

Jussi Luukkanen

OXFORDIN OIREKYSelyn
KÄYTTÖÖNOTTO

Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikka

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 17.5.2016
Tekijä(t) Jussi Luukkanen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK, Perioperatiivinen ja akuutti hoitotyö
Nimeke Oxfordin oirekyselyn käyttöönotto – Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikka	
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli ottaa käyttöön Oxfordin oirekyselyt Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Tämän oirekyselyn käyttöönoton kautta koko myöhäiskontrollikäytäntö muuttuu kyseisellä poliklinikalla. Käyttöönoton jälkeen potilaat haastatellaan puhelimen välityksellä käyttäen Oxfordin oirekyselyä. Potilaan jatkohoito suunnitellaan oirekyselyn pistemäärän ja tekonivelestä otetun röntgenkuvan perusteella. Ehdotus kyseiseen opinnäytetyöhön tuli Mikkelin ammattikorkeakoulun ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Open House -hankkeen kautta. Oxfordin oirekyselyitä käytetään lonkan ja polven tekonivelleikkauksien vaikuttavuuden seurantaan. Oxfordin oirekyselyt ovat kehitetty sekä polven (Oxford Knee Score) että lonkan (Oxford Hip Score) tekonivelleikkauksen vaikuttavuuden seurantaan. Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee tekonivelleikkauksia, tekonivelpotilaiden seurantaa, Oxfordin oirekyselyiden kehittämistä ja oirekyselyn käyttöönottoa. Pääpaino teoriaosuudessa on Oxfordin oirekyselyn käyttöönoton suunnittelussa, pilotoinnissa ja muokkaamisessa Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikalle. Valmis ehdotus sisältää oirekyselylomakkeen, joka on muokattu toimeksiantajan toiveiden mukaan ja testattu toimivaksi. Ehdotus sisältää myös myöhäiskontrollikäytännön uuden mallin.	
Asiasanat (avainsanat) Oxfordin oirekysely, Oxford Hip Score, Oxford Knee Score, myöhäiskontrolli, tekonivelleikkaus	
Sivumäärä 26 s.	Kieli suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä)	
Ohjaavan opettajan nimi Paula Mäkeläinen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikka

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 17.5.2016
Author(s) Jussi Luukkanen	Degree programme and option Nursing, registered nurse, perioperative and acute nursing
Name of the bachelor's thesis Introduction of the Oxford Questionnaire - Mikkeli Central Hospital surgical outpatient clinic	
Abstract <p>The purpose of this thesis was to introduce the Oxford questionnaires to the surgical outpatient clinic at Mikkeli central hospital. During the process of introducing the questionnaire to the outpatient clinic the entire follow up procedure will be transformed. After the initialization the patients will be interviewed on the telephone using the Oxford questionnaires. Follow-up treatment will be planned based on the results of the questionnaire and the X-ray taken from the joint prosthesis. The idea for the thesis came through the Open House project between Mikkeli University of Applied Sciences and Southern-Savo hospital district.</p> <p>The Oxford questionnaires are used to evaluate the effects of arthroplasty on the knee and hip. The Oxford questionnaires have been developed both for the knee (Oxford Knee Score) and the hip (Oxford Hip Score) for follow up of the effectiveness of arthroplasty.</p> <p>The theoretical framework discusses arthroplasty, follow-up of joint prosthesis patients, development of the Oxford questionnaires and introduction of the Oxford questionnaires. The main focus in the theory part is on planning the initialization, piloting and editing the Oxford questionnaire to meet the needs of Mikkeli central hospital surgical outpatient clinic.</p> <p>The final proposition will include a questionnaire form which has been modified and tested for the needs of the assigning clinic. The proposition also includes the new model for follow-up.</p>	
Subject headings, (keywords) Oxford questionnaire, Oxford Hip Score, Oxford Knee Score, follow-up, arthroplasty	
Pages 26 p.	Language Finnish
Remarks, notes on appendices	
Tutor Paula Mäkeläinen	Bachelor's thesis assigned by Mikkeli central hospital surgical outpatient clinic

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	1
2.1	Mikkelin keskussairaala (MKS)	2
2.2	Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikka.....	2
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	3
4	TEKONIVELPOTILAAN HOITOKETJU	3
4.1	Tekonivelleikkaus eli artroplastia.....	3
4.2	Tekonivelpotilaan seuranta	5
4.2.1	Tekonivelpotilaan hoitoketju MKS:n kirurgian poliklinikalla	6
4.2.2	Tekonivelpotilaan hoitoketju muissa sairaaloissa.....	8
4.3	Tekonivelleikkauksen kustannukset	8
5	OXFORD HIP SCORE JA OXFORD KNEE SCORE	9
5.1	Oxfordin oirekyselyjen kehittäminen	9
5.2	Kyselyiden luotettavuuden määrittely	10
5.3	Oirekyselyn uusi pisteytys.....	12
6	OXFORDIN OIREKYSELYN KÄYTTÖÖNOTON TYÖVAIHEET	12
6.1	Tavoitteiden kartoittaminen.....	13
6.2	Suunnittelu.....	14
6.2.1	Tiedonhaku Oxfordin oirekyselystä.....	14
6.2.2	Oxfordin oirekyselyn käytön laajuus	16
6.2.3	Aineiston kerääminen MKS:n kirurgian poliklinikalta.....	16
6.2.4	Opinnäytetyön rajaus	17
6.2.5	Myöhäiskontrollin muutokset	17
6.3	Toteutus	19
6.3.1	Oxfordin oirekyselyn pilotointi ja sen pohjalta tehdyt muutokset... 20	
6.3.2	Lomakkeen testaus puhelinhaastatteluna.....	21
6.3.3	Jatkohoidon tarpeen määrittäminen Oxfordin oirekyselyn pisteiden perusteella	22
6.4	Lopullinen käytäntö, valmis ehdotus.....	23
7	POHDINTA	24
	LÄHTEET	27

LIITTEET

- 1 Oxford Knee Score
- 2 Oxford Hip Score
- 3 Kirjallisuuskatsaus
- 4 Oxford Knee Score potilaalle
- 5 Oxford Hip Score potilaalle

1 JOHDANTO

Suomalaisista noin 400 000:lla on todettu jonkinlainen nivelrikko ja noin miljoonalla suomalaisella on nivelrikkomuutoksia. Varsinaiset nivelrikot ovat harvinaisia alle 40-vuotiailla mutta yleisiä yli 70-vuotiailla. Yli 15 000 suomalaista saa vuosittain joko yhden tai useamman tekonivelen polviin tai lonkkiin. Polven nivelrikko on naisilla yleisempää, kun taas lonkan nivelrikko on yleisempää miehillä. Mitä iäkkäämmäksi väestö kehittyy, sitä enemmän tarvitaan tekonivelleikkauksia. Polven ja lonkan nivelrikkoa pidetään kansantautina, ja ne ovat kalliita niin yksilölle kuin myös yhteiskunnalle. Ne aiheuttavat noin miljardin euron kustannukset vuosittain. Noin kuusi prosenttia nivelrikoista johtaa työkyvyttömyyseläkkeeseen, mutta nivelvaivat rajoittavat ja heikentävät yksilön toimintakykyä sekä elämänlaatua huomattavasti. (Vainikainen 2010, 10 - 11.)

Opinnäytetyön tavoitteena on ottaa käyttöön Oxfordin oirekysely Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikalla ja muuttaa siten käytössä olevaa tekonivelpotilaiden myöhäiskontrollikäyntiä. Näin saadaan karsittua käyntien määrää ja tehostettua sairaanhoitajan työtä. Tätä kautta saadaan toimintaan kustannustehokkuutta ja helpotetaan sairaanhoitajan työtaakkaa, mikä on todella tärkeää. Tämän johdosta sairaanhoitajalle jää aikaa useammalle potilaalle yhdelle päivälle. Aihe on tärkeä, koska työn tehostaminen ja kustannustehokkuus on nykyisin tärkeää myös sairaanhoitopiireissä. Tämän opinnäytetyön kautta koen pystyväni auttamaan kirurgian poliklinikkaa työskentelyn tehostamisessa.

Aihe opinnäytetyöhön tuli Open House -hankkeen kautta. Hankkeen tarkoituksena on Mikkelin ammattikorkeakoulun tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan kehittäminen lisäämällä osaamisen vaihtoa työelämän kanssa. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kirurgian poliklinikalla suoritettu työelämäjakso antoi aiheen tähän opinnäytetyöhön. (Mäkeläinen 2015, 1.)

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Toimeksiantaja tässä opinnäytetyössä on Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikka. Valmis tuotos tulee kyseisen poliklinikan ortopedisen sairaanhoitajan käyttöön.

2.1 Mikkelin keskussairaala (MKS)

Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluu yhdeksän kuntaa: Pieksämäki, Joroinen, Kangasniemi, Hirvensalmi, Juva, Pertunmaa, Mäntyharju, Puumala ja Mikkeli. Sairaanhoitopiirin alueella asuu noin 106 000 asukasta. Sairaanhoitopiirin alueella on kaksi sairaalaa, jotka molemmat sijaitsevat Mikkelissä: Mikkelin keskussairaala ja Moision sairaala. Sairassijoja näissä sairaaloissa on yhteensä 290, joista 222 on somaattisia ja 68 psykiatrisia. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ky 2015a.)

Mikkelin keskussairaalassa on erikoisaloina sisätaudit, kirurgia, naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, suu- ja leukasairaudet, silmätaudit, neurologia, anestesia ja tehohoito, keuhkosairaudet, laboratorio, kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, onkologia, sairaalafysiikka, ihotaudit, patologia, radiologia, fysiatria, lääkinnällinen kuntoutus, ensihoito, päivystys, infektiosairaudet ja endoskopia (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2015b).

Kirurgian yksiköitä, osastoja ja poliklinikoita Mikkelin keskussairaalassa on kirurgian poliklinikka, kirurgian osasto 33 ja leikkausosasto (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2015c). Vuonna 2014 kirurgian päivystyskäyntejä oli 6534 kpl ja ajanvarauskäyntejä 19 917 (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ky 2014, 1). Vuonna 2015 Mikkelin keskussairaalassa tehtiin 175 lonkan ja 194 polven primaaria tekonivelleikkausta (Mäkeläinen 2016).

2.2 Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikka

Mikkelin keskussairaalassa lonkka- ja polvinivelen tekonivelleikkauksien kontrollikäynneistä vastaa kirurgian poliklinikka. Vuonna 2014 Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikalla oli potilaskäyntejä 15 391 sisältäen konsultaatiot ja hoitopuhelut. Lähetteellä kirurgian poliklinikalle kyseisenä vuonna tuli 5650 potilasta. Vuonna 2014 kirurgian poliklinikalla ortopedisen sairaanhoitajan vastaanotolla kävi 158 potilasta kontrollikäynneillä. (Kuukka 2015a.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on ottaa käyttöön Oxfordin oirekysely Mikkelin keskussairaalassa ja siten päivittää myöhäiskontrollin toimintatapaa kokonaan uudelleenlaiseksi. Tässä päivityksessä muutetaan myöhäiskontrollin sisältö sekä kontrollin järjestäminen. Uudessa toimintatavassa käytetään uutta lomaketta, joka pohjautuu Oxford Hip Score- tai Oxford Knee Score -oirekyselyyn leikatun nivelen mukaan. Tämän lisäksi kontrolli tullaan järjestämään puhelimen välityksellä entisen potilaan poliklinikakäynnin sijaan. Toimintatavan muutoksella helpotetaan ortopedisen sairaanhoitajan toimintaa, kirjaamista potilastietojärjestelmään sekä ajankäyttöä ja vähennetään poliklinikkakäyntejä.

Tarkoituksena on saada uusi käytäntö testattua ja muokattua mahdollisimman valmiiksi malliksi ennen käyttöönottoa. Tämä tulee helpottamaan poliklinikan toimintaa, koska poliklinikan työntekijöiden aika ei mene uuden menetelmän testaamiseen.

4 TEKONIVELPOTILAAN HOITOKETJU

Opinnäytetyöhön on määritelty keskeisiä käsitteitä, joiden pohjalle myös tämä opinnäytetyö perustuu. Käsitteet toimivat tämän opinnäytetyön hakusanoina. Tärkeimmät käsitteet liittyvät tekonivelleikkaukseen menevän potilaan hoitoketjuun ja Oxfordin oirekyselyyn.

4.1 Tekonivelleikkaus eli artroplastia

Nivelrikon taustalla voi olla monia tekijöitä. Yleisimpiä tekijöitä ovat ikääntyminen, perimä ja ylipaino. Näitä paikalliset vaaratekijät, kuten nivelten kehityshäiriöt, nivelvammat, liian kuormittava työ tai harrastus pahentavat. (Vainikainen 2010, 11 - 12.)

