja innovatiivisuutta. Dialogi on enemmän kuin keskustelu tai väittely, se on parhaimmillaan syväkuuntelua, yhdessä oppimista ja ongelmanratkaisua. Lähtökohtana on osapuolten välinen kunnioitus ja tasa-arvo, ja se on oivallinen ja tehokas menetelmä organisaatioiden kehittämisessä, erityisesti kun tavoitellaan uusia tapoja toimia muuttuvassa ympäristössä. Dialogin tavoitteita ovat aito vuorovaikutus, osallistujien ja perusteltujen näkemysten tasaveroisuus ja kaikkien yhteisön sairaanhoitajien aktiivinen osallistuminen. Dialogissa pohditaan yhdessä kysymyksiä ja haasteita, joissa toisen ajatusten syvällinen kuuntelu ja omien näkemysten kyseenalaistaminen ovat tärkeitä. Yhdessä pyritään löytämään paras mahdollinen käsitys päätöksenteon perustaksi, koska dialogi tarjoaa mahdollisuuden löytää uusia ajatuksia, joita he eivät välttämättä oivalla yksin. (Syvänen ym. 2012, 25-26.)



Dialoginen johtaminen on oman johtamisen arviointia, tasavertaista vuorovaikutusta, toista kunnioittavaa johtamista, läpinäkyvyyttä päätöksenteossa, ja se on yhdessä keskustelua ennen päätöksentekoa. (Mitä on dialoginen johtaminen n.d., 1.) Dialoginen johtaminen edistää työhyvinvointia ja sen aikaansaama työhyvinvointi vaikuttaa myönteisesti työn laatuun ja tuloksellisuuteen. Työelämän organisaatiot toimivat nykyisin moninaisten ulkoisten paineiden ja jatkuvien muutosten alaisina verkottuneissa toimintaympäristöissä. Tehokas kommunikaatio ja eri toimijoiden keskeinen luottamus edesauttavat uusien ideoiden saamista käyttöön kilpailijoita nopeammin. Vuorovaikutukseen ja yhteistoimintaan perustuva kehittämisprosessi luo yhteistä arvopohjaa, jossa organisaation toiminta on suunnattu tukemaan työelämän laadun kehittämistä. (Syvänen ym. 2012, 25.)

Pelkistettynä dialoginen johtaminen tarkoittaa ihmisten mukaan ottamista ja arvostavalle vuorovaikutukselle perustuvaa keskustelua. Keskustelussa ei korosteta asemaa eikä arvovaltaa vaan tasa-arvoista kohtaamista ja toisen ymmärtämistä. Jotta lähijohtaja voi toimia menestyksekkäästi, on hänen kyettävä kehittymään niin ammatissa kuin ihmisenä. Ammatillinen osaaminen on perusta, jolle johtamista rakennetaan. Miten hyvin lähijohtajana toimiva henkilö onnistuu tehtävässään, on kiinni hänen kyvystään kehittyä ihmisenä? (Juuti & Rovio 2010, 9-10.)

Dialoginen johtaminen mahdollistaa organisaatioiden ja työntekijöiden tarpeiden yhteensovittamisen. Dialoginen johtaminen luo vahvan perustan organisaation uudistumiskyvylle, se rakentaa edellytyksiä työntekijöiden hyvinvoinnille, osaamisen uudistamiselle ja työkyvyn kehitykselle. Erilaisuutta ja yksilöllisyyttä pitää kunnioittaa ja työssä pitäisi osata ottaa huomioon yrityksen perustehtävä ja organisaation yksilöllisyydelle asettamat rajat eli yhteiset toiminnalliset, eettiset ja moraaliset pelisäännöt. (Syvänen 2014, 2, 3.)

Johtaminen on opittu taito ja sitä voidaan kehittää, tällöin johtaminen ei riipu siitä, millainen tausta hänellä on. Johtaminen riippuu siitä, miten lähijohtaja on kehittynyt johtamisosaamistaan. (Juuti 2016, 7.) Keskeistä on osata erilaiset johtamistyyliä ja tietää, millainen johtaminen sopii eri tilanteisiin (Jungner 2012, 227). Dialogisen johtajan tulee olla läsnä ja antaa tilaa keskustelulle ja pyrkiä saamaan ihmiset sitoutumaan ja tekemään työtä yhteisen päämäärän eteen. (Syvänen 2014, 2.)

Johtaminen on vuorovaikutuksellista toimintaa, joka kehkeytyy vähitellen, koska johtamista ei ole olemassa johtajan ominaisuuksissa tai mielessä, vaan johtaminen syntyy vuorovaikutuksessa. Johtaminen on sidoksissa ihmisyhteisöön ja tiettyjen ihmisten välisiin vuorovaikutusprosesseihin. Kun ihminen on aidosti läsnä itselleen, hän kykenee olemaan läsnä myös toisille. Tietoinen läsnäolo on kykyä olla tietoinen siitä, mitä omassa mielessä liikkuu ajattelun, tunteiden ja kehollisuuden tasolla, ja lisäksi se on täydellistä tietoisuutta siitä, mitä itsen ulkopuolelle on tapahtumassa. Täten tietoisesti läsnä olevat ihmiset saavat kiinni haasteista ennen kuin ne muuttuvat ongelmiksi. (Juuti & Rovio 2010, 23, 29, 33.)

Dialoginen johtaminen tukee työmotivaatiota ja sen edistäminen tarkoittaa kontrollin ja valvonnan vähentämistä ja itsenäisyyden lisäämistä. Lisäksi avoin vuorovaikutus sekä oikeudenmukaisuuden kokemus edistävät työmotivaatiota. Ehkä yksi tärkeimmistä palkitsemisen tavoista nykyajan työelämässä olisi se, että lähijohtajat perehtyisivät työntekijöidensä esittämiin ideoihin, tekisivät aktiivisesti työtä niiden eteenpäinviemiseksi ja antaisivat kunnian uusien ideoiden esittämisestä alkuperäisille esittäjille. Tämä turvaisi organisaation jatkuvan uudistumisen, josta on tullut nopeiden ja jatkuvien muutosten aikakaudella organisaatioiden tärkeä osaamisen alue. (Syvänen ym. 2015, 14, 256.)

Lähijohtajan roolissa painottuvat tulevaisuudessa valmentajana toimiminen sekä dialogiprosessien luominen ja ylläpitäminen. Taito ja halu kuunnella muita ovat entistä tärkeämpiä lähijohtajatyön piirteitä työorganisaatioissa. Yhteistoiminta vaikuttaa, avoimuuden, luottamuksen ja turvallisuuden sekä sitoutumisen ja motivaation välityksellä luovuuteen, oppimiseen ja innovaatioiden syntymiseen. (Syvänen 2012, 26.) Maailma on monimutkainen ja muuttuu entistäkin monimutkaisemmaksi. Suoraviivainen perinteinen johtamistyyli ei enää toimi. (Jungner 2012, 227.)