Nivelrikon ensisijainen hoito on konservatiivinen, mutta jos siitä ei ole apua, on turvaututtava leikkaushoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan vuonna 2015 Suomessa ilmoitettiin lonkka- ja polvi-implanttirekisteriin vajaat 14 000 uutta tekoniveltä. Näistä 6563 oli lonkkatekoniveliä ja 7404 polvitekoniveliä. Uusinta-leikkauksia vuonna 2015 tehtiin 648 polvitekoniveliin ja 1258 lonkkatekoniveliin. Vuoden 2015 tiedot on otettu 18.2.2015 eivätkä ne ole vielä täydelliset, koska kaikkia

leikkaustietoja ei ole vielä laitettu kansalliseen implanttirekisteriin. (THL 2016.) Viimeisimmät täydelliset tiedot ovat vuodelta 2013, jolloin tekonivelleikkauksia tehtiin runsaat 22 000. Niistä 10 672 oli lonkkaan kohdistuneita ja 11 433 polveen (THL 2014, 2). Eniten leikkauksia tehdään tekonivelsairaala Coxassa ja Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa Peijaksessa (THL 2014, 11 - 14).

Leikkaushoidon ehdottomia vasta-aiheita ei ole paljon. Hoitotasapainoton vakava sairaus, kuten keuhkohtaumatauti, sepelvaltimotauti tai insuliinihoitoa vaativa diabetes tai akuutti infektio nivelessä tai muualla elimistössä ovat esteitä leikkaukselle (Suomen Artroplastiayhdistys 2015, 6 - 8). Polven tekonivelleikkauksessa myös ylipaino tai polven heikko ojennusvoima voivat olla vasta-aiheita (Harilainen & Sandelin 2010, 975).

Tekonivelleikkaus ei palauta niveleen samanlaista toimintakykyä kuin nuoren ihmisen nivelessä on, mutta se poistaa yleensä nivelrikon aiheuttamat kivut kokonaan pois. Tekonivel ei myöskään ole ikuinen, joten leikkausta on harkittava tarkkaan varsinkin nuorten potilaiden kohdalla, joilla tekonivel joudutaan todennäköisesti jossain vaiheessa uusimaan. (Vainikainen 2010, 36.)

Potilaan yhteistyökyky ja sitoutuminen leikkaukseen ovat tärkeässä roolissa. Potilas, joka ei sitoudu ennakkovalmisteluihin ja leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, on syytä jättää leikkaamatta. Myös vakavat päihdeongelmat ja pitkälle edenneet neurologiset sairaudet voivat aiheuttaa varsinkin kuntoutuksessa ongelmia. (Suomen Artroplastiayhdistys 2015, 6 - 8.)

Tekonivelleikkauksessa uusitaan yleensä koko nivel, mutta joissain tapauksissa voidaan uusita vain osa nivelestä, kuten polven osatekonivelleikkauksessa (Vainikainen 2010, 32). Lonkan tekonivelleikkauksessa lonkkanivel korvataan nivelproteesilla. Nivelproteesi on valmistettu joko metallista, keraamista tai polyeteenisestä materiaalista. Lonkkatekonivelelle voidaan nykyisin luvata 90 %:a pysyvyys seuraavalle 10 vuodelle. (Lehto & Pajamäki 2010, 947.) Polven tekonivelleikkauksessa voidaan laittaa joko puoliproteesi, jos kuluma on vain nivelen toisessa osassa, tai kokoproteesi, jos kumpikin osa vanhasta nivelestä on pahasti kulunut. Polven tekonivelessä käytettävä materiaali on yleensä metallia ja polyeteeniä. Polven tekonivelelle voidaan luvata 95 %:a pysyvyys seuraavalle 10 vuodelle. (Harilainen & Sandelin 2010, 974 – 975.)

4.2 Tekonivelpotilaan seuranta

Suomen Artroplastiayhdistyksen julkaisema ”Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015” (2015, 121 - 122) suosittelee leikkauksen jälkeisen seurannan järjestettäväksi erikoissairaanhoidossa. Yhdistyksen suositus on, että ensimmäinen leikkauksen jälkeinen seurantakäynti, joka on yleensä 2 - 3 kk kuluttua leikkauksesta, tapahtuisi käyntinä ortopedin luona. Tällä käynnillä ortopedi tutkii potilaan ja potilaasta silloin otetut röntgenkuvat.

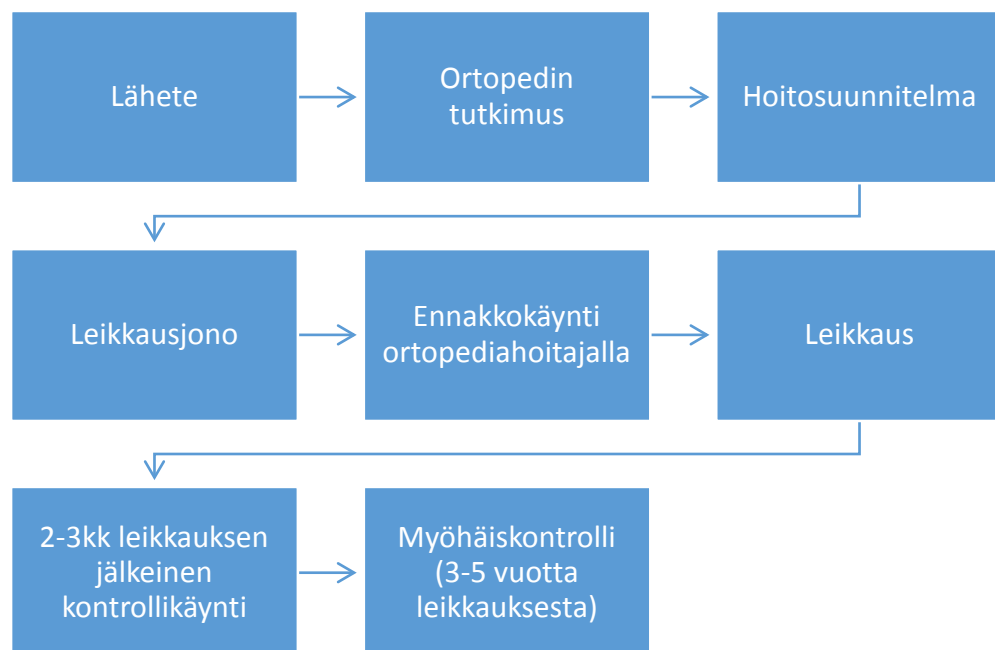
Ensimmäisen käynnin jälkeen suosituksena on, että tekonivelleikkauksen vaikuttavuutta seurataan ja dokumentoidaan systemaattisesti Oxfordin oirekyselyn eli Oxford Hip Scoren tai Oxford Knee Scoren avulla. Suositus on, että seuranta tapahtuisi etäseurantana, jota täydentää potilaasta otettavat röntgenkuvat leikatusta nivelestä. Etäseurannaksi suositellaan internetpohjaista seurantaa, joka olisi kustannustehokas ja helppo potilaalle. Ensimmäinen etäseuranta olisi syytä järjestää vuoden kuluttua leikkauksesta, jolloin lopullinen leikkaustulos olisi jo tiedossa. Tässä kyselyssä saataisiin kartoitettua potilaan kokemaa hyötyä sekä toimintakyvyssä että elämänlaadussa käytettäessä Oxfordin lonkka- tai polvikyselyä. Yhdistys suosittelee, että edellä mainittua kyselyä käytettäisiin myös ennen leikkausta, jotta saataisiin kattavaa tietoa leikkauksen vaikuttavuudesta.

Pitkäaikaisseuranta olisi syytä aloittaa polvinivelen leikkauksen jälkeen 10 vuoden kuluttua, jonka jälkeen aina joka viides vuosi. Lonkanivelen seuranta suositellaan aloitettavaksi viiden vuoden kuluttua leikkauksesta ja sen jälkeen viiden vuoden välein. Uusintaleikkausten, uusien tekonivelmallien ja uusien leikkausmenetelmien kohdalla suositellaan tiheämpää seurantaa harkinnan mukaan. (Suomen Artroplastiayhdistys 2015, 6 - 8.)

Oirekyselyn yhteydessä otettavista röntgenkuvista Artroplastiayhdistys (2015) suosittelee käytettäväksi polven kohdalla seisten otettua AP-kuvaa ja sivusuunnan kuvia. Lonkan kohdalla suositus on vähintään proteesilantiokuva ja suora sivukuva.

4.2.1 Tekonivelpotilaan hoitoketju MKS:n kirurgian poliklinikalla

Mikkelin keskussairaalaan tekonivelleikkaukseen menevä potilas käy ennen operaatiota ortopediahoitajan vastaanotolla (kuva 1). Tällä käynnillä käydään läpi potilaan sen hetkinen tila sekä se, miten leikkaukseen tulisi valmistautua. Leikkauksen jälkeen tehdään kirurgian poliklinikalla ensimmäinen kontrollikäynti kahden tai kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tähän tarkastukseen sisältyy tekonivelestä otettava röntgenkuva ja käynti ortopedin luona, jossa tutkitaan leikattu nivel ja sen toiminta sekä kuullaan potilasta mahdollisesti leikkauksen jälkeen ilmenneistä vaivoista. Ensimmäinen virallinen myöhäiskontrolli tapahtuu potilaskohtaisesti, yleensä 3 - 5 vuotta leikkauksesta.



KUVA 1. Tekonivelleikkauspotilaan hoitoketju Mikkelin keskussairaalan kirurgian poliklinikalla (Kuukka 2015b)

Tällä hetkellä kirurgian poliklinikalla jokaisen viikon torstai on keskitetty tekonivelleikkauksiin tulevien ja niissä jo olleiden potilaiden ennakkokäynteihin ja myöhäiskontrolleihin. Kontrollikäynneistä vastaa yksi ortopedinen sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja tutkii potilaan, tekee kirjauksen käynnistä Effica-potilastietojärjestelmään ja informoi ortopedia potilaiden tilasta. Päivän aikana vastaanotolla käy neljä potilasta, joille jokaiselle on varattu aikaa yksi tunti.

Myöhäiskontrollissa ortopedinen sairaanhoitaja selvittää potilaan perussairaudet, lääkityksen ja kotona selviytymisen. Tämän lisäksi potilaalta tiedustellaan hygieniaan ja hampaiden hoitoon liittyviä asioita, koska ne voivat muodostaa infektoriskin vielä leikkauksen jälkeenkin. Myös liikuntatottumukset, tekonivelestä mahdollisesti kuuluvat äänet, tekonivelen yleinen toiminta, käytettävät apuvälineet ja potilaan kouluarvosana tekonivelelle selvitetään. Näiden kysymysten jälkeen siirrytään selvittämään potilaan kliinistä statusta. Tutkimuksessa selvitetään:

- kävely, pukeutuminen, riisuuntuminen, sängylle meno ja sieltä nousu
- polvien asento
- pituus, paino, BMI
- kyykkyy-n-ylös liikkuminen
- trendelenburgin testi
- lihasvoimat ojennuksessa ja koukistuksessa
- silmämääräinen ihon tarkastus
- proteesinivelen iho, väri, lämpö, arpi, koputus arkuus, palpaatioarkuus ja kipu
- jalkojen verenkierto
- jalkojen pituusero
- lonkkien liikeradat sekä
- polvien liikeradat.

Tutkimuksen aikana hoitaja kirjaa asiat paperille, johon hän on laittanut edellä mainitut asiat otsikoiksi. Tämän avulla hän muistaa potilaan poistumisen jälkeen asiat, jotka ovat nousseet esiin ja jotka hänen täytyy kirjata potilastietojärjestelmään.

Kun tarvittavat tutkimukset on tehty, hoitaja ohjaa suullisesti potilasta asioista, joita on tutkimuksen aikana tullut esiin. Potilaan lähdettyä hoitaja kirjaa muistipaperille laittamansa asiat potilastietojärjestelmä Efficaan tiivistettynä versiona. Tämän jälkeen hän tulostaa kirjauksen ortopedille ja merkitsee tulosteeseen tärkeimpiä esiin nousseita asioita.

Kaikkien edellä mainittujen toimien takia käynnit ovat tällä hetkellä kestoiltaan pitkiä. Potilaalle varattu aika on yksi tunti, josta 45 minuuttia on varattu potilaan statuksen selvittämiseen. Tämä aika ei yleensä riitä, sillä käynnistä täytyy tehdä kirjaukset potilastietojärjestelmä Efficaan. Viiden potilaskäynnin kellotetuista ajoista voidaan todeta, että hoitajalta kuluu yhden potilaan statuksen selvittämiseen ja kirjaamiseen keskimäärin 1 h 10 min. Tästä ajasta noin 20 minuuttia menee kirjaamiseen ja 50 minuuttia potilaan kanssa toimimiseen. Jokainen käynti ylittyy siis keskimäärin 10 minuutilla

verrattuna sille varattuun aikaan. Tämä aiheuttaa sen, että kaikkien potilaiden käynnit myöhästyvät, jollei jossain välissä saada kirittyä aikataulua kiinni.

4.2.2 Tekonivelpotilaan hoitoketju muissa sairaaloissa

Vertailun vuoksi selvitin tekonivelpotilaan hoitoketjua muissa sairaaloissa ja sairaanhoitopiireissä. Vertailukohdiksi valitsin Coxa tekonivelsairaalan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekonivelpotilaan hoitoketjut.

Coxa tekonivelsairaalan hoitoketju etenee samalla tavalla kuin Mikkelin keskussairaalassa. Suurin ero on myöhäiskontrolleissa. Coxassa toteutetaan leikkauksen jälkeinen jälkitarkastus kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen. Tämän jälkeen ensimmäinen seurantakäynti on vuoden kuluttua leikkauksesta, jonka jälkeen seuraavat jatkokontrollikäynnit ovat 3 - 4 vuoden välein. Tämän lisäksi määräaikaistarkastukset tehdään yhden, kolmen ja viiden vuoden välein tekonivelpotilaille riippuen leikkaustekniikasta ja tekonivelmallista. (Silvennoinen-Nuora 2010, 168.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) hoitoketju etenee samalla tavalla kuin Mikkelin keskussairaalalla leikkaukseen asti. PPSHP:ssä leikkauksen jälkeen ensimmäinen kontrolli tapahtuu kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Seuraava kontrolli on vuoden kuluttua ja tämän jälkeen viiden vuoden välein. (Alaloukusa-Lahtinen 2011, 13.)

Suurimmat poikkeukset hoitoketjuissa MKS:n kirurgian poliklinikan ja edellä mainitun sairaalan ja sairaanhoitopiirin välillä on myöhäiskontrolleissa. Vertailuun otetuissa paikoissa tehdään kontrollikäynti vuoden kuluttua leikkauksesta. Mikkelissä kyseistä kontrollikäyntiä ei tehdä.

4.3 Tekonivelleikkauksen kustannukset

Kustannukset tekonivelleikkauksissa ovat suhteellisen suuret, joten tekonivelleikkaukset ovat myös taloudellisesti merkittäviä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin palveluhinnaston (2015, 94) mukaan primaari lonkan tekonivelleikkaus maksaa 6785 euroa ja polven vastaava leikkaus 6185 euroa.

Myöhäiskontrollin poliklinikkakäynnin kustannukset ovat 164 euroa käyntikerralta, kun vastaavasti hoitopuhelu on 55 euroa (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2015d, 34).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada poliklinikkakäynnit vähenemään. Tarkoitus on siirtyä poliklinikkakäynneistä hoitopuheluihin, jolloin yhden potilaan kustannukset laskevat 164 eurosta 55 euroon. Vuositasolla on siis mahdollista saavuttaa huomattavat säästöt potilaiden myöhäiskontrollien kautta.

5 OXFORD HIP SCORE JA OXFORD KNEE SCORE

Oxford Knee Score (OKS) (liite 1) ja Oxford Hip Score (OHS) (liite 2) ovat Oxfordin yliopistossa vuonna 1996 ja 1998 kehitetyt kipuasteikot, joiden tarkoituksena on pysyä nopeasti ja helposti seuraamaan lonkka- tai polvitekonivelleikkauksen vaikuttavuutta. Kysely on tarkoitettu täytettäväksi ennen ja jälkeen leikkauksen, jotta voidaan pisteiden perusteella päätellä leikkauksen vaikuttavuus potilaan niveleen. Oxfordin oirekyselyä alettiin kehittää, koska haluttiin lyhyt, helposti täytettävä ja pelkästään yhteen vaivaan kantaa ottava kysely entisten pitkien ja monimutkaisten kyselyiden sijaan. (Dawson ym. 1996, 185.)

Tällä hetkellä OHS-kysely on saatavilla 9 eri kielellä (Isis Innovation, 2014a) ja OKS-kysely on saatavilla 19 eri kielellä (Isis Innovation, 2014b). Kyselyn virallista lisenssiä voi hakea Isis Innovation Ltd:ltä, joka on Oxfordin yliopiston täysin omistama tytäryhtiö. Yksi yhtiön tarkoituksista on akateeminen konsultaatio asiakkaille ympäri maailman. Kyseinen yhtiö myöntää ilmaisen lisenssin englanninkieliseen kyselyyn kaikille muille paitsi kaupallisille yrityksille ja kaupallisten yritysten maksamille akateemisille tutkimuksille. Tätä työtä varten ei ole haettu virallista lisenssiä tässä vaiheessa. Jos haluaa käännöksen kyselystä tietylle kielelle tai laajan ohjekirjan kyselyn käytöstä, tulee maksaa yhtiön määrittelemä maksu.

5.1 Oxfordin oirekyselyjen kehittäminen

Kummankin oirekyselyn kehitys tapahtui samalla kaavalla. Oirekyselyiden kehittäminen aloitettiin 20 poliklinikkapotilaan haastattelulla. Haastattelussa potilailta kysyttiin heidän kokemistaan ongelmista lonkkien tai polvien suhteen. Tämän jälkeen kehittäjät tutkivat muita oirekyselyjä ja näiden perusteella luonnostelivat 20 kysymyksen listan, jonka antoivat toiselle 20 potilaan ryhmälle. Toisen ryhmän tehtävänä oli täyttää kyse-

ly myös seuraavana päivänä ja kommentoida lonkkiin tai polviin liittyviä kysymyksiä ja mahdollisia havaitsemiaan puutteita kysymyksissä. Tämän jälkeen kehittäjät tutkivat vastaukset, kehittivät kysymyksiä helpommin ymmärrettäviksi ja toistettaviksi. Seuraavaksi vaihtoehtoisia kysymysmalleja pilotoitiin vielä kahdella 20 potilaan ryhmällä, kunnes saavutettiin viimeinen versio, jossa on 12 kysymystä. Monet oirekyselyiden kysymyksistä muistuttavat sisällöltään vastaavia muita lonkkien tai polvien oirekyselyitä. (Dawson ym. 1996, 185 - 186.)

Oxfordin oirekyselyn kummassakin versiossa on 12 monivalintakysymystä, joissa jokaisessa on viisi vastausvaihtoehtoa. Ensimmäisissä kyselyn versioissa pisteytykset olivat 1 - 5 pistettä jokaisesta kysymyksestä, parhaimmasta pahimpaan lopputulokseen. Näin kokonaispisteytys kyselyssä oli 12 - 60 pistettä, jossa 12 oli paras ja 60 huonoin mahdollinen pistemäärä. (Dawson ym. 1996, 186.)

5.2 Kyselyiden luotettavuuden määrittely

OHS-kyselyn luotettavuus määriteltiin 220 potilaan avulla. Potilaista 131 oli naisia ja 89 miehiä. Keski-ikä koeryhmällä oli 70,5 vuotta. Oirekyselyn sisäistä reliabiliteettia mitattiin Cronbachin alfalla ennen leikkausta ja kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen. Cronbachin alfan tulokseksi saatiin 0,84 ennen leikkausta ja 0,89 leikkauksen jälkeen. Cronbachin alfan asteikko on 0 - 1, jossa suuri arvo kertoo korkeasta reliabiliteetistä. Arvon tulisi olla yli 0,7, jotta tulosta voidaan pitää hyvänä (Heikkilä 2014, 178).

Oirekyselyn toistettavuutta arvioitiin 68 potilaan avulla. Heitä pyydettiin uusimaan oirekysely 24 tuntia ensimmäisen vastaukserän jälkeen ja tästä saatu vastausten välinen keskiarvojen poikkeavuus oli pieni. Toistettavuutta testattiin myös Bland-Altman analyysin avulla, jolla todettiin, että vastaukserojen erot asettuvat luottamusvälin sisään. Rakennevaliditeettia tutkittiin vertaamalla oirekyselyä Charnleyn pisteisiin, jotka ortopedinen kirurgi määrittelee, The Short Form 36 (SF36) -kyselyyn ja Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) -kyselyyn ennen leikkausta ja kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen käyttämällä Pearsonin korrelaatiokerrointa. Oirekysely korreloi odotetusti muiden vertailussa käytettyjen arviointien kanssa. (Dawson ym. 1996, 186 - 188.)

Muutosherkkyys tutkittiin vertaamalla pisteitä ennen ja kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen ja niitä verrattiin SF36- ja AIMS-kyselyihin. OHS-kyselyssä oli huomattava parannus leikkauksen jälkeen saatuihin pisteisiin verrattuna SF36- ja AIMS-kyselyihin. Muutosherkkyys myös antoi tutkijoille todisteita, että heidän kehittämänsä kysely voi olla herkkä tekoniivelleikkauksen antamaan apuun. (Dawson ym. 1996, 186 - 188.)

OKS-kyselyn luotettavuuden määrittelyssä oli mukana 117 potilasta, joista 66 oli miehiä ja 51 naista. Keski-ikä koeryhmällä oli 73 vuotta. Oirekyselyn sisäistä reliabiliteettia mitattiin samalla tavalla kuin lonkkakyselyssä. Polven oirekyselyn kohdalla tulokseksi saatiin 0,87 ennen leikkausta ja 0,93 sen jälkeen. Tämä osoittaa, että konsistenssi on hyvällä tai erinomaisella tasolla. Toistettavuus arvioitiin 66 potilaan avulla. Menetelmä oli sama kuin lonkkakyselyssä. Keskiarvojen poikkeavuus oli pieni, ja vastauskertojen erot asettuivat luottamusvälin sisään. (Dawson ym. 1998, 65 - 67.)

Rakennevaliditeettia tutkittiin vertaamalla oirekyselyä ortopedisen kirurgin tekemään American Knee Society (AKS) -pisteytykseen sekä SF36- ja Health Assessment Questionnaire (HAQ) -kyselyyn. Oxfordin oirekysely korreloitui odotetusti muiden kyselyiden kanssa. (Dawson ym. 1998, 65 - 67.)

Muutosherkkyudessa verrattiin oirekyselyä SF36- ja HAQ-kyselyyn, jossa saatiin samanlaiset tulokset kuin lonkkakyselyssä. OKS:ssa oli huomattava parannus pisteissä kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen verrattuna verrokkikyselyihin. (Dawson ym. 1998, 65 - 67.)

Kehitysvaiheessa kummatkin oirekyselyt on testattu luotettavuuden kohdalta laajasti. Tästä syystä oirekyselyitä voidaan pitää vähintään yhtä luotettavina kuin kliinisiä pisteytyksiä (Dawson ym. 1996, 189). Oirekyselyitä on myös tutkittu kehittämisen jälkeen monissa erilaisissa kokeissa, esimerkiksi validoinneissa käännosten yhteydessä. Näiden seikkojen ja kyselyn helppokäyttöisyyden myötä se on otettu käyttöön monessa eri maassa.

Oxfordin oirekyselyn kehittäjät ovat saavuttaneet korkean vastausprosentin lähetettyihin oirekyselyihin, mutta kaikki oirekyselyn käyttäjät eivät ole saavuttaneet yhtä hyvää vastausprosenttia. Tästä syystä oirekyselyn kehittäjät suosittelevat erilaisia keinoja

käytettäväksi korkean vastausprosentin saavuttamiseksi. Näitä keinoja ovat potilaille lähetettävät muistutukset tai puhelinsoitot, joissa muistutetaan oirekyselyn täyttämistä ja palauttamisesta. (Murray ym. 2007, 1011.)

5.3 Oirekyselyn uusi pisteytys

Oxfordin oirekyselyn kehittäjät ovat julkaisseet vuonna 2007 uuden suosituksen kyselyssä käytettävään pisteytykseen. Uuden pisteytyksen tekemiseen on ryhdytty palautteen perusteella, jota kehittäjät ovat saaneet käyttäjiltä. Käyttäjät olisivat halunneet uuteen versioon lisättäväksi uusia kysymyksiä, jotka pisteytettäisiin, mutta kyselyn kehittäjät eivät tätä muutosta halunneet tehdä. Nämä muutokset olisivat vaikeuttaneet vanhojen ja uusien kyselyiden vertailua toisiinsa. (Murray ym. 2007, 1010.)