Keskustelijoiden erilaiset näkökulmat syntyvät heidän erilaisista kokemuksistaan ja keskustelu voi avata uusia näkökulmia. Moniäänisyys on keskustelun rikkaus ja mahdollisuus. Keskustelevan johtamisen ajatus voidaan kiteyttää ajatukseen pyrkimyksestä auttaa toista ihmistä saavuttamaan hyvää elämää ja tekemään siihen

liittyviä valintoja. Keskusteleva johtaminen on hyvyyden tavoittelua niiden toimenpiteiden avulla, joita toteutetaan toisille ihmisille. Tätä voidaan kuvata voimaannuttamisena. (Juuti & Rovio 2010, 34, 36.)

Kun mahdollisuuksia tarkastellaan henkilöstöjohtamisen näkökulmasta, organisaatiot saavat käyttöönsä koko henkilöstön voimavarat ja ideat (Juuti 2015, 9). Keskeisiksi johtajuuden kehittämisen haasteiksi nousevat toimijoiden työn vaihtelevuuden, autonomian, merkityksellisiksi ja mielekkäiksi koettujen työtehtävien sekä vastavuoroisen kunnioituksen ja tuen edistäminen. Kehittyminen ja yhdessä oppiminen edellyttävät dialogiin perustuvaa keskustelukulttuuria, organisaation perustehtävien tunnistamista ja jakamista, oppimistavoitteiden tiedostamista sekä vallitsevien toimintatapojen uudelleenarviointia. (Syvänen ym. 2012, 25.)

Kun johtaminen on jaettua, se on silloin parhaimmillaan. Johtaminen toimii hyvin, kun jokainen organisaatiossa oleva henkilö ymmärtää organisaation toiminnan. (Juuti & Rovio 2010, 24.) Kyse on työntekijöiden aidosta kuuntelemisesta ja merkityksellisestä osallistamisesta. Rakentavan palautteen antamisen ja vastaanottamisen kulttuurin kehittämisestä sekä ratkaisukeskeisestä konfliktitilanteiden hoitamisesta. Näiden päämäärien tavoittelussa korostuvat dialogisen johtamisen periaatteet kuten tasa-arvoinen keskustelukulttuuri, kollektiivista toimintaa ohjaavien tulevaisuudenkuvien/visioiden rakentaminen sekä merkityksistä neuvotteleminen. (Syvänen ym. 2012, 25.) Erilaisista kokemustaustoista tulevat ja eri lailla kognitiivisesti maailmaa jäsentävät työntekijät luovat työyhteisön (Jungner 2012, 233).

Johtaminen on toimintaa, jossa lähijohtaja pyrkii yhdessä omalla vastuualueellaan olevien ihmisten kanssa etsimään ratkaisuja niihin haasteisiin, joita ihmiset työssään kohtaavat (Juuti & Rovio 2010, 30). Työyhteisön kehittymisellä kohti oppivaa ja uudistuvaa yhteisöä pyritään siihen, että organisaatiossa kyetään ja halutaan käyttää yksilöiden ja ryhmien oppimispotentiaalia yhteisten päämäärien tavoittelussa. Johtajuus ja sellainen työyhteisön ilmapiiri, jossa sairaanhoitajia kannustetaan jatkuvaan uuden oppimiseen sekä aktiiviseen työprosessien ja organisaatorakenteiden kehittämiseen edistävät työyhteisön innovaatiotoimintaa. (Syvänen ym. 2012, 25.) Dialogisen johtamisen avulla on mahdollista motivoida koko henkilöstö käyttämään ja kehittämään osaamistaan ja luovuuttaan (Syvänen 2014, 2).

Asiakkaat saavat nykyisessä internetin ja sosiaalisen median kyllästävässä maailmassa nopeasti tietoonsa muiden asiakkaiden kokemuksia organisaatiosta ja sen palveluista. Asiakkaat reagoivat tunteillaan organisaatioihin ja niiden palveluihin. (Juuti 2015, 13.) Asiakkaiden osallistumisella on keskeinen asema palvelujen kehittämisessä ja siksi on tärkeää mahdollistaa asiakkaiden osallisuus. Kysymys ei ole asiakaslähtöisestä toimintatavasta, vaan asiakkaiden aktiivisesta osallistumisesta palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen, toteutukseen, ja arviointiin. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen vastaa myös sosiaali- ja terveyssektorin uudistumistarpeeseen, koska asiakaslähtöisillä toimintamalleilla voidaan lisätä muun muassa hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Oleellista merkitystä on sillä, miten asiakkaiden ja henkilöstön rooleista keskustellaan, ja miten heitä osallistetaan toiminnan kehittämiseen. Johtamisella voidaan vaikuttaa asiakaslähtöisyyden kehittymiseen sitä tukevien arvojen avulla. (Syvänen ym. 2012, 27.)

Ammatillinen kehittyminen on haaste aikana, jolloin tiedot vanhenevat nopeasti (Juuti & Rovio 2010, 9). Liian usein työntekijät pelkäävät kysymistä ja kyseenalaistamista, koska he eivät ole varmoja, että heidät ymmärretään oikein. Työpaikan puolesta pelkääminen tekee heistä myönteleviä alistujia kuin kyseenalaistavia innovoijia. (Juuti & Rovio 2010, 58.) Työntekijöiden hyvinvoinnilla ja innostuneisuudella on merkittävä taloudellinen vaikutus, koska työntekijä on tuotannon tekijän tärkein vaalimisen kohde, ei standardoitu mutteri. (Jungner 2012, 228.)

## 8 POHDINTA

### 8.1 Eettisyys

Hoitotyön tehtävänä yhteiskunnassa on tukea terveyspalvelujen käyttäjiä eri elämänkulun aikana. Kaikki hoitotyön toiminnot ovat terveys- ja ihmislähtöisiä, ja ne yhdistävät sekä toiminnan tavoitteen, että toimijan. Etiikan ja eettisen pohdinnan avulla sairaanhoitajien on mahdollista selkiyttää itselleen, kollegoilleen ja yleensä yhteiskunnalle inhimillisuuden perusolemusta ja inhimillisesti sivistynyttä toimintaa. Sivistyneelle toiminnalle ominaista on eettinen herkkyyys toisia ihmisiä kohtaan, mutta siihen kuuluvat myös toisia ihmisiä huomioiva toiminta ja käyttäytymistavat. Hoitotyössä korostetaan näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ja sen käyttämistä päätöksenteossa ja toiminnoissa. (Leino-Kilpi 2010, 392, 395.)

Eettisesti hyvää tutkimusta toteuttaessa on hyvä muistaa, että tutkimusta tehdessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Vastuu tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä ovat tutkimuksen tekijällä itsellään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 151.) Jo tutkimuskohteen valintaan liittyy eritasoisia eettisiä kysymyksiä. Kohteen valinta ilmenee tutkimustehtävän ja tutkimusongelman määrittelyssä ja rajaamisessa. Lähtökohtana voidaan pitää, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366.)