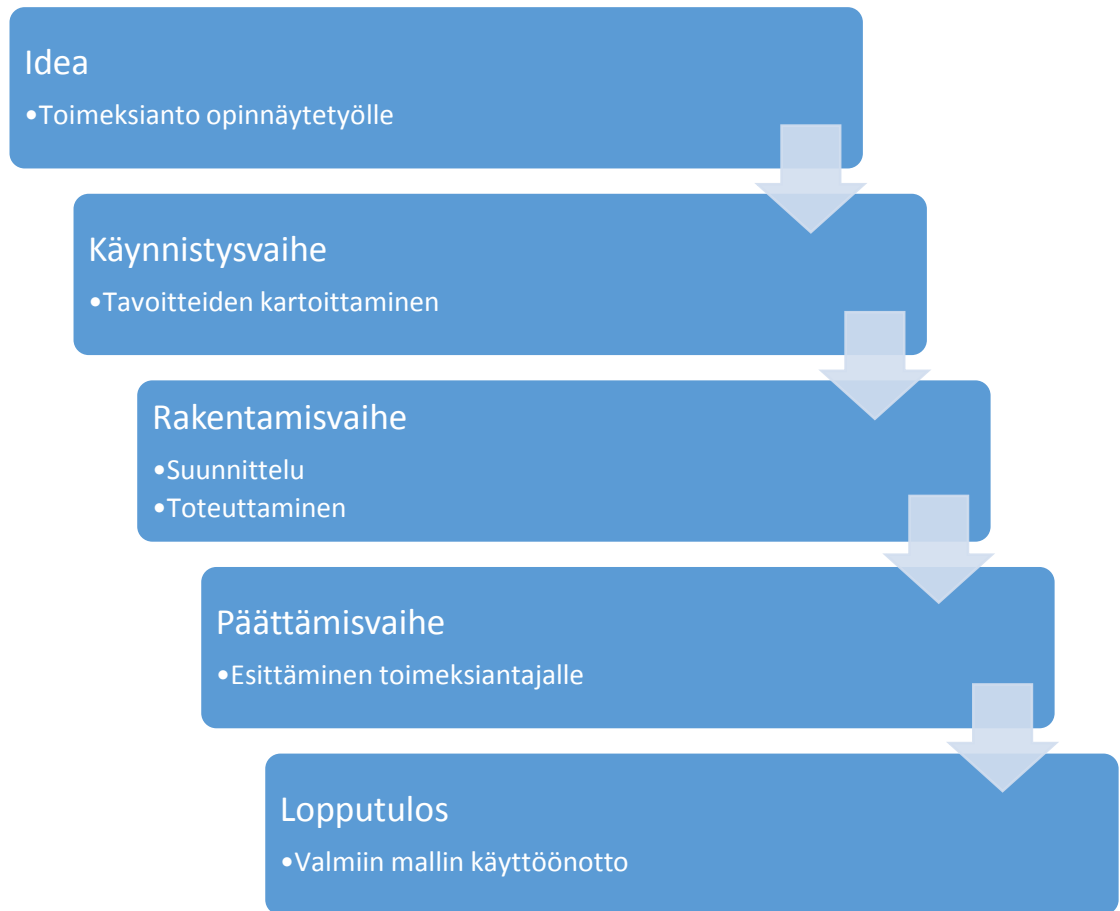
Uudessa versiossa pisteytys on muutettu kokonaan erilaiseksi. Uudessa versiossa vastausvaihtoehdot on pisteytetty asteikolla 0 - 4. Näin ollen kyselyn maksimipisteet ovat 48. Nolla pistettä on huonoin mahdollinen lopputulos ja 48 paras mahdollinen. Kehittäjät ovat saaneet palautetta pisteytyksestä monilta kyselyn käyttäjiltä. Käyttäjät ovat kokeneet pisteytyksen 12 - 60 olevan epäintuitiivinen, joten he ovat itsenäisesti alkaneet käyttää pisteytystä 0 - 48. Erilaisten pisteytysten käyttö on aiheuttanut paljon hämäännystä, joten jotta kaikki käyttäisivät samaa pisteytystä kehittäjät suosittelevat käytettäväksi 0 - 4 pistettä kysymystä kohdin. Tällöin loppupistehaarukka on 0 - 48.

Vanhalla ja uudella tavalla pisteytettyjä kyselyitä voidaan muuntaa toiseksi vähentämällä pisteytyksen tulos luvusta 60. Esimerkkinä: vanhalla tavalla saatu tulos 12 pistettä halutaan muuttaa uuden pisteytyksen tulokseksi. Vähennetään luvusta 60 luku 12 ja saadaan tulos 48. Vanhassa kyselyssä 12 pistettä oli paras mahdollinen tulos ja näin edellä mainitulla laskutoimituksella saatu uusi tulos 48 on uuden kyselyn paras mahdollinen tulos. (Murray ym. 2007, 1011.)

6 OXFORDIN OIREKYSelyn KÄYTTÖÖNOTON TYÖVAIHEET

Tässä opinnäytetyön toteuttamisessa olen käyttänyt Ruuskan (2012, 34) mallia projektin elinkaaresta ja vaihejaosta. Kyseisessä mallissa kehitys lähtee käyntiin ideasta. Ideaa seuraavat varsinaiset työvaiheet eli käynnistysvaihe, rakentamisvaihe ja päättä-

misvaihe. Viimeisenä elinkaassa on lopputulos. Kuvassa 2 Ruuskan malliin on sijoitettu tämän Oxfordin oirekyselyn käyttöönoton eri työvaiheet.



KUVA 2. Oxfordin oirekyselyn käyttöönoton työvaiheet

6.1 Tavoitteiden kartoittaminen

Tavoitteiden kartoittaminen toteutettiin kevään 2015 ja kesän 2015 aikana, jolloin oli saatu toimeksiantajalta ohjeet ja tavoitteet siitä, mitä opinnäytetyöltä odotetaan. Suunnitteluvaihe alkoi kesän 2015 aikana ja oli valmis lokakuussa 2015. Tämän jälkeen tehtiin tarvittavat lomakkeet haastattelua varten. Pilotointi haastattelujen osalta suoritettiin joulukuun 2015 aikana. Tämän jälkeen toteutettiin pilotointi puhelimen välityksellä tammikuussa 2016. Pilotoinnissa nousseet asiat käytiin läpi aina pilotointia seuraavana päivänä. Tämän johdosta kaikki esille nousseet asiat olivat helppo käydä läpi ja tehdä tarvittavat muutokset niiden perusteella. Pilotoinnissa tulneiden kehityskohdeiden perusteella opinnäytetyötä kehitettiin tammi- ja helmikuun 2016 aikana. Tämän jälkeen valmis tuotos esiteltiin toimeksiantajalle vuoden 2016 toukokuussa.

6.2 Suunnittelu

Aluksi tarkoituksena oli muuttaa myöhäiskontrollin sähköiseen järjestelmään kirjaamista nopeammaksi ja helpommaksi ja säilyttää potilaiden käynnit samanlaisena. Tarkoituksena oli päästä eroon ”kaksinkertaisesta kirjaamisesta”. Tämä suunnitelma kuitenkin muuttui tutkiessani aihetta tarkemmin. Huomasin, että Suomen Artroplastia yhdistys (2015) suosittelee käytettäväksi myöhäiskontrollissa Oxfordin oirekyselyä, joten etsin lisää tietoa kyseisen oirekyselyn käytöstä ja siihen liittyvistä tutkimuksista.

6.2.1 Tiedonhaku Oxfordin oirekyselystä

Tiedonhaun tarkoituksena oli etsiä tietoa Oxfordin oirekyselyistä. Tärkeimpänä asiana pidin kyselyjen luotettavuuteen ja käytettävyyteen keskittyviä tutkimuksia. Halusin saada selville, tukeeko löydettävä tieto Artroplastia yhdistyksen (2015) suositusta käyttää kyseisiä Oxfordin oirekyselyitä tekonivelleikkauksen seurannassa.

Tiedonhaussa käytin apuna tietokantoja, joihin koulumme kautta on pääsy. Tietokannat joita käytin, olivat CINAHL, Medic ja Theseus. Cinahl on hoitotyön ja -tieteen kattava kansainvälinen tietokanta, Medic on kotimainen terveystieteiden tietokanta ja Theseus on tietokanta, joka tarjoaa noin kolmenkymmenen suomalaisen ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Hakusanat, osumat ja löydettyjen tutkimusten käytettävyys on eritelty taulukossa 1. Hakuja rajattiin myös etsimällä vain asiasanoja ja kokonaisia tekstejä Medic-tietokannasta. Taulukossa 1 on kuvattu tietokannat, niissä käytetyt hakusanat, saadut tulokset ja tuloksista valitut tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen.

TAULUKKO 1. Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Hakusana	Tulokset	Tuloksista valitut tutkimukset
CINAHL	”oxford knee score”	117	3
CINAHL	”oxford hip score”	118	1
CINAHL	”oxford hip score OR oxford knee score AND validity”	124	1

Medic	"oxford hip score"	87	0
Medic	"oxford knee score"	52	0
Medic	"oxford hip score OR oxford knee score AND validity"	63	0
Theseus	"oxford knee score"	3	0
Theseus	"oxford hip score"	2	0

Suurin osa tutkimuksista liittyen Oxfordin oirekyselyyn ovat kansainvälisiä ja englanninkielisiä. Joukossa on paljon tutkimuksia, joissa on seurattu potilaiden kuntoutusta Oxfordin oirekyselyn perusteella, tehty kansallisia validointeja ja käännöksiä kyselyistä sekä tutkittu kyselyn käytettävyyttä, esim. ei-operoitavissa nivelrikoissa. Suurin osa näistä tutkimuksista on julkaistu ortopedisen alan julkaisuissa, kuten brittiläisessä *The Bone & Joint Journal* -lehdessä. Kyseinen lehti on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1948 ja sen virallisia kumppaneita ovat Britannian, Kanadan, Uuden Seelannin, Brasilian ja Australian ortopedian yhdistykset (*The Bone & Joint Journal*, 2016).

Kansainväliset tutkimukset eivät ole pääsääntöisesti julkisessa jakelussa, joten niiden laajemmasta käytöstä tulisi maksaa. Tässä opinnäytetyössä onkin käytetty maksuttomia tutkimuksia ja maksullisten tutkimusten tiivistelmiä tukena. Tutkimuksien perusteella voidaankin päätellä, että Oxfordin oirekysely on todettu päteväksi ja käytännölliseksi tekonivelleikkauksen seurantaan useammassa eri tapauksessa (ks. esim. Pynsent ym. 2008; Browne ym. 2013).

Suomalaiset ja suomenkieliset tekonivelkirurgiaan liittyvät tutkimukset ovat pääsääntöisesti keskittyneet postoperatiivisen kivun vähentämiseen ja hoitamiseen, leikkauksen valmistautumiseen tai leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, ei niinkään potilaiden tekonivelten pitkäaikaisseurantaan.

6.2.2 Oxfordin oirekyselyn käytön laajuus

Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten perusteella (liite 3) voidaan sanoa, että Oxfordin polvi- ja lonkkakysely on käytössä monissa maissa ja monissa erilaisissa tilanteissa, joissa halutaan seurata potilaan nivelrikon hoitoa (ks. esim Pynsent ym. 2008; Dunbar ym 2000). Monien tutkimusten perusteella voidaan myöskin todeta, että kyseinen kysely on todettu luotettavaksi ja helpoksi tavaksi seurata tekonivelleikkauksen vaikuttavuutta (ks. esim. Rothwell ym. 2010; Browne ym. 2013). Myös eri maiden validointi ja käänösprosessit kertovat oirekyselyn saavan jatkuvasti laajempaa huomiota ja käyttöä maissa, joissa halutaan tiettyä niveltä koskeva oirekysely käyttöön tekonivelten seurannassa.

Suomalaisista sairaaloista Turun yliopistollinen keskussairaala käyttää Oxfordin oirekyselyä lonkkatekonivelleikkauksen seurannassa (Mokka 2015, 37). Myös osa yksityisistä sairaaloista käyttää tai on aikeissa käyttää oirekyselyä leikkausten vaikuttavuuden seurannassa (ks. esim. Manninen 2015; Eskelinen 2015).

Sairaala Ortonin ortopedian johtava ylilääkäri kertoi sähköpostikeskustelussa heidän sairaalansa siirtyvän tulevaisuudessa käyttämään kyseisiä Oxfordin oirekyselyitä nykyisten seurantamenetelmiensä rinnalla. Keskusteluissa hän toi esiin suosituksen lisäkysymysten käytöstä, jotka olen ottanut huomioon tässä opinnäytetyössä. (Manninen 2015.)

Tekonivelsairaala Coxan apulaisylilääkärin kanssa käymässäni sähköpostikeskustelussa hän kertoi, että heillä on käytössä molemmat kyselyt leikkausten vaikuttavuuden arvioinnissa ja tekonivelleikkausten seurannassa. Coxa on myös tehnyt Oxford Knee Scoren suomennoksen ja validointitutkimuksen, jota ei ole vielä tätä kirjoitettaessa julkaistu virallisesti. Sähköpostissa hän myös toteaa, että he ovat olleet tyytyväisiä kyselyihin ja pitävät niitä luotettavina mittareina tekonivelleikkausten seurannan arvioinnissa. (Eskelinen 2015.)