Sähköisille terveyspalveluille (eHealth) on asetettu erilaisia laatuksiteerejä ja palvelun on oltava luotettavaa ja turvallista. Käyttäjän on oltava varma, että palvelun tarjoaja on todella se, kuka hän sanoo olevansa. Tarjoajan tulee myös olla auktorisoitu toteuttamaan kyseistä palvelua ja kyettävä tarjoamaan asiakkaan laatuodotuksia vastaava palvelu. Palvelun tulee olla räätälöitävissä tiettyihin tarpeisiin. Informaatio- ja kommunikaatioteknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia ja tulevaisuuden haasteita terveydenhuoltoon ja uusia käytäntöjä ei voida tuoda terveydenhuoltoon muodin tai mieltymysten mukaan. Tarvitaan kriittistä suhtautumista uusiin tarjolla oleviin mahdollisuuksiin. Informaatio- ja kommunikaatioteknologiaa ja sen soveltamista tulisi kehittää terveydenhuollossa kriittisen arvioinnin ja näyttöön perustuvan hoitotyön avulla. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 387-388.)

Eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta ja tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus on merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri. Tutkimusraportissa sisäinen johdonmukaisuus konkretisoituu siinä, miten ja millaisia lähteitä kirjoittaja käyttää. Eettinen kestävyys on tutkimuksen laatua, siinä tutkimussuunnitelma on laadukas ja valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149-150.)

Hoitotyöntekijän itsensä tehdessä tutkimusta, hän itse vastaa kohteen eettisestä hyväksyttävyydestä (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367). Opinnäytetyön toteuttamista on pyritty toteuttamaan tieteellisten sääntöjen mukaisesti. Eettisestä näkökulmasta keskeistä on, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödynämällä koko kerätty aineisto (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 370).

Tutkimuksen kuluttajana hoitotyöntekijä arvioi tutkimuksen tietolähteiden valinnan eettisyyttä ja sitä, ovatko tietolähteiden määrä ja laatu riittäviä hänen oman hoitotyön kysymyksensä näkökulmasta. Opinnäytetyön tietolähteet on valittu sen perusteella, mihin ongelmaan on haluttu vastaus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367, 371.) Opinnäytetyöhön otettujen tutkijoiden tekstejä ei ole plagioitu, lähdemerkinnät on tehty asianmukaisin lähdemerkinnöin. Lainattaessa toisen tekstiä se on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Julkaisuissa on mainittava tutkimusryhmä, ja yhteistyön tuloksena syntyneet julkaisut pitää julkaista kaikkien nimillä, ei pelkästään omalla nimellä.

Aiheen valinta on opinnäytetyön ensimmäinen eettinen ratkaisu. Tärkeänä valintakriteerinä pidettiin aiheen hyödyllisyyttä sairaanhoitajan työssä, erityisesti elekttiivisen leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa. Hoitotyöntekijällä on opinnäytetyön kohteena ollessaan samat tutkittavien oikeudet kuin potilaillakin. Katso luku 2.5. Hoitajan moraalinen vastuu ja hoitamisen hyvän tekemiseen liittyy eettinen ulottuvuus. Hoidon tulee olla laadukasta ja luotettavaa, ja hoitotyöhön tarvitaan koulutettuja, päteviä ja kokeneita sairaanhoitajia. Hoitotapahtuman ydin on toiminnan eettisyys, koska tarkoituksena on tehdä hyvää toiselle ihmiselle. Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää sairaanhoitajalta eettistä ja tiedostavaa suhtautumista. Potilaan kannalta olennaista hoitotapahtumassa ovat hoitajan toteuttamat hoitamisen teot ja hyvät käytännöt. (Ljungquist 2018, 7.)

## 8.2 Luotettavuus

Tutkimuksen uskottavuuden perusta on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, hyvien tieteellisten toimintatapojen mukaisesti (rehellisyys, tarkkuus, huolellisuus), käytetään eettisiä menetelmiä tiedonhankinnassa ja arvioinnissa sekä huomioidaan asianmukaisesti toisten tutkijoiden tekemä työ. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1.) Tutkimus noudattaa rehellisyyttä tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa sekä niiden esittämisessä ja se vaatii huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa n.d.). Tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä ja yksittäisessä tutkimuksessa on arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158). Tieteellisen käytännön noudattaminen on tutkimuksen uskottavuuden perusta.

Luotettavuuden arvioinnissa on keskeistä kuvata asiat avoimesti. Luotettavuuden pohdinnalla pyritään arvioimaan luotettavuutta suhteessa tutkittavaan ilmiöön ja saamaan vahvistus sille, etteivät tutkimustulokset ole satunnaisten asioiden seurausta. Tuloksista voidaan tehdä ne tulkinnat, joihin niissä on päädytty. (Metsämuuronen 2006, 198-200.)

Tähän opinnäytetyöhön valittujen lähteiden tietoa ei ole vääristetty eikä plagioitu, eli toisen ihmisen työtä tai sen osan esittämistä omana on vältetty. Muiden tutkijoiden kirjoittamaa tekstiä kunnioitettiin. Valittuihin tutkimuslähteisiin on viitattu rehellisesti. Toisista raporteista jää päällimmäiseksi mieleen todellisuuden tuntu. Miksi jossakin tutkimuksessa raportoidut havainnot ovat todemman tuntuisia kuin toisissa? Tutkimuksessa kerrotut tapahtumat ovat jollain lailla omakohtaisesti tuttuja ja oma kokemus voi ne vahvistaa. Tutkijan tulee myöntää olevansa tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. (Eskola & Suoranta 2014, 211.)

Toistettavuus toimii luotettavuuden kriteerinä, ja opinnäytetyössä käytetyt menetelmät on selostettu huolellisesti. Tiedonhankintatapoihin kohdistetaan huomiota. Yksityiskohtainen ja havainnollistava aineiston kuvaus lisää toistettavuutta. Keskeistä on, että alkuperäisiin tutkimuksiin perustuvaa tulosta ja sen pääkohtia tarkastellaan vielä suhteessa aikaisempaan kirjallisuuteen. (Stolt, Axelin Suhonen 2016, 91.) Aineiston keruulla voidaan vaikuttaa luotettavuuteen. Luotettavuuden

arviointi suhteessa siihen, miten asetettuun tutkimuskysymykseen on voitu vastata, ja onko aineiston käsittely ja sen vaiheet kuvauksen perusteella niin läpinäkyviä, että se on toistettavissa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 91.) Haastattelijan ja haastateltavan henkilökemia voi aiheuttaa ”epäpätevyyttä” mittarin pätevydessä.

Opinnäytetyön tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja käytetyillä menetelmillä on voitava tutkia sitä, mitä opinnäytetyössä on tarkoitus tutkia. Käytetyt käsitteet on sovittava kehittämishaasteeseen. Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyvä näkökulma on siirrettävyys. Miten opinnäytetyön tulokset ovat siirrettävissä muihin kohteisiin tai tilanteisiin? (Paaso, Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Anttila & Saukkonen 2010, 1.) Kehitettyä Kuuntele potilasta -profiilia, ja sen edellyttämää sairaanhoitajan osaamista voidaan hyödyntää sairaalan eri osastoilla tai muissa sairaaloissa, kun suunnitellaan ja toteutetaan elektiivistä leikkauspotilaan preoperatiivista puhelinohjausta.