6.2.3 Aineiston kerääminen MKS:n kirurgian poliklinikalta

Aineiston kerääminen ja analysointi tapahtui käynneillä kirurgian poliklinikalla ja keskustelemalla hoitajien ja lääkäreiden kanssa, jotka olivat olleet mukana prosessin

kehityksessä. Ensimmäisessä vaiheessa keskityimme kirjaamisen kehittämiseen ja olin mukana usealla pre- ja kontrollikäynnillä tarkkailemassa ortopedisen sairaanhoitajan työtä. Otin ylös käyntien ajat, sähköiseen potilastietojärjestelmään kirjaamiseen kulu- van ajan ja huomioin, kuinka paljon aikaa kuluu potilaan ohjaukseen sekä leikkauk- seen ja jälkihoitoon liittyvien asioiden selvittämiseen potilaalle.

6.2.4 Opinnäytetyön rajaus

Opinnäytetyö on rajattu koskemaan pelkkiä myöhäiskontrollikäyntejä, koska niihin kuluu tällä hetkellä paljon aikaa. Moni potilas, joka käy hoitajan vastaanotolla, voi kuitenkin olla täysin terve ja toimintakuntoinen. Kyseisten potilaiden käynti vie orto- pediseltä sairaanhoitajalta aikaa, jonka voisi kohdistaa muihin, hoitoa ja tarkempia tutkimuksia tarvitseviin potilaisiin.

Aluksi tarkoituksena oli ottaa käsittelyyn myös ennakkokäynti, mutta kirurgian poli- klinikan osastonhoitaja on ehdottanut, että ennakkokäynnit järjestettäisiin tilaisuuksi- na, joissa olisi paikalla useampi leikkaukseen tuleva kerrallaan. Tämä on vielä suun- nitteluvaiheessa, joten sen takia se on tästä opinnäytetyöstä rajattu pois.

Opinnäytetyöstä rajattiin pois myös potilaan ohjaus ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Työssä haluttiin keskittyä pelkästään myöhäiskontrollin muokkaamiseen ja parantamiseen. Tämän uuden prosessin käyttöönotto vaatii suunnitelman siitä, kuinka potilaan ohjaus ennen ja jälkeen leikkauksen tapahtuu. Osa potilaista selkeästi tarvit- see vielä leikkauksen jälkeenkin ohjausta siitä, kuinka tekonivelen kanssa tulee toimia. Sovimme toimeksiantajan kanssa, että tämä työ keskittyy pelkästään potilaan teko- nivelen toiminnan ja leikkauksen vaikutuksen selvittämiseen.

6.2.5 Myöhäiskontrollin muutokset

Kerättyäni ja perehdyttyäni saatavilla olevaan teoriatietoon huomasin, että Suomen Artroplastia yhdistyksen (2015) suosittama Oxfordin oirekyselyn malli voisi olla myös toimeksiantajalle hyvä vaihtoehto. Tämän kyselyn avulla hoitajan pääpaino voi- taisiin siirtää potilaan ohjaamisesta pelkkään kliinisen statuksen selvittämiseen. Selvi- tettyäni oirekyselyn toteuttamista, helppokäyttöisyyttä ja saatuaani tarpeeksi tietoa oi-

rekyselystä ehdotin sitä toimeksiantajalle. Toimeksiantaja kiinnostui tästä vaihtoehdosta ja tarkastelimme yhdessä parasta tapaa käyttää kyseistä oirekyselyä.

Tarkoitus on muuttaa myöhäiskontrollikäynti nykyaikaisempaan ja aikaa säästävämpään muotoon. Suurimmassa roolissa muutoksessa on oirekyselyn käyttöönotto. Sillä määritellään potilaan tekonivelen tila sekä jatkohoidon tarve.

Mietimme toimeksiantajan kanssa eri vaihtoehtoja siitä, missä vaiheessa lomake tulisi antaa potilaalle. Seuraavassa listassa on aikajärjestyksessä ensimmäisestä vaihtoehdosta kohti viimeistä ja parhaaksi todettua vaihtoehtoa:

1. Potilaalle lähetetään postissa lomake, jonka hän palauttaa tullessaan kontrollikäynnille kirurgian poliklinikalle.
2. Potilaalle lähetetään postissa lomake, jonka hän palauttaa joko postitse tai suoraan keskussairaalalle. Tämän jälkeen potilaan pistemäärä tarkastetaan ja tehdään jatkohoitosuunnitelma pisteytyksen perusteella. Lomake skannataan ja liitetään potilaan hoitokertomukseen.
3. Ortopedinen hoitaja soittaa potilaalle ja haastattelee puhelimen välityksellä potilaan oirekyselyn mukaan ja saa näin tiedon pisteytyksestä. Puhelun jälkeen potilaan oirekyselyn pistemäärä tallennetaan Efficaan ja tehdään jatkohoitopäätös.
4. Potilaalle lähetetään lomake postissa etukäteen. Ortopedinen hoitaja soittaa potilaalle ja saa puhelimen välityksellä potilaan tiedon pisteytyksestä. Puhelun jälkeen potilaan oirekyselyn pistemäärä tallennetaan Efficaan ja tehdään jatkohoitopäätös.

Päädyttyämme parhaiten palvelevaan malliin aloitimme sen kehittämisen. Kehittämisessä oli mukana ortopedinen sairaanhoitaja, leikkauksista vastaava ortopedi sekä minä. Päädyimme viimeiseen ratkaisuvaihtoehtoon, koska koimme, että etukäteen potilaalle lähetettävä lomake nopeuttaa prosessia verrattuna siihen, että potilas kuulisi kysymykset ensimmäistä kertaa vasta hoitajan soittaessa. Tällä saadaan säästettyä aikaa puhelussa, koska hoitajan ei tarvitse tulkita ja selittää kysymyksiä potilaalle puhelun aikana.

Kirurgian poliklinikan sihteeri lähettää ajanvaraukset potilaalle. Tässä uudessa mallissa päädyimme ratkaisuun, jossa sihteeri lähettää potilaalle tiedon, milloin puhelinsoit-

to tapahtuu, Oxfordin oirekyselylomakkeen, tai kaksi, jos kummassakin polvessa tai lonkassa on tekonivel, sekä ohjeet röntgenin ajanvaraukseen. Oirekyselyn kehittäjät suosittelevat käyttämään jokaiselle nivelelle omaa lomaketta, joten näin päädyttiin tekemään tässäkin tapauksessa (Murray ym. 2007, 1011). Röntgenin ajanvarausohjeessa pyydetään potilasta varaamaan aika hänelle läheisimpään kunnalliseen röntgenkuvauspaikkaan, esim. terveyskeskukseen, ja käymään siellä ennen ortopediahoitajan puhelinsoittoa.

6.3 Toteutus

Uutta oirekyselyä tullaan käyttämään myöhäiskontrollissa. Tarkoituksena on kartoittaa puhelinhaastattelun ja röntgenkuvan avulla potilaiden tekonivelen toimivuus ja tämän perusteella tehdä päätös, tarvitseeko potilas sairaalassa käyntiä. Potilas käy röntgenissä ennen puhelimen välityksellä tapahtuvaa kartoitusta. Näin voidaan varmistaa kartoituksen yhteydessä, että potilaasta on saatavilla ajankohtainen röntgenkuva leikattua nivelestä. Puhelinhaastattelussa hoitaja kartoittaa Oxfordin oirekyselyn sekä muutamien muun räätälöidyn kysymyksen avulla potilaan tekonivelen toimivuutta ja kipua. Puhelinhaastattelun ja röntgenkuvan avulla ortopedi tekee hoitolinjauksen jatkohoidosta.

Lomake oli saatavilla vain englanninkielisenä, joten ensimmäinen tehtävä oli kääntää kysymykset englannista suomeksi. Pohjana käytin Manniselta (2015) saatuja Oxfordin oirekyselyiden englanninkielisiä versioita. Käänsin jokaisen kysymyksen vastausvaihtoehtoiseen suomeksi ja joissain kohdissa jätin epäolennaisia asioita käännöksestä pois. Esimerkkinä OKS-kyselyn kohta ”Have you had any trouble getting in and out of a car or using public transport because of your knee?” kääntyi muotoon ”Onko leikkattu polvi haitannut autoon menemistä tai sieltä ulos nousemista?” En nähnyt olennaiseksi kysyä myös julkisten liikennevälineiden käytöstä kyseisessä kohdassa.

Tarkastutin käännökset oppilaitoksemme englannin kielen lehtorilla. Tärkeimpinä kriteereinä pidin käännösten asiasisällön pysymistä oikeana. Hän totesi käännöksien olevan hyviä ja hänen tarkastuksen perusteella tehtiin vain muutamia muokkauksia kirjoitusasuun.

Toimeksiantajan toiveesta lisäsin oirekyselyn loppuun kysymyksiä, jotka eivät vaikuta oirekyselyn pisteytykseen. Näiden kysymysten tarkoitus on saada lisätietoja, joilla voi olla merkitystä tekonivelen toimintaan ja ennusteeseen. Lisäkysymykset perustuivat ortopediahoitajan ja ortopedin kokemukseen.

6.3.1 Oxfordin oirekyselyn pilotointi ja sen pohjalta tehdyt muutokset

Ensimmäinen pilotointi tapahtui joulukuussa 2015. Kyseisenä päivänä ortopedisen sairaanhoitajan vastaanotolla kävi neljä potilasta, iältään 54 - 75-vuotiaita. Heistä 64- ja 75- vuotiaat olivat lonkan tekonivelleikkauksen ja 54- ja 74-vuotiaat polven tekonivelleikkauksen myöhäiskontrollikäynnillä. Tämän käynnin jälkeen tapasimme seuraavana päivänä ortopedisen sairaanhoitajan ja sairaanhoitajaopiskelijan kanssa, jotka olivat pilotoinnin tehneet. Heidän havaintojensa perusteella muutin kolmesta kysymyksestä kielioppia sekä muutin lisäkysymykset hampaiden ja suun hoidosta kahteen eri kysymykseen. Hampaiden ja suun hoidosta sekä tarkastuksessa käynnistä on nyt kummastakin erillinen lisäkysymys.

Ensimmäisen pilotoinnin perusteella vertasimme ortopediahoitajan arviota Oxfordin oirekyselyiden pisteytykseen ja huomasimme, että pisteytys jatkotoimenpiteistä vastasi ortopediahoitajan käsitystä tarpeellisesta jatkohoidosta. Sovimme myös, että vastuulääkäri käy vielä läpi Oxfordin oirekyselyn aiheuttamat jatkotoimenpidesuositukset ja ottaa niihin kantaa.

Ensimmäisen pilotoinnin jälkeen sovimme, että toinen pilotointi suoritetaan viikon kuluttua, jolloin myöhäistarkastukseen tuli neljä potilasta, joille oli tehty joko kummankin tai vain toisen lonkan tekonivelleikkaus. Toisen vaiheen pilotointiin osallistuvat potilaat olivat iältään 73 - 80-vuotiaita. Tämän pilotoinnin yhteydessä ortopediahoitaja katsoi lomakkeen täyttämiseen kuluvan ajan, joka oli 5 - 20 min, keskiarvona 10 min. Tämänkin pilotoinnin kohdalla havaittiin, että lomakkeella saatu tulos vastaa hyvin ortopediahoitajan arvioita jatkohoidon tarpeesta. Tässä pilotoinnissa ei noussut esille mitään korjauksia.

Pilotoinneissa kertyneiden käyttökokemusten avulla paransimme ja muutimme lomaketta vastaamaan kirurgian poliklinikan tarpeita. Lisäsimme lomakkeen loppuun ky-

symyksiä tupakoinnista, hampaiden hoidosta ja liikunnasta. Nämä kysymykset eivät vaikuta pisteytykseen, vaan ne ovat tietoja, joita ortopedi haluaa saada potilaalta.

Näiden pilotointien jälkeen totesimme, että lomake on lopullisessa muodossa. Siihen vastaaminen on helppoa ja lisäkysymyksillä saadaan haluttua lisätietoa potilaan tilasta. Jatkossa lomakkeeseen on helppo vielä lisätä muita lisäkysymyksiä, jos ortopedinen sairaanhoitaja tai ortopedi huomaa niille tarvetta.

Lopullinen versio käytettävästä lomakkeesta on liitteenä (4 ja 5) työn lopussa. Lomakkeen ulkoasua voidaan muokata toimeksiantajan toiveiden mukaan, esimerkiksi tulostaa lomake sairaanhoitopiirin viralliselle lomakepohjalle.

6.3.2 Lomakkeen testaus puhelinhaastatteluna

Puhelinhaastattelua varten tein pilotoinnin neljän puhelun avulla. Nämä puhelut suoritettiin ennalta valikoiduille henkilöille, joille oirekyselyn sisältö ei ollut entuudestaan tuttu. Tarkoituksena oli katsoa, kuinka kauan puhelu kestää, jos potilas ei ole etukäteen täyttänyt lomaketta vaan vastaa kysymyksiin puhelun aikana. Koepuhelut toteutettiin samalla sisällöllä, jolla ortopedinen sairaanhoitaja ne toteuttaisi. Alussa esittelin itseni, varmistin potilaan henkilöturvattuuden, kysyin, onko potilas käynyt röntgenissä, varmistin leikatun raajan ja nivelen, ja tämän jälkeen aloitin kysymysten esittämisen.