### 8.3 Jatkokehittämisaiheet

Jatkokehittämis ja -tutkimusaiheena aiheena nousi sairaanhoitajan eettinen osaaminen potilaan puhelinohjauksessa. Sairaanhoitajien eettinen osaaminen edellyttää ammattipätevyyttä, mikä on perusta hyvälle hoitotyön laadulle. Eettisellä osaamisella on myönteinen yhteys sairaanhoitajien eettiseen turvallisuuteen ja työtyytyväisyyteen, koska hoitotyön johtajien tuki kohentaa sairaanhoitajien eettistä osaamista (Poikkeus 2019, 5).

Sairaanhoitajan vuorovaikutusosaaminen iäkkään potilaan puhelinohjauksessa on jatkossa tutkimisen arvoinen aihe. Esimerkiksi muistisairaiden potilaiden kanssa kommunikointi on usein haastavaa ja haastava käytös voi olla tärkeä viesti turvattomuuden tunteesta tai fyysisestä kivusta (Vehmanen 2014, 1). Sairaanhoitajan ohjausosaaminen erilaisten digitaalisten välineiden avulla potilaan valmistautumisessa tulevaan toimenpiteeseen, olisi myös kiehtova aihe. Tiedollisesti voimavaraistava Internet-perustaista ohjausta voidaan suositella sairaanhoitajan ohjaukselle päiväkirurgiseen ortopediseen toimenpiteeseen tulevalle potilaalle (Heikkinen 2011, 1).



## LÄHTEET

- Ahonen, J. (2011). Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Väitöskirja No 66. Terveystieteiden tiedekunta. Publications of the University of Eastern Finland. Kopijyvä Oy. Kuopio.
- Ahonen, O., Kinnunen, U.M., Kouri, P., Liljamo, P. & Saranto, K. (2016). Sähköisten terveyspalvelujen strategia hoitotyöhön-nyt on sen implementoinnin aika. Fin-JeHeW. Finnish Journal of Health And eWelfare 8 (4), 231-233. Viitattu 17.2.2019 <file:///C:/Users/jaana/Downloads/60200-Article%20Text-64022-1-10-20161209.pdf>.
- Ahonen, T. (2017). Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiseen. Nummela. Painokiila Oy.
- Almgren, P. & Jokitalo, P. (2011). Kirjasto 2012. Asiakkaan asialla. Helsinki. BTJ Finland. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. (2006). Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto 2006. Helsinki.
- Anttila, E. (n.d.). Holistinen Ihmiskäsitys. Teatterikorkeakoulun julkaisusarja 58. Taideyliopiston teatterikorkeakoulu. Helsinki.
- Aranto, H. & Simonen, K. (2009). Palvelemisesta palveluliiketoimintaan-Asiakasyymmärrys palveluliiketoiminnan perustana, Tekes. Viitattu 5.5. 2018. [https://www.tekes.fi/globalassets/julakisut/palvelemisesta\\_palveluliiketoimintaan.pdf](https://www.tekes.fi/globalassets/julakisut/palvelemisesta_palveluliiketoimintaan.pdf).
- Asiakaspalvelu ja asiakkaan kohtaaminen. (2017). Viitattu 24. 11.2018. <https://app.skhole.fi/luennot/hoitoon-sitoutuminen/>.
- Bodine, K. (2012). Customer Understanding: Do You Really Know What Your Customers Want And Need? Viitattu 5.5.2018. <https://go.forrester.com/blogs/12-07-23-customer-understanding-do-you-really-know-what-your-customers-want-and-need/>.
- Dunderfelt, T. (2016). Läsnaoleva kohtaaminen. Bookwell Oy. Juva.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. (2010). Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustavassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun Oppimateriaaleja 12. Turku.
- Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). Ohjaus hoitotyössä. Tammi. Helsinki.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Bookwell Oy. Porvoo.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2014). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.
- Grönholm, A., Karhunen-Enckell, U. & Liira, H. (2017). Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. Suomen lääkärilehti 72 (5), 286-289.

- Harno, K. (2013). Potilastietojärjestelmien hyödyt esiin. Suomen lääkärilehti ()
- Heikkinen, K. (2011). Cognitively Empowering Internet-based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients. Väitöskirja. D973. Medica-Odontologica. Turun yliopisto. Turku.
- Helminen, J. (2017). Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edita. Helsinki.
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2011). Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännölläheisesti. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Henkilöstökertomus. (2016). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstökertomus 2016. Oulu.
- Hirvihuhta, H. & Litovaara, A. (2009). Ratkaisun taito. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.
- Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa. (2006). Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.11.2017. [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/bedomning-avvardbehov-vid-specialiserad-sjukvard](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/bedomning-avvardbehov-vid-specialiserad-sjukvard).
- Holmström, A-R. (2017). Learning from Medication Errors in Healthcare-How to Make Medication Error Reporting Systems Work? Väitöskirja. Pharmacy. Helsinki University. Helsinki University Printing House. Helsinki.
- Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Family Practise (29), 547-552. doi:10.1093/fampra/cms005.
- Huttunen, J. (2018). Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.1.2019. Terveyskirjasto-Duodecim.
- Häggman-Laitila, A. (2009). Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen-systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva Hoitotyö 7 (3), 20-26.
- Hänninen, K. (2007). Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20. Viitattu 21.1.2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (2016). Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Innovaatiot ja tutkimus. (2018). Elinkeinoelämän keskusliitto. (2018a). Viitattu 28.4.2018. <https://ek.fi/mita-tee/innovaatiot-ja-osaaminen/innovaatiot-ja-tutkimus/>.
- Isotalo, M. (2010). Mentorointiopas. Libris Oy. Helsinki. Viitattu 10.3.2019. <https://www.akavanerityisalat.fi/files/2618/Mentorointiopas.pdf>.
- Jokinen, T. & Virkkunen, H. (2018). Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. OSA1. Versio 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.
- Juuti, P. (2015). Johda henkilöstö asiakaskeskeisyyteen. Bookwell Oy. Juva.
- Juuti, P. (2016). Johtamisen kehittäminen. Bookwell Oy. Juva.

- Juuti, P. & Rovio, E. (2010). Keskusteleva johtaminen. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.
- Järvi, U. (2003). Puhelinneuvonta laajenee Suomalaisessa terveydenhuollossa. Suomen lääkirilehti 58 (41), 4787.
- Järvinen, M. (2014). Motivoiva haastattelu. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 14.1.2019. <http://www.kaypahoito.fi/KH2017-suositukset-portlet/Tu-losta?id=nix02109>
- Kamensky, E., Röing, M., Björkman, A., & Holmström, I. (2017). Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review.
- Kangasniemi, M. (2017). Asiakas- ja potilaslähtöisyys-tavoiteltu päämäärä. Tutkiva hoitotyö 15 (3), pääkirjoitus.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro Oy. Helsinki.
- Kerrison, S., Clarke, A., & Doehr, S. (2015). People and paper: information for evidence-based practice and the differing needs of doctors and nurses. Journal of Interprofessional Care (j interprof care).
- Kiviniemi, K. (2010). Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola, J. & R. Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell Oy. Juva. sivut?
- Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. (2015). Leikkaukseen valmistautuminen-lisätietoa potilaalle. Duodecim terveyskirjasto, Viitattu 3.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khp00089).
- Konseptointi. (n.d.). Määrittely-Smart Education. Suunnittelutarpeiden selvittäminen. University of Jyväskylä. Viitattu 17.2.2019. <http://smarteducation.jyu.fi/projektit/systech/Periaatteet/suunnittelun-periaatteet/konseptointi/maarittely>.
- Korhonen, V. & Puukari, S. (2013). Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Bookwell Oy. Juva.
- Kotila, H. & Mäki, K. (2012). Ammattikorkeakoulupedagogiikka 2. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle. (2019). Hotus. Viitattu 18.5.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>
- Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa kohorttitutkimukselle. (2019). Hotus. Viitattu 18.5.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-ja-selosteosa-kohorttitutkimus.pdf>
- Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle. (2011). Hotus. Viitattu 18.5.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>
- Kuparinen, A. & Leinonen, R. (2017). eMentorointimallien ja -menetelmien kehittäminen sosiaalista mediaa hyödyntäen-Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Ala-Tommola, S. (toim.) Jokainen opiskelija ansaitsee eMentorin! eMentoroinnin kehittäminen ammattikorkeakouluopintojen ja työelämän rajapinnassa. Kaajanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä B78. 9-28.

- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. Wsoy. Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, M. (2007). Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja D937. Oulun Yliopisto. Oulu University Press. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu.
- Laakkonen, M., Lamminpää, S. & Malaprade, J. (2011). Informaatioteknologian filosofia. Juvenes Print. Tampere.
- Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma. (2014). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Operatiivisen tulosalueen täytäntöönpano-osuus 2015-2016. Tampere. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5923-7>.
- Laine, P-M. & Vaara, E. (2011). Teoksessa, Mantere, S., Suominen, K. & Vaara, E. Toisinajattelua strategisesta johtamisesta. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Laine, T. (2010). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma Teoksessa J. Aaltola, J. & R. Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell Oy. Juva.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. (377/2011). Viitattu 1.11.2017.<http://www.finlex.fi/fi/laki>.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (785/1992). Viitattu 1.11.2017.<http://www.finlex.fi/fi/laki>.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisestä käsittelystä. (159/2007). Tunnistaminen. Viitattu 24.4.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.
- Lankinen, I. (2013). Monipuolinen osaaminen on valttia päivystyshoitotyössä. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Leikkausta edeltävä arviointi. (2014). Käypähoito. Viitattu 2.3.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50066>.
- Liljamo, P. (2018). Rakenteisesti kirjatun hoitotiedon runsas määrä kertoo potilaan hoidon vaatavuudesta. Väitöskirja No 182. Kliininen ja hallinnollinen hoitotiede. Itä-Suomen Yliopisto. University of Eastern Finland. Grano Oy. Joensuu, Kuopio. Viitattu 20.3.2019. <http://www.uef.fi/-/rakenteisesti-kirjatun-hoitotiedon-runsas-maara-kertoo-potilaan-hoidon-vaativuudesta>.
- Lipponen, K. (2014). Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja D937. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Juvenes Print. Tampere. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2010). Perioperatiivinen hoitotyö. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Lungquist, M. (2018). Vårdande gärningar och vanor för en caritativ hållning i den vårdande akten. Väitöskirja. Åbo Akademi. Universitas Press. Åbo [http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/155512/ljungquist\\_marie.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/155512/ljungquist_marie.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Lunnela, J. (2011). Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Väitöskirja D1096. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu. Oulun yliopisto. Juvenes Print Oy. Tampere. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294136.pdf>.
- Lämsä, R. (2013). Patient story: An ethnographic study of patienthood in the practices of a hospital ward. Potilaskertomus: Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Juvenes Print. Tampere. Viitattu 2.3.2019. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/38573>. URN: ISSN:1798-0062.
- Mattila, K. (2010). Päiväkirurgia Suomessa. Day Surgery in Finland: randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Lääketiede. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Mentorointiohjelman kulku. (n.d.). Mentorointisuhteen vaiheet. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.3.2019. <http://www.haaga-helia.fi/fi/palvelut/alumnit/puhujaksi-valmistujaisiin/mentorointiohjelman-kulku>.
- Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Miettinen, S. (2016). Palvelumuotoilu-uusia mentelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiainfo Teknova Oy. Helsinki.
- Mitä on dialoginen johtaminen? (n.d.) Viitattu 28.4.2019. <http://www.dinno.fi/aineistot/1604aloitus.pdf>.
- Moilanen, P. & Räihä, P. (2010). Merkitysrakenteiden tulkinta. Merkitykset tutkimuskohteena. Teoksessa J. Aaltola, J. & R. Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell Oy. Juva. sivut?
- Moisanen, K. (2018). Asiakslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Väitöskirja No 170. Social Sciences and Business Studies. University of Eastern Finland. Grano Oy. Kuopio.
- Myllyviita, K. (2016). Tunne tunteesi. Duodecim. Livonia Print. Riika.
- Mäki, K., Vanhanen-Nuutinen, L. & Kotila, H. (2017). AMK-maisteri-Työelämän moniosaaja. Next Print Oy. Helsinki.
- Määritelmä sanalle profiili. (n.d.). Mitä tarkoittaa.com. Viitattu 19.2.2019. (<http://www.mita-tarkoittaa.com/Profiili>).
- Mönkkönen, K. (2018). Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. Tallinna.
- Niemelä, H. (2017-2019). Dialoginen strategiatyö on fiksu valinta. Viitattu 4.5.2019. <https://www.fountainpark.fi/dialoginen-strategiatyo-fiksu-valinta/>.
- Näkki, P. & Sayed, T. (2015). Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Ohje terveyskeskuksille välittömästä yhteydensaannista. (2011). Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.5.2019. <https://stm.fi/documents/1271139/1367411/Ohje+terveyskeskuk->

[sille+v%C3%A4litt%C3%B6m%C3%A4st%C3%A4+yhteydensaannista.pdf/195161c0-3c95-4cba-89ea-4b2968e5f60c/Ohje+terveyskeskussille+v%C3%A4litt%C3%B6m%C3%A4st%C3%A4+yhteydensaannista.pdf.pdf](#)

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2015). Kehittämistyön menetelmät liiketoimintaan-uudenlaista osaamista. Pro Sanoma. Helsinki.

Onnismaa, J. (2011). Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Gaudeamus. Helsinki.

Opetussuunnitelma 2017-2019 (2017). Sosiaali- ja terveysala ylempi (AMK). Kajaanin ammattikorkeakoulu, ylempi (AMK). Kajaani

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2012). Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24(3) 216-231.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2012). Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24(3) 232-243.

Osaamisen tunnistaminen. (n.d.) Opintokeskus Sivis. Osaaminen käsitteenä. Viitattu 2.5.2019. <https://www.ok-sivis.fi/tunnista-ja-tunnusta-osaaminen/osaamisen-tunnistaminen.html>.

Paaso, E., Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A., Anttila, P. & Saukkonen, P. (2010). Tutkimuksen toteuttaminen. Jyväskylän Yliopisto. Koppa. Jyväskylä.