Kysymyksiä yhteydessä esitin eri vastausvaihtoehdot jokaisesta kysymyksestä ja merkitsin omaan lomakkeeseen koehenkilön valitseman vaihtoehdon. Puhelun lopussa kerroin ortopedin katsovan tulokset ja röntgenkuvat ja ortopedin halutessa tarkempia tutkimuksia tulotaisiin potilaaseen ottamaan yhteyttä. Tein OKS:stä ja OHS:stä kummastakin kaksi koepuhelua, toisessa puhelussa koehenkilöllä oli vain yksi tekonivel ja toisessa puhelussa kummankin jalan tekonivel joko polvissa tai lonkissa. Näiden puheluiden perusteella sain ajat puheluista, jotka esittävät pisintä mahdollista puhelun kestoa. Puheluiden kestot olivat 4 min 45 s – 11 min 29 s, keskiarvon ollessa 6 min 48 s.

Koepuheluiden avulla voidaan arvioida, että hoitopuheluun varattava aika on hyvä olla 30 min ortopedisen sairaanhoitajan ajanvarauskirjasta. Tästä puolen tunnin ajasta

noin 20 min voidaan varata itse puheluun ja 10 min puhelun tietojen kirjaamiseen potilastietojärjestelmään. Kyseiseen aikaan on laitettu varmuuden vuoksi ”ylimääräistä” verrattuna koepuheluihin, koska on syytä huomioida ihmisten erilaisuus vastata kyselyyn. Joillakin potilailla voi tulla vastaukset nopeasti, ja jotkut saattavat miettiä pitkään vaihtoehtojen välillä. Tästä puolen tunnin ajasta on myös helppo lähteä vähentämään varattavaa aikaa, kun on saatu enemmän käytännön kokemusta puheluista.

Tällä yhden puhelun puolen tunnin ajanvarauksella saadaan lisättyä yhden myöhäiskontrollipäivän potilaskontakteja tämän hetkisestä neljästä jopa kahdeksaan kontaktiin päivää kohti. Ajallista säästöä uudella menetelmällä tulee paljon.

6.3.3 Jatkohoidon tarpeen määrittäminen Oxfordin oirekyselyn pisteiden perusteella

Haastattelun kautta saadun oirekyselyn pistemäärän perusteella voidaan suoraan määrittellä potilaan jatkohoidon tarve:

- Potilas ei tarvitse käyntiä sairaalassa, pisteet 40 - 48.
- Potilas kutsutaan hoitajan vastaanotolle, pisteet 20 - 39 tai
- Potilas kutsutaan suoraan ortopedin vastaanotolle, pisteet 0 - 19.

Pisterajoissa yli 41 pistettä koetaan erinomaiseksi tulokseksi, 34 - 41 hyväksi, 27 - 33 kohtalaiseksi ja alle 27 huonoksi (Murray ym. 2007, 1012). Näiden pisterajojen perusteella, niitä hieman muokaten, määritimme yllä mainitut pisterajat, joiden perusteella jatkohoito määräytyy. Pisterajat käytiin läpi ortopedin ja ortopedisen sairaanhoitajan kanssa ja todettiin ne käyttökelpoisiksi. Näiden pisterajojen avulla voidaan vaikeimmat tapaukset lähettää suoraan ortopedin vastaanotolle ilman ortopedisellä sairaanhoitajalla käyntiä. Keskivaiheen tapaukset kutsutaan ortopedisen sairaanhoitajan vastaanotolle, jossa ortopedinen sairaanhoitaja voi antaa ohjausta ja tarvittaessa laittaa tarkempiin tutkimuksiin ortopedin vastaanotolle.

Oxfordin oirekyselyn tulokset kirjataan potilaan hoitotietoihin Efficaan. Kirjaukseen laitetaan saatu pistemäärä, tekonivelen sijainti, jatkohoidon tarve ja lisäkysymyksien vastaukset. Tällä menettelyllä saadaan vähennettyä kirjoitettavan tiedon määrää. Kirjaamista helpottaa Efficaan valmiiksi määritetyt fraasit, joissa on lisäkysymykset valmiina ja niihin merkitään potilaan vastaus.

6.4 Lopullinen käytäntö, valmis ehdotus

Tämän suunnitelman pohjalta myöhäiskontrollikäytäntö tulee muuttumaan täysin erilaiseksi. Pohjana on Suomen artroplastiayhdistyksen (2015) suositus tekonivelleikkauksen seurannasta. Poliklinikkakäynnit vähenevät huomattavasti ja ortopedisen sairaanhoitajan tehtäväksi jää hoitopuhelun tekeminen, jossa potilaalta kysytään oirekyselyn tulokset. Näiden tulosten ja röntgenkuvien perusteella ortopedi tekee jatkohoitoa koskevat päätökset.

Yhteenvetona uusi toimintamalli myöhäiskontrollin suhteen tulee olemaan seuraavanlainen:

1. Potilaalle postitetaan ajanvaraus röntgeniin ja hoitopuheluun, sekä OKS- tai OHS-kyselylomakkeet.
2. Potilas varaa ajan ja käy röntgenissä ennen hoitopuhelua.
3. Ortopedinen sairaanhoitaja soittaa potilaalle, käy läpi oirekyselyn ja varmistaa, että potilas on käynyt röntgenissä.
4. Oirekyselyn pistemäärän perusteella ortopedinen sairaanhoitaja tekee ortopedin kanssa jatkohoitopäätöksen.
5. Tarvittaessa potilas kutsutaan suoraan ortopedin vastaanotolle tai vaihtoehtoisesti ortopedisen sairaanhoitajan vastaanotolle.

Ajallista säästöä saadaan huomattava määrä vanhaan malliin verrattuna. Päivän potilaskontaktit voidaan kaksinkertaistaa tai vaihtoehtoisesti myöhäiskontrolleihin käytettävä aika voidaan vähentää puoleen päivään. Tällöin toinen puolikas päivästä jää ortopediselle sairaanhoitajalle muuhun hoitotyöhön.

Oirekyselyn kehittäjät suosittelevat muistuttamaan potilasta oirekyselyn täyttämisestä (Murray ym. 2007, 1011). Tässä mallissa kyseistä ongelmaa ei tule olemaan, koska ortopedinen sairaanhoitaja soittaa ja varmistaa, että potilas vastaa kaikkiin kysymyksiin. Haastattelu on helppo toistaa jokaisen potilaan kohdalla samalla tavalla, koska lomake sisältää 12 kysymystä sekä lisäkysymykset, joihin vastataan vaihtoehdoin ”kyllä” tai ”ei”. Tämän lisäksi leikkauksen vaikuttavuuden seuranta paranee, jos oirekysely otetaan käyttöön myös ennen leikkausta. Tällöin voidaan verrata oirekyselyn pistemääriä ennen ja jälkeen leikkauksen.

7 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö on hyvä esimerkki siitä, kuinka idea voi lähteä muuttumaan ja kehittymään ajan myötä. Aluksi tarkoituksena oli päivittää lomake ja siten helpottaa poliklinikkakäyntien kirjaamista potilastietojärjestelmään. Melkein heti aloituksesta huomasimme, että voimme kehittää koko myöhäiskontrollia. Alussa seurasin ortopedisen sairaanhoitajan työtä myöhäiskontrolleissa ja tein niistä muistiinpanoja, joita käytin kehittämisen pohjana. Havaitsin, että potilaan ohjaaminen oli suuri osa käyntiä ja itse kliininen osuus jäi pienempään osaan. Tästä muodostui suurin yksittäinen kehittämiskohde, johon tarttua.

Tutkin aineistoa, jonka keräsin myöhäiskontrollikäynneistä ja julkaistuista tutkimuksista. Huomasin, että paras tapa kehittää kirjaamista on siirtyä käyttämään Suomen Artroplastiayhdistyksen (2015) suosittelemaa oirekyselyä. Tämän oirekyselyn käyttäminen vaati myös sen, että koko myöhäiskontrollikäytäntö muutetaan.

Oxfordin oirekyselyyn siirtyminen sai tukea Artroplastiayhdistyksen (2015) suosituksesta ja kyseiseen aiheeseen liittyvistä tutkimuksista. Kyseisen kyselyn käyttöönottoa tuki myös sen käyttö muissa sairaaloissa ja ulkomailla. Oli mielenkiintoista etsiä tietoa ja havaita, että aihepiirin tutkimukset ovat pääsääntöisesti ulkomaalaisia julkaisuj. Tiedonhakua hankaloitti tähän aiheeseen spesifisesti liittyvän tiedon niukkuus. Suurin osa tutkimuksista on keskittynyt tekonivelpotilaan leikkauksiin tai kivun hoitoon. Myöhäiskontrollit tai niiden muutokset eivät olleet tutkimusten aiheina.

Keskusteluissa toimeksiantajan kanssa päädyimme ottamaan käyttöön tämän oirekyselyn. Päädyimme myös muokkaamaan koko myöhäiskontrollikäytäntöä. Myöhäiskontrollikäytäntöön keskittyminen rajasi aiheita tehokkaasti ja sen jälkeen alkoi itse muutosprosessi. Pääsin perehtymään kokonaisuudessa Oxfordin oirekyselyn käytettävyyteen, luotettavuuteen ja sovitettavuuteen kirurgian poliklinikalle. Tein käännökset oirekyselystä ja tarkastutin ne oppilaitoksessani. Tämän jälkeen pilotoimme oirekyselyn kahteen kertaan potilailla kirurgian poliklinikalla ja muokkasimme esiin nousseiden asioiden perusteella kyselylomaketta. Suoritin puhelinpilotoinnin ja tein sen perusteella arvion siihen käytettävän ajan varaamisesta. Lopputuloksena oli lomake, joka kattoi Oxfordin oirekyselyn sekä halutut lisäkysymykset.

Opinnäytetyön luotettavuus varmistettiin pilotoinnin jälkeen käytävillä keskusteluilla, joissa oli mukana aiheeseen liittyvät hoitajat ja lääkärit. Keskusteluissa keskustelimme kokemuksista, joita käyttäjille oli tullut tämän uudenlaisen kirjaamisen ja menetelmän käyttöönoton jälkeen. Luotettavuutta varten on kysytty kommentteja kyseisten Oxfordin oirekyselyn käytöstä muilta tekonivelleikkauksia tekeviltä sairaaloilta. Myös niiden kokemukset on otettu huomioon oirekyselylomakkeen muokkaamisessa.

Potilaiden anonymiteetti lomakkeen pilotoinneissa varmistettiin sillä, että heistä kirjoitettiin lomakkeisiin pelkästään leikattu jalka, tekonivelen paikka sekä potilaan ikä. Pilotoinnin missään vaiheessa ei tullut ilmi muita potilaan tietoja. Puhelinpilotointi suoritettiin henkilöille, jotka eivät olleet potilaita.

Pilotoinneissa olisimme voineet käyttää suurempia potilasryhmiä, mutta totesimme lomakkeen hyväksi jo nyt pilotoidulla määrällä. Myös puheluita olisi voinut tehdä enemmän. Puhelut olisi voinut tehdä oikeille potilaille, joille lonkkaleikkaus on tehty. Tähän olisi vaadittu tutkimuslupa, joten päädyimme käyttämään henkilöitä, jotka eivät olleet potilaita.

Tämän opinnäytetyön lopputulosta voidaan käyttää hyväksi myös muissa yksiköissä. Mielestäni olemme kattavasti ottaneet huomioon myöhäiskontroleihin liittyvät asiat ja täten kyseinen muutos on helppo toteuttaa muuallakin.

Työn tavoitteena oli ottaa käyttöön Oxfordin oirekysely ja siten kehittää myöhäiskontrollia ja erityisesti käynteihin liittyvää kirjaamista potilastietojärjestelmään. Kehitysvaiheiden ja myöhäiskontrollin muuttamisen myötä tavoite täyttyi, kun siirryimme hyvin lyhyeen ja helppoon tapaan kirjata. Tähän vaikutti potilaan ohjauksen rajaaminen työn ulkopuolelle ja päätyminen Oxfordin oirekyselyn käyttöön. Mielestäni saavutin tavoitteet, joita asetimme toimeksiantajan kanssa. Kokemuksena kyseinen prosessi on ollut todella opettavainen ja mielenkiintoinen. Olen saanut paljon lisää tietoa ja kokemusta tänä aikana hoitotyöhön liittyen.