Pakarinen, T. & Mäki, T. (2014). Henkistöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin. Porvoo. Edita.

Paltta, H. (2005). Työelämän osaamisvaatimukset sairaanhoitajakoulutuksen lähtökohtana. Kehittämistehtävän raportti. Viitattu 21. 12018.<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9525596214.pdf>.

Palvelumuotoilun työkalupakki (2017). Viitattu 26.11.2017. <http://sdt.fi/palvelumuotoilu.html>.

Palvelupolku. (2019). Innokylä. Viitattu 4.5.2019. <https://www.innokyla.fi/web/malli111607>.

Pelin, R. (2011). Projekti-hallinnan käsikirja. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Peltokoski, J. (2016). The comprehensive hospital orientation process in specialized health care settings Views of newly hired nurses and physicians. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. University of Eastern Finland.

Pierides, G. (2015). Short-and Long-Term Results and Quality of Life in Open Inguinal Hernia Repair. Väitöskirja. Lääketiede. Unigrafia Oy. Helsinki. Helsingin yliopisto. [http://urn.fi/URN:ISBN 978-951-51-0839-5](http://urn.fi/URN:ISBN%20978-951-51-0839-5).

Pietilä, A-M. (2017). Dialogisuus tieteellisen oppimisen perustana. Tutkiva hoitotyö 15 (3) 41-42.

Poikkeus, T. (2019). Support for nurses' ethical competence-organizational and individual support by nurse leaders. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja D1408. University of Turku. Turku. Grano Oy. Jyväskylä.

- Potilaan oikeudet. (n.d.). Valvira.fi. Viitattu 3.3.2019. [https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Potilaan\\_oikeudet\\_2016\\_suomi.pdf/92a2b4b2-2d36-4f26-b939-e363a69f4913](https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Potilaan_oikeudet_2016_suomi.pdf/92a2b4b2-2d36-4f26-b939-e363a69f4913).
- Ppshp:n strategia. (2016.) Tavoitteena terveyttä. Viitattu 22.7.2018. <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Ptksenteko%20sisltyppi/PPSHPn%20strategia.pdf>.
- Prisma Flow diagram. (2009). Viitattu 18.5.2019. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>.
- Prisma Flow diagram. (2009). Viitattu 10.2.2018. <http://prisma-statement.org/prisma-statement/flowdiagram.aspx>.
- PPshp strategia. (2016). Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin strategia. Oulu. Viitattu 30.3.2018. <https://www.ppsHP.fi/Sairaanhoitopiiri/Hallinto-ja-paatoksen-tekko/Strategia/Pages/default.aspx>.
- Renholm, M. (2015). Continuity of Patient care in Day Surgery. University of Turku. Nursing Science. Painosalama Oy. Turku.
- Ruuska, K. (2012). Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovai-  
kus. Talentum Media Oy. Vantaa.
- Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. (2006). Viralliset ohjeet. Viitattu 4.5.2019. [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_1.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_1.html).
- Salmimies, R. & Ruutu, S. (2013). Ratkaisuja esimiestyön haasteisiin. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Stolt, M., Axelin, A., & Suhonen, R. (2016). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Ju-  
venes Print. Turku.
- Sulosaari, V. (2016). Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkehoidon osaamista ja ope-  
tusta kehitettävä. Väitöskirja D1232. Hoitotiede. Turun yliopisto. Painosalama Oy.  
Viitattu 3.3.2019. <https://doria.fi/handle/10024/124032>.
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T.  
(2015). Dialoginen Johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja in-  
novatiivisuuteen. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere. Risikko, P. (2008). Esi-  
puhe. Teoksessa Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen,  
M. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toi-  
mintaohjelman (2004-2007) arviointi. Stakes. Valopaino. Helsinki. S.3.
- Ruuska, K. (2012). Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovai-  
kus. Helsinki. Talentum.
- Saaranen-Kauppinen & Puusniekka (n.d.) Menetelmäopetuksen tietovaranto-Kva-  
liMOTV. Aineisto- ja teorialähtöisyys. Viitattu 24.3.2019. [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html).
- Saaranen-Kauppinen & Puusniekka (2006). Viralliset ohjeet. Viitattu 21.4.2019.  
[https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1\\_1.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_1.html).
- Salminen, J. (2017). Uuden esimiehen kirja. Tulevaisuuden johtajalle. Helsinki.  
Grano Oy.

- Salminen, M. (2013). Palveluohjauksen käsikirja. Artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä. Ikääntyneiden palveluohjaus kansallisilla ja paikallisilla kehittämissuunnitelmissa. Kanta-Hämeen Pitsi-Hanke. <http://www.socca.fi/files/4303/Palveluohjaus.pdf>.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R, & Rekola, L. (2011). Näyttöön perustuva Toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki. WSOY pro Oy.
- Seppänen, A. & Kuusela, S. (2017). Teoksessa Pessi, B., Martela, F. & Paakkonen, M. Myötätunnon mullistava voima. Myötätunto asiakaskohtauksissa. (225-244). Bookwell Digital. Juva.
- Sneck, S. (2016). Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitös. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun Yliopisto. Oulu.
- Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. (2011). STM. ETENE-julkaisuja A32. Viitattu 5.11.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>.
- Sulosaari, V. (2016). Sairaanhoidajaopiskelijoiden lääkehoidon osaamista ja opetusta kehitettävä. Väitös. Turun yliopisto. Hoitotiede. Viitattu 16.2.2019. <https://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/mediatiedotteet/vaitostiedotteet/Sivut/sairanhoidajaopiskelijoiden-laakehoidon-osaamista-ja-opetusta-kehittettava.aspx>.
- Suomisanakirja (2019). Lanseeraus. Viitattu 4.5.2019. <https://www.suomisanakirja.fi/lanseeraus>.
- Sydän- ja verisuonitaudit. (2019). Viitattu 7.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>.
- Syvänen, S. (2014). Dialoginen johtaminen-avain luovuuteen? Viitattu 28.4.2019. <https://www.leadershipfinland.fi/artikkelit/dialoginen+johtaminen-avain+luovuuteen/>.
- Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. (2012). Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä. Tutkimusohjelman teoreettiset lähtökohdat, tutkimuskysymykset ja toteutus. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. (2015). Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Juvenes Print. Tampere.
- Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. (2015). Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 48(4), 338-343.
- Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2012). Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyksyksikössä. Hoitotiede 24 (2), 98-113.
- Tarkista esitietosi ja yhteystietosi ajan tasalle. (n.d.) Terveyskylä. Viitattu 4.4.2019. <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/ennen-leikkausta/leikkaukseen-valmistautuminen-etuk%C3%A4teen>.
- Tenhunen, A., Keskinen, S. & Siltala, R. (2019). Opetuksen innovaatiot ja innovatiivisuus opetuksessa. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 4.
- Tilinpäätös. (2016). PPshp:n tilinpäätös. Oulu.



Toiminta- ja taloussuunnitelma 2017-2019. (2017). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia toiminta- ja taloussuunnittelun perustana. PPSHP INTRA. Oulu.

Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. (n.d.). Kirjapaino Koli Oy. Vantaa. Viitattu 18.5.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559094/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suomessa.pdf/40bb76da-873a-415f-b3d1-a69917eb6d34/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suomessa.pdf.pdf>.

Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkäkaluna. (2011). Terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 29.4.2018. <http://www.bmf.fi/file/view/PICO-asetelma+informaation+ty%C3%B6kaluna.pdf>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Turunen, E. (2018). Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektivisten leikkausten peruuntumisiin. Väitöskirja 473. Terveystieteiden tiedekunta. University of Eastern Finland. Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Työn vaativuuden arviointilomake. (n.d.). Ppshp:n työn vaativuuden arviointilomake, sairaanhoitaja. Oulu.

Törrönen, V. (2017). Mitä on palvelumuotoilu? Mitkä ovat sen keskeisimmät elementit? Viitattu 21.4.2019. <https://www.kreapal.fi/blogi/mita-on-palvelumuotoilu/>.

Uusia innovaatioita, osaavaa työvoimaa ja pidempiä työuria. (2018). Elinkeinoelämän keskusliitto. Viitattu. 28.4.2018. <https://ek.fi/mita-teenme/innovaatiot-ja-osaaminen/osaaminen-ja-koulutuspolitiikka/>.

Vaahojärvi, K. (2011). Palvelukonseptin arviointi. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu-uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen Tammerprint Oy. Kuopio. 131-136.

Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. (2018). Kokeilut kehittämisotteena-mitä uutta ja erilaista. Hallinnon tutkimus 37(4), 261-265. Kirjapaino Hermes Oy. Tampere.

Vehmanen, M. (2014). Arvostava vuorovaikutus hoitaa muistisairasta. Viitattu 18.5.2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/arvostava-vuorovaikutus-hoittaa-muistisairasta/>.

Videoiden käyttö tutkimuksen apuvälineenä. (n.d.) Vienola. Viitattu 10.5.2019. <http://sokl.uef.fi/verkkojulkaisut/tutkivaope/pdf/vienola.pdf>.

Vironen, J. & Kunnamo, I. (2014). Yhden pysähdyksen kirurgia nivustyräleikkauksissa. Suomen lääkirilehti, 36/2014, 2209-2213.

Vähälä, E., Kontio, M., Kouri, P. & Leinonen, R. (2012). Palmu. Palvelumuotoilua ikääntyville. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. (2009). Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Kirjapaja. Helsinki.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. (2010). Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Viitattu. 1.11.2017. <http://www.stm.fi>.

Ylitalo-Katajisto, K., Tiirinki, H., Turkki, L. & Suhonen, M. (2018). Asiakasprofiilien tunnistaminen hyvinvointikeskuksen suunnitteluvaiheessa. *Focus Localis*. 46.. Kunnallistieteen yhdistys. Helsinki.

Taulukko 5. Väitöskirjat ja artikkelit

Väitös/artikkeli	Tarkoitus/Tavoite	Keskeiset tulokset	Kohdejoukko ja sen koko
Grönholm, A., Karhunen-Enckell, U. & Liira, H. (2017). Tupakasta vieroitus ennen leikkausta	Tupakointi lisää potilaan leikkauskomplikaatioiden riskiä ja heikentää toipumista.	Tiedot tupakoinnista tulisi kirjata systemaattisesti osana leikkausta edeltävää potilaan terveyden arviointia.	Vertaisarvioitu Artikkelit n=5
Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions.	Tutkitaan puhelinohjauksen laadun vaikutuksia ja arvioidaan kiireellisyys asianmukaisuutta päätöksissä.	Puhelinohjauksen korkealla laadulla on myönteinen vaikutus päätöksissä. Dialogia on kohdennettava koulutukseen, erityisesti kun se koskee erittäin kiireellisiä yhteydenottoja.	Väitöskirja n= 6739
Häggman-Laitila, 2009. Näyttöön perustuvan hoitoyön edistäminen-systemoitu katsaus toimintamalleihin	Tarkoituksena oli kuvata toimintamalleja, jotka edistävät näyttöön perustuvaa hoitotyötä.	Hoitotyössä tunnistettujen ongelmien ratkaiseminen, henkilöstön ohjaaminen ja oppiminen sekä tutkitun tiedon hankinnan, tiedon arvioinnin ja käyttöönoton tukeminen.	Systemoitu katsaus 10 artikkelia
Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa.	Kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua sairaalassa.	Ohjauksen hyödyt ilmenivät pitkäaikaissairaiden asenteissa sairauteen, itsehoitossa, hoitoon sitoutumisessa, tunteiden hallinnassa ja elämänlaadussa.	Väitöskirja n=287
Kamisky, E., Röing, M., Björkman, A. & Holmström, I. 2017. Telephone nursing in Sweden: A Narrative literature review.	Hoitotyöhön liittyvät potilaan puhelinohjaukset yleistyvät.	Sairaanhoitajat arvostavat vakautta, tukea, kunnioitusta ja tyytyväisyyttä ja osallistumista päätöksentekoon.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Lännerström, L., Wallman, T. & Söderbäck, M. 2013. Nurses' experiences of managing sick-listing issues in telephone advisory services at primary health care centres.	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kiireellisen puhelinohjauksen toteuttamista terveydenhuollossa.	Riittävä dokumentointi, koulutus, tuki ja keskustelut muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa voi kehittää sairaanhoitajien osaamista.	Artikkeli n=14
Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa.	Selvittää terveydenhuoltohenkilöstön tarjoaman internet-perusteisen ohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutusta glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa.	Keskeistä ohjauksessa olivat oikea sisältö, ajoitus ja ohjausmenetelmät.	Väitöskirja n=249
Molokhia, M. 2017. Current and future perspectives on the management of polypharmacy.	Sähköisten potilastietojärjestelmien kehittäminen ja nopea käyttöönotto erityisesti perusterveydenhuollossa, jossa suurin osa lääkemääräyksistä tapahtuu.	Älypuhelinsovellusten kehittyminen kohentaa viestintää potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.	Artikkeli
Orava, M., Kyngäs & Kääriäinen (2012) a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus.	Kuvata sairaanhoitajan toteuttamaa puhelinohjausta, reaktiivinen puhelinohjaus.	Puhelinohjauksessa sairaanhoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen kehittämistä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 43 alkuperäistutkimusta.

Orava, M., Kyngäs & Kääriäinen (2012) b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus.	Kuvata sairaanhoitajan toteuttamaa puhelinohjausta, proaktiivinen puhelinohjaus.	Sairaanhoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja vastavuoroista ohjaussuhdetta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Raivio, R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa.	Lääkärin ja sairaanhoitajan työssä hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutustaitoja ja yhteistä kumppanuutta potilaan kanssa.	Hoidon jatkuvuuden on todettu kytkeytyvän perusterveydenhuollon laatuun, tehokkuuteen ja kustannuksiin.	Väitöskirja n=866
Renholm, M., Suominen, T., Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. (2013). Continuity of care in day surgical care-perspective of patients.	Hoidon jatkuvuus päiväkirurgiassa potilaan näkökulmasta.	Potilaille tiedonkulku on kriittinen, jotta he voivat ennakkoon valmistautua kotona leikkaukseen ja huolehtia itsestään leikkauksen jälkeen	Artikkeli n=350
Sulosaari, V. 2016. Medication competence of nursing students in Finland.	Arvioida lääkehoidon opetusta suomalaisessa sairaanhoitajakoulutuksessa, arvioida sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista sekä tunnistaa sairaanhoitajaopiskelijan lääkehoidon osaamiseen yhteydessä olevat tekijät.	Läkehoidon opetuksen ja osaamisen kehittäminen edellyttää kansallista ja kansainvälistä tutkimus- ja kehittämistyötä.	Väitöskirja n=338
Vironen, J. & Kunnamo, I. 2014. Yhden pysähdyksen kirurgia nivustyräleikkauksissa.	Potilasvirtojen tarkoituksenmukainen ohjaus ja resurssien oikea kohdentaminen ovat tärkeä osa erikoissairaanhoidon suunnittelua.	Potilaiden on tärkeää saada riittävästi tietoa toimenpiteestä ja prosessista.	Artikkeli
Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla.	Potilaat ja läheiset kaipasivat hoitoon liittyviä ohjeita ja ohjeiden läpikäymistä yhdessä.	Läheiset saivat huonosti tietoa potilaan lääk- ja nestehoidosta, potilaan oireista ja kirjallisista ohjeista.	Väitöskirja n=362
Wälivaara, B-M., Andersson, S. & Axelson, K. 2011. General practioners' reasoning using mobile distance-spanning technology in home care and nursing home care.	Kuvata yleislääkäreiden käsityksiä langattoman teknologian käytöstä kotihoitossa ja hoitokodeissa.	Teknologian käytön tulisi olla ensisijaisesti ammattilaisten työväline ja sen käytölle olisi oltava perustelut.	Artikkeli n=17
YHTEENSÄ (n=16)			

Taulukko 9. Sairaanhoidajien neljä erilaista puhelinohjausprofiilia

<b>Tehokas profiili</b>	Sairaanhoidajan täytyy kyetä itsenäiseen päätöksentekoon ratkaistakseen haasteita (Aaltonen & Rosenberg 2013,12.)	Laadukas pe-rehdyttäminen vaikuttaa työntekijän osaamiseen sekä työn laatuun ja sen kuormittavuuteen (Aaltonen & Rosenberg 2013, 104-105).	"Osata johdatella asiaa eteenpäin tarttuen ongelma-kohtiin".	Kirjaamisen tulee olla asiallista ja objektiivista (Eloranta & Virkki 2011, 27).	Aika on ohjattavan ja ohjaavan resurssi ja väline (Onnismaa 2011, 39).	Ohjausta toteuttaa koulutettu, työssään pätevä ja vastuullinen sairaanhoitaja, jolla on myös herkkyyttä havaita potilaan yksilölliset tarpeet (Eloranta & Virkki 2011, 16).	Ohjaustyön keskeisenä tavoitteena on asiakkaan selviytymisen, elämänhallinnan, elämänsuunnittelun tai itsetunte- muksen tukeminen ja edistäminen (Näkki & Sayed 2015, 10).
<b>Empaattinen profiili</b>	Jos ei kuuntele läsnäolevasti, voi asettaa omia merkityksiä toisen sanoille (Dunderfelt 2016,48).	"...leikkaus- osastolla ne haluavat seurailta, jos on jotakin sattunu,"	Potilaat arvostavat että, sairaanhoitaja on läheinen ja suhtautuu vuorovaikutustilanteeseen myönteisesti (Eloranta & Virkki 2011, 16).	Tärkeää on kirjata myös potilaan itsensä kuvaamat kokemukset (Eloranta & Virkki 2011, 27).	Äänensävy ja äänenpaino ovat erottamaton osa puhetta, vaikka ne ovat sanatonta viestintää (Dunderfelt 2016, 18, 48).	"Erlaisia tapoja hoitaa potilaan asiat soittajan mukaan"	Kun ohjaaja korostaa asiakasta kohtaan empatiaa, hyväksyntää ja aitoa kiinnostusta, tällöin ohjaaja kykenee ilmentämään näitä ulottuvuuksia vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa ja asiakkaalla on mahdollista luoda luottamuksellinen suhde ohjaajaan ja avautua itselleen tärkeissä asioissa (Näkki & Sayed 2015, 12).
<b>Sosiaalinen profiili</b>	Ihmisten välisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toimivat aivan selvästi sanat, fyysiset eleet ja ilmeet (Dunderfelt 2016, 21).	"Pelokkaan potilaan rauhoittelu".	"Yhteistyö lääkärin ja hoidonsuunnittelijan kanssa (+kirurgin)".	Tunkeilematon ja tunteilematon kuunteleminen kertoo toisen hyväksymisestä ja arvostamisesta sekä erilaisuuden tunnustamisesta (Onnismaa 2011, 41,43).	Mestari-kisällikoulutus on toteutuessaan ideaalinen yksittäisten toimenpiteiden oppimisessa (Aaltonen & Rosenberg 2013, 18, 104-105).	Ohjauksen tavoitteena on tukea muutosprosesseissa niitä ihmisiä, joilla itsellään ei ole riittäviä psyykkisiä ja sosiaalisia tai taloudellisia voimavaroja oman elämän hallintaan (Näkki & Sayed 2015, 8).	Kohtaaminen, vuorovaikutus ja ihmisten välinen kommunikaatio on parhaimmillaan, innostavaa, ihanaa, mahtavaa, kehittävää, suorastaan nuorentavaa ja saa elämän tuntumaan todella elämisen arvoiselta (Dunderfelt 2016, 9).
<b>Kekseliäs profiili</b>	Päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta kriittistä ajattelua sekä ongelmratkaisu- ja dokumenttitaivoja (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12.)	"Kokemus itsellä hoitotyöstä/leikkaussalityöstä potilasta ohjattaessa"	"Tarpeellisten kysymysten esittäminen".	Eettisten haasteiden ratkaiseminen hoitotyöntekijän ja terveyspalvelujen käyttäjien välillä perustuu sen oivaltamiseen, että ihmisen omaa terveyttään koskeva päätöksenteko ja toiminta ovat ensisijaisia (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 82, 85).	Tutkittua ja raportoitua tietoa käytetään aina, kun määritellään potilaan hoitoa koskevaa haastetta, etsitään menetelmiä potilaan auttamiseksi ja arvioidaan hoitotyön tuloksia (Eloranta & Virkki 2011, 22-23).	Potilaalla oli mahdollisuus kysyä, ilmaista tunteita ja keskustella haasteistaan (Näkki & Sayed 2015, 8.)	Uusi tieto tulva ja näyttöön perustuvaa toiminta, vaatii ja edellyttää sairaanhoitajiltakykyä seurata, etsiä ja löytää olennainen tieto, kykyä analysoida; perehtyä ja omaksua tietoa sekä kykyä perustella omia näkökantoja potilaalle ja muille ammattilaisille (Eloranta & Virkki 2011, 24).