Jatkokehityskohteet

Tämän opinnäytetyön tuoma seuraava kehitysvaihe olisi oirekyselyn siirtäminen Hyvis-palveluun. Tällä tavalla voitaisiin vähentää paperipostin määrää ja saada tulokset siirtymään suoraan potilaan sähköiseen potilastietojärjestelmään kyseisen palvelun kautta. Hyvis on Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä ja sen alueen kunnissa käytössä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointipalvelu. Tämän palvelun kautta potilaat voivat asioida terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. (ESSHP 2016.)

Potilaan ohjaus voitaisiin toteuttaa esimerkiksi yhdistetyillä ohjauksenkäynneillä, joissa olisi paikalla useampi leikkaukseen menevä tai sen jo läpikäynyt potilas. Tämän takia rajasin sen tästä opinnäytetyöstä kokonaan pois.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin tulisi myös jatkossa käyttää OHS- ja OKS-lomakkeita potilaiden statuksen selvittämiseen ennen leikkausta. Olisi myös hyvä muuttaa ensimmäinen myöhäiskontrolli vuoden päähän leikkauksesta, kuten Suomen artroplastia yhdistys (2015) suosittelee. Näin saataisiin paremmin seurattua tekonivelleikkausten vaikuttavuutta.

LÄHTEET

Alaloukusa-Lahtinen, Johanna 2011. Yhtenäinen toimintamalli tekonivelpotilaan ohjaukseen. Potilaan parhaaksi – Valtakunnallisesti. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen -osahankkeen loppuseminaari. PDF-dokumentti.

https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/24584_17.5_Yhtenainen_toimintamalli_tekonivelpotilaan_ohjaukseen_Alaloukusa-Lahtinen.pdf. Päivitetty 17.5.2011. Luettu 8.4.2016.

Browne, John, Patrick, Bastaki, Hamad, Dawson, Jill 2013. What is the optimal time point to assess patient-reported recovery after hip and knee replacement? A systematic review and analysis of routinely reported outcome data from the English patient-reported outcome measures programme. *Health and Quality of Life Outcomes* 11, 1-7. PDF-dokumentti. <http://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-11-128?site=hqlo.biomedcentral.com>. Päivitetty 2013. Luettu 20.3.2016.

Dawson, Jill, Fitzpatrick, Ray, Carr, Andrew & Murray, David 1996. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. *The Journal of bone and joint surgery* 2, 185-190. PDF-dokumentti. <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/jbjsbr/78-B/2/185.full.pdf>. Päivitetty Maaliskuu 1996. Luettu 31.1.2016.

Dawson, Jill, Fitzpatrick, Ray, Carr, Andrew & Murray, David 1998. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *The Journal of bone and joint surgery* 1, 63-69. PDF-dokumentti. <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/80-B/1/63.full.pdf>. Päivitetty tammikuu 1998. Luettu 20.3.2016.

Dunbar, Michael, Robertsson, Otto, Ryd, Leif, Lidgren Lars 2000. Translation and validation of the Oxford-12 Item Knee Score for use in Sweden, *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 71, 268-274. PDF-dokumentti. https://www.researchgate.net/profile/Michael_Dunbar/publication/12401237_Translation_and_validation_of_the_Oxford-12_Item_Knee_Score_for_use_in_Sweden/links/54557e230cf2bccc490ccd54.pdf?origin=publication_detail. Ei päivitystietoa. Luettu 20.3.2016.

Eskelinen, Antti 2015. Sähköpostiviesti 12.1.2016. Apulaisylilääkäri, tutkimusjohtaja. Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2014. Vuositilasto 2014. PDF-dokumentti. <http://www.esshp.fi/downloader.asp?id=7754&type=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.8.2015.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2015a. Perehtymisopas 2015. PDF-dokumentti. <http://www.esshp.fi/downloader.asp?id=7857&type=1>. Päivitetty 17.3.2015. Luettu 1.9.2015.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2015b. Mikkelin sairaala, erikoisalut. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/mkserikoisalut>. Päivitetty 2.2.2015. Luettu 28.8.2015.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2015c. Mikkelin sairaala, osastot ja poliklinikat. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=392. Päivitetty 19.8.2015. Luettu 28.8.2015.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2015d. Palveluhinnasto 2016. PDF-dokumentti. <http://www.esshp.fi/downloader.asp?id=8133&type=1>. Päivitetty 17.12.2015. Luettu 5.1.2016.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2016. Asioi sähköisesti Hyvis-palvelussa. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/sahkoinenasiointi>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.2.2016.

Harilainen, Ari & Sandelin, Jerker 2010. Kipeä polvi. Teoksessa Alhava, Esko, Höckerstedt, Krister, Leppäniemi, Ari & Roberts, Peter J. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Analysointimenetelmiä. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015. Palveluhinnasto 2015, Osa 1 tuotteis-
tetut sairaanhoidolliset palvelut. PDF-dokumentti. <http://www.hus.fi/hus-tie-toa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhinnasto%202015%20OSA%201.pdf>. Päivitetty 29.7.2015. Luettu 5.1.2016.

Isis Innovation 2014a. The Oxford Hip Score (OHS). WWW-dokumentti. <http://isis-innovation.com/outcome-measures/oxford-hip-score-ohs/>. Päivitetty 18.9.2014. Luettu 11.2.2016.

Isis Innovation 2014b. The Oxford Knee Score (OKS). WWW-dokumentti. <http://isis-innovation.com/outcome-measures/oxford-knee-score-oks/>. Päivitetty 18.9.2014. Luettu 11.2.2016.

Kuukka, Arja 2015a. Sähköpostiviesti 25.8.2015. Ortopedinen sairaanhoitaja. Mikkelin keskussairaala.

Kuukka, Arja 2015b. Haastattelu 4.12.2015. Ortopedinen sairaanhoitaja. Mikkelin keskussairaala.

Kuukka, Arja 2016. Sähköpostiviesti 11.3.2016. Ortopedinen sairaanhoitaja. Mikkelin keskussairaala.

Käypä hoito -suositus 2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=331C0FF035E58BA96A89925F9369C94F?id=hoi50054#s7>. Päivitetty 25.8.2014. Luettu 16.9.2015.

Lehto, Matti & Pajamäki, Jorma 2010. Kipeä lonkka. Teoksessa Alhava, Esko, Höckerstedt, Krister, Leppäniemi, Ari & Roberts, Peter J. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Manninen, Mikko 2015. Sähköpostiviesti 30.12.2015. Johtava ylilääkäri, ortopedia. Orton.

Mokka, Jari 2015. Bearing-specific complications of total hip arthroplasty: characterization and treatment, Turun yliopiston julkaisuja. PDF-dokumentti. <http://www.doria.fi/ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/bitstream/handle/10024/118661/AnnalesD1213Mokka.pdf?sequence=2>. Ei päivitystietoja. Luettu 28.3.2016.

Murray, D. W., Fitzpatrick, R., Rogers, K., Pandit, H., Beard, D. J., Carr, A. J. & Dawson, J. 2007. The use of Oxford hip and knee scores. PDF-dokumentti. The Journal of Bone & Joint Surgery 89-b, 1010-1014. <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/jbjsbr/89-B/8/1010.full.pdf>. Päivitetty 4.9.2007. Luettu 11.2.2016.

Mäkeläinen, Paula 2015. Open House hanke – raportti työelämäjaksolta Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Mäkeläinen, Vesa 2016. Sähköpostiviesti 7.4.2016. Välinehuoltopäällikkö. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Pynsent, P.B, Adams, S.J, Disnet, S.P 2008. The Oxford hip and knee outcome questionnaires for arthroplasty – Outcomes and standards for surgical audit. The Bone & Joint Journal, Vol 87-B.

Rothwell, A.G, Hooper, G. J., Hobbs, A, Frampton C.M 2010. An analysis of the Oxford hip and knee scores and their relationship to early joint revision in the New Zealand Joint Registry. The Bone & Joint Journal, Vol 92-B, No. 3.

Ruuska, Kai 2012. Pidä projekti hallinnassa – suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Vantaa: Hansaprint Oy.

Silvennoinen-Nuora, Leena 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen yliopisto. Jotamistieteiden laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>. Päivitetty 3.12.2010. Luettu 8.4.2016.

Suomen Artroplastiayhdistys 2015. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. PDF-dokumentti. http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf. Päivitetty 2015. Luettu 16.9.2015.

The Bone & Joint Journal, 2016. About us. WWW-dokumentti. <http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/about-us>. Ei päivitystietoja. Luettu 25.2.2016.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2014. Lonkka- ja polviproteesit 2000-2013. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120409/Lonkka-%20ja%20polviproteesit_suomi_ruotsi.pdf?sequence=4. Päivitetty 27.11.2014. Luettu 18.9.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. ENDOnet – Finnish Arthroplasty Register. WWW-sivusto. <https://www2.thl.fi/endo/report/#html/definitions>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.3.2016.

Vainikainen, Tuula 2010. Nivelkirja. Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntouttaminen. Helsinki: WSOY.

OXFORD KNEE SCORE QUESTIONNAIRE

Please answer the following 12 questions. Choose only one answer per question. The value for each answer is indicated to the right of the answer. Total up all of your answers to obtain a total score out of 48 points. Please only consider how you have been getting on during the past four weeks

Name:	
Date:	
Left or right Knee?	

1. How would you describe the pain you have usually from your knee? Score

- None – 4
- Very mild – 3
- Mild – 2
- Mild moderate – 1
- Severe – 0

7. Have you been able to do your own household shopping on your own? Score

- Yes, easily – 4
- With little difficulty – 3
- With moderate difficulty – 2
- With extreme difficulty – 1
- No, impossible – 0

2. Have you had any trouble with washing and drying yourself all over because of your knee?

- No trouble at all – 4
- Very little trouble – 3
- Moderate trouble – 2
- Extreme difficulty – 1
- Impossible to do – 0

8. For how long have you been able to walk before the pain from your knee became severe (with or without a stick)?

- No pain, even after more than 30 minutes – 4
- 16-30 minutes – 3
- 5-15 minutes – 2
- Around the house only – 1
- Unable to walk at all – 0

3. Have you had any trouble getting in and out of a car or using public transport because of your knee?

- No trouble at all – 4
- Very little trouble – 3
- Moderate trouble – 2
- Extreme difficulty – 1
- Impossible to do – 0

9. Have you been able to walk down a flight of stairs

- Yes, easily – 4
- With little difficulty – 3
- With moderate difficulty – 2
- With extreme difficulty – 1
- No, impossible – 0

4. If you were to kneel down could you stand up afterwards?

- Yes, easily – 4
- With little difficulty – 3
- With moderate difficulty – 2
- With extreme difficulty – 1
- No, impossible – 0

10. After a meal (sat at a table) how painful has it been for you to stand up from a chair because of your knee?

- Not at all painful – 4
- Slightly painful – 3
- Moderately painful – 2
- Very painful – 1
- Unbearable – 0

5. Have you been limping when walking because of your knee?

- Rarely/never – 4
- Sometimes or just at first – 3
- Often, not just at first – 2
- Most of the time – 1
- All of the time – 0

11. How much pain from your knee interfered with your usual work (including housework)?

- Not at all – 4
- A little bit – 3
- Moderately – 2
- Greatly – 1
- Totally – 0

Oxford Knee Score

6. Have you felt that your knee might suddenly give way or let you down?

- Rarely/never – 4
- Sometimes or just at first – 3
- Often, not just at first – 2
- Most of the time – 1
- All of the time – 0

12. Have you been troubled by pain from your knee in bed at night?

- No nights – 4
- Only 1 or 2 nights – 3
- Some nights – 2
- Most nights – 1
- Every night – 0

Total Score: /48

OXFORD HIP SCORE QUESTIONNAIRE

Please answer the following 12 questions. Choose only one answer per question. The value for each answer is indicated to the right of the answer. Total up all of your answers to obtain a total score out of 48 points. Please only consider how you have been getting on during the past four weeks

Name:	
Date:	
Left or right Hip?	

1. How would you describe the pain you usually have in your hip? **Score**

- None – 4
- Very mild – 3
- Mild – 2
- Mild moderate – 1
- Severe – 0

7. Have you been able to put on a pair of socks, stockings or tights? **Score**

- Yes, easily – 4
- With little difficulty – 3
- With moderate difficulty – 2
- With extreme difficulty – 1
- No, impossible – 0

2. Have you been troubled by pain from your hip in bed at night?

- No nights – 4
- Only 1 or 2 nights – 3
- Some nights – 2
- Most nights – 1
- Every night – 0

8. After a meal (sat at a table), how painful has it been for you to stand up from a chair because of your hip?

- Not at all painful – 4
- Slightly painful – 3
- Moderately painful – 2
- Very painful – 1
- Unbearable – 0

3. Have you had any sudden, severe pain- 'shooting', 'stabbing', or 'spasms' from your affected hip?

- Rarely/never – 4
- Sometimes or just at first – 3
- Often, not just at first – 2
- Most of the time – 1
- All of the time – 0

9. Have you had any trouble getting in and out of a car or using public transportation because of your hip?

- No trouble at all – 4
- Very little trouble – 3
- Moderate trouble – 2
- Extreme difficulty – 1
- Impossible to do – 0

4. Have you been limping when walking because of your hip?

- Yes, easily – 4
- With little difficulty – 3
- With moderate difficulty – 2
- With extreme difficulty – 1
- No, impossible – 0

10. Have you had any trouble with washing and drying yourself (all over) because of your hip?

- No trouble at all – 4
- Very little trouble – 3
- Moderate trouble – 2
- Extreme difficulty – 1
- Impossible to do – 0

5. For how long have you been able to walk before the pain in your hip becomes severe (with or without a walking aid)?

- No pain for 30 minutes or more – 4
- 16 to 30 minutes – 3
- 5 to 15 minutes – 2
- Around the house only – 1
- Not at all – 0

11. Could you do the household shopping on your own?

- Yes, easily – 4
- With little difficulty – 3
- With moderate difficulty – 2
- With extreme difficulty – 1
- No, impossible – 0

Oxford Hip Score

6. Have you been able to climb a flight of stairs?

- Yes, easily – 4
 - With little difficulty – 3
 - With moderate difficulty – 2
 - With extreme difficulty – 1
 - No, impossible – 0
-

12. How much has pain from your hip interfered with your usual work, including housework?

- Not at all – 4
 - A little bit – 3
 - Moderately – 2
 - Greatly – 1
 - Totally – 0
-

Total Score: /48

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
Rothwell, A.G, Hooper, G. J., Hobbs, A, Frampton C.M 2010. An analysis of the Oxford hip and knee scores and their relationship to early joint revision in the New Zealand Joint Registry. The Bone & Joint Journal, Vol 92-B, No. 3.	Uuden Seelannin polvi- ja nivelteko-leikkauksen läpikäyneet potilaat, joille on tehty OKS ja OHS pisteytys. Tutkittu voidaanko pisteytyksen avulla ennustaa uusinta-leikkauksen tarvetta.	17 690 OHS potilasta, 13 627 OKS potilasta. Tutkimusmenetelmänä oli logistinen regressioanalyysi.	Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että kysely on luotettava ja antaa myös ennustettavuutta tarvittavien uusintaleikkausten osalta.
Pynsent, P.B, Adams, S.J, Disnet, S.P 2008. The Oxford hip and knee outcome questionnaires for arthroplasty – Outcomes and standards for surgical audit. The Bone & Joint Journal, Vol 87-B.	Tutkimuksessa tutkittiin voiko OKS ja OHS kyselyitä toteuttaa samalla kaavakkeella kummankin raajan kohdalta. Samalla kokeiltiin uutta pisteytystä (0-4 pistettä per kysely)	OHS 1554 potilasta, OKS 1739 potilasta.	Tutkimus osoittaa, että useamman vuoden seurannassa OKS ja OHS on hyvä menetelmä leikkauksen onnistumisen seurannassa. Se myös osoittaa, että samalla kaavakkeella voidaan halutessa kysyä kummankin raajan nivelen toimivuutta.
Dunbar, Michael, Robertsson, Otto, Ryd, Leif, Lidgren Lars 2000. Translation and validation of the Oxford-12 Item Knee Score for use in Sweden, Acta Orthopaedica Scandinavica, 71:3, 268-274.	Tutkimuksen kohteena oli OKS kyselyn kääntäminen ja validointi Ruotsin kielelle.	1026 potilasta joille on tehty polvintekonivelleikkaus. Tutkimus oli määrällinen tutkimus.	OKS on käännetty ja validoitu Ruotsissa ja tutkijoiden mukaan käyttökelpoinen kysely.

<p>Harris, Kristina, Dawson, Jill, Jones, Luke, Beard, David, Price, Andrew 2013. Extending the use of PROMs in the NHS—using the Oxford Knee Score in patients undergoing non-operative management for knee osteoarthritis: a validation study. <i>BMJ Open</i>, 3:2013.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin OKS käyttöä leikkauksettomassa polven nivelrikon hoidossa.</p>	<p>134 potilasta joilla hoidettiin polven nivelrikkoa.</p>	<p>OKS:ää ja täten oletettavasti myös OHS:ää voidaan käyttää myös niiden potilaiden seurannassa joiden kohdalta on päätetty hoitaa nivelrikkoa ilman tekonivelleikkausta.</p>
<p>Browne, John, Patrick, Bastaki, Hamad, Dawson, Jill 2013. What is the optimal time point to assess patient-reported recovery after hip and knee replacement? a systematic review and analysis of routinely reported outcome data from the English patient-reported outcome measures programme. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> 2013, 11:128.</p>	<p>Tutkimuksen päämääränä oli tutkia onko tekonivelleikkauksen jälkiseuranta parempi suorittaa 6 vai 12 kuukautta leikkauksen jälkeen OHS ja OKS kyseillä.</p>	<p>OHS 8308 ja OKS 4369 potilasta.</p>	<p>OKS ja OHS seuranta on käytännöllinen ja ensimmäinen myöhäis seuranta on hyvä suorittaa 12 kuukautta leikkauksen jälkeen, jolloin voidaan varmuudella todeta leikkauksen vaikuttavuus.</p>

Polviproteesipotilaan oirekysely

Nimi: _____

Leikattu jalka: Vasen Oikea

Täyttäkää tämä lomake ennen sairaanhoitajan puhelua!

Viimeisen neljän viikon aikana... (laittakaa ruksi sopivaan kohtaan)

1. Onko teillä ollut kipua leikatussa polvessa?

- Ei kipua
- Hyvin lievää kipua
- Lievää kipua
- Kohtalaista kipua
- Voimakasta kipua

2. Miten kyykkyn meno ja ylös nousemien on onnistunut teiltä?

- Helppoa
- Vähän hankalaa
- Kohtalaisen hankalaa
- Erittäin vaikeaa
- Ei onnistu lainkaan

3. Onko leikattu polvi haitannut peseytymistä?

- Ei lainkaan
- Hyvin vähän
- Jonkin verran
- Hyvin paljon
- Ei onnistu ilman apua

4. Onko kipua leikatussa polvessa vaivannut teitä yöllä?

- Ei lainkaan
- Vain 1-2 yönä
- Muutamina öinä
- Lähes joka yö
- Joka yönä

5. Onko leikattu polvi haitannut autoon menemistä tai sieltä ulos nousemista?

- Ei lainkaan
- Hyvin vähän
- Jonkin verran
- Hyvin paljon
- Ei onnistu ilman apua

6. Kuinka paljon leikatun polven kipua vaikeuttaa jokapäiväistä toimintaanne?

- Ei lainkaan
- Hyvin vähän
- Jonkin verran
- Paljon
- Erittäin paljon

7. Kuinka pitkään olette pystynyt kävelemään ilman kipua leikatussa polvessa?

- Polvi ei kipeydy/yli 60min tai enemmän
- 16-60min
- 5-15min
- Alle 5min
- Kipu alkaa heti

8. Onko teillä ollut tunnetta, että leikattu polvi äkillisesti pettää alta?

- Harvoin/ei koskaan
- Joskus tai vain liikkeelle lähtiessä
- Useasti, ei kuitenkaan heti
- Melkein aina
- Aina

Oxford Knee Score potilaalle

9. Pitkän istumisen jälkeen (esim. ruokailu) onko tuoilta ylös nouseminen ollut kivuliasta?

- Ei lainkaan
 Vähän kivuliasta
 Kohtalaisen kivuliasta
 Hyvin kivuliasta
 Sietämättömän kivuliasta

10. Onko kauppa-asioiden hoitaminen ilman apua mielestänne...

- Helppoa
 Vähän hankalaa
 Kohtalaisen hankalaa
 Erittäin vaikeaa
 Ei onnistu lainkaan

11. Oletteko joutunut kävelemään ontuen leikatun polven takia?

- Harvoin/ei koskaan
 Joskus, mutta vain liikkeelle lähtiessä
 Useasti
 Melkein aina
 Aina

12. Onko portaiden laskeutuminen mielestänne...

- Helppoa
 Vähän hankalaa
 Kohtalaisen hankalaa
 Erittäin vaikeaa
 Ei onnistu lainkaan

Onko teillä iho-ongelmia?

- Kyllä
 Ei

Pesettekö hampaat ja suun aamuin sekä illoin?

- Kyllä
 Ei

Käyttekö säännöllisesti suun ja hampaiden tarkastuksessa?

- Kyllä
 Ei

Tupakoitteko?

- Kyllä
 Ei

Käytättekö alkoholia päivittäin?

- Kyllä
 Ei

Harrastatteko reipasta liikuntaa yli 2h 30min viikossa (esim. reipas kävely, hiihto, sauvakävely, pyöräily)?

- Kyllä
 Ei

Tarvitsettekö apuvälineitä (sukanvetolaite, kävelykeppi, rollattori, tarttumapihti tms.)?

- Kyllä
 Ei

Kuuluuko tekonivelestänne liikkua ääntä?

- Kyllä
 Ei

Lonkkaproteesipotilaan oirekysely

Nimi: _____

Leikattu jalka: Vasen Oikea

Täyttäkää tämä lomake ennen sairaanhoitajan puhelua!

Viimeisen neljän viikon aikana... (laittakaa ruksi sopivaan kohtaan)

1. Onko teillä ollut leikatussa lonkassa kipua?

- Ei kipua
- Hyvin lievää kipua
- Lievää kipua
- Kohtalaista kipua
- Voimakasta kipua

2. Onko sukkiin tai sukkahousujen jalkaan laittaminen...

- Helppoa
- Vähän hankalaa
- Kohtalaisen hankalaa
- Erittäin vaikeaa
- Ei onnistu lainkaan

3. Onko kipu leikatussa lonkassa vaivannut teitä yöllä?

- Ei lainkaan
- Vain 1-2 yönä
- Muutamina öinä
- Lähes joka yö
- Joka yönä

4. Onko pitkän istumisen jälkeen tuoilta ylös nouseminen kivuliasta?

- Ei lainkaan
- Vähän kivuliasta
- Kohtalaisen kivuliasta
- Hyvin kivuliasta
- Sietämättömän kivuliasta

5. Onko teillä ollut äkinäistä kovaa kipua (pistävä, vihlova, kipukohtaus) leikatussa lonkassa?

- Ei
- Vain 1-2 päivänä
- Muutamina päivinä
- Melkein joka päivä
- Joka päivä

6. Onko leikattu lonkka haitannut teidän autoon menemistänne tai sieltä ulos nousemistanne?

- Ei lainkaan
- Hyvin vähän
- Jonkin verran
- Hyvin paljon
- Ei onnistu ilman apua

7. Oletteko joutunut kävelemään ontuen leikatun lonkan takia?

- Harvoin/ei koskaan
- Joskus, mutta vain liikkeelle lähtiessä
- Useasti
- Melkein aina
- Aina

8. Onko leikattu lonkka haitannut peseytymistänne?

- Ei lainkaan
- Hyvin vähän
- Jonkin verran
- Hyvin paljon
- Ei onnistu ilman apua

Oxford Hip Score potilaalle

9. Kuinka pitkään olette pystynyt kävelemään ilman kipua leikatussa lonkassa?

- Lonkka ei kipeydy/yli 31min tai enemmän
 16-30min
 5-15min
 Alle 5min
 Kipu alkaa heti

10. Onko kauppa-asioiden hoitaminen ilman apua mielestänne...

- Helppoa
 Vähän hankalaa
 Kohtalaisen hankalaa
 Erittäin vaikeaa
 Ei onnistu lainkaan

11. Onko portaiden nouseminen mielestänne...

- Helppoa
 Vähän hankalaa
 Kohtalaisen hankalaa
 Erittäin vaikeaa
 Ei onnistu lainkaan

12. Kuinka paljon leikatun lonkan kipu vaikeuttaa jokapäiväistä toimintaanne?

- Ei lainkaan
 Hyvin vähän
 Jonkin verran
 Paljon
 Erittäin paljon

Onko teillä iho-ongelmia?

- Kyllä
 Ei

Pesettekö hampaat ja suun aamuin sekä illoin?

- Kyllä
 Ei

Käyttekö säännöllisesti suun ja hampaiden tarkastuksessa?

- Kyllä
 Ei

Tupakoitteko?

- Kyllä
 Ei

Käytättekö alkoholia päivittäin?

- Kyllä
 Ei

Harrastatteko reipasta liikuntaa yli 2h 30min viikossa (esim. reipas kävely, hiihto, sauvakävely, pyöräily)?

- Kyllä
 Ei

Tarvitsettekö apuvälineitä (sukanvetolaite, kävelykeppi, rollattori, tarttumapihti tms.)?

- Kyllä
 Ei

Kuuluuko tekonivelestänne liikkuessa ääntä?

- Kyllä
 Ei