



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TEKONIVELPOTILAIDEN KOKEMUS

KOTIUTUMISTA TUKEVASTA

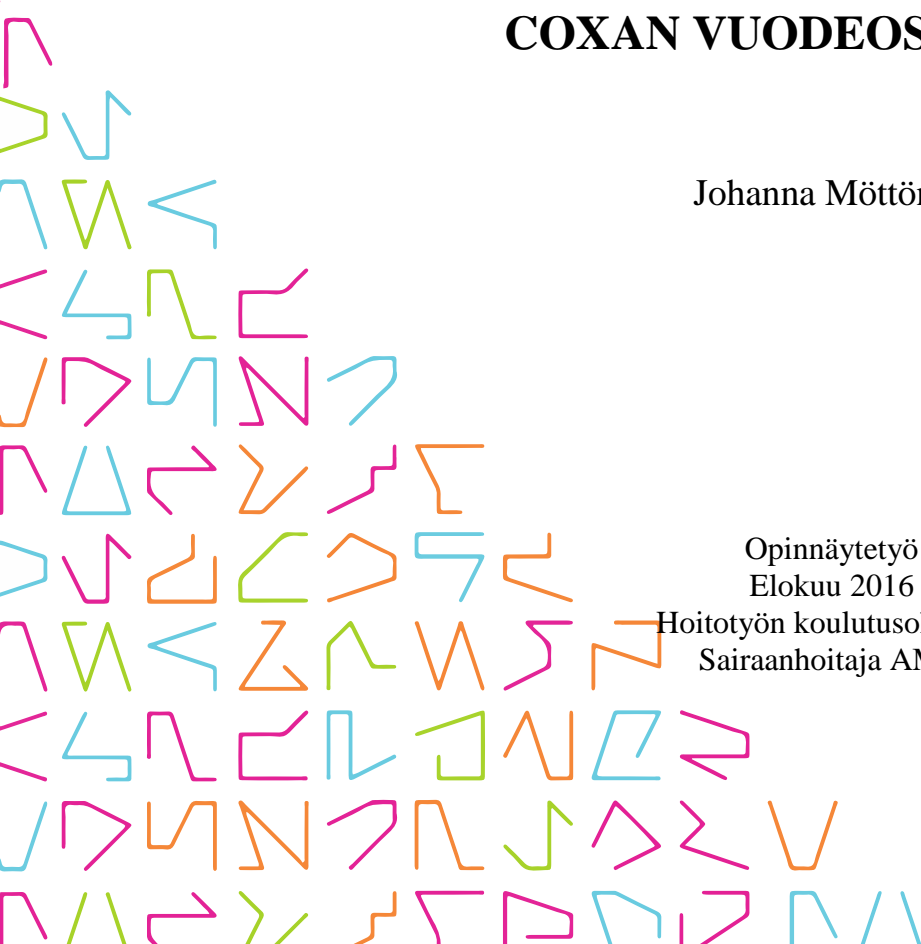
POTILASOHJAUKSESTA

COXAN VUODEOSASTOLLA

Johanna Möttönen

Opinnäytetyö
Elokuu 2016

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

JOHANNA MÖTTÖNEN:

Tekonivelpotilaiden kokemus kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta Coxan vuodeosastolla

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Elokuu 2016

Terveystieteiden tutkimuksessa hoitoaikojen lyhentyessä kotiutumista tukevan potilasohjauksen tulisi olla vaikuttavaa ja potilaslähtöistä. Potilaat kotiutuvat leikkauksen jälkeen yhä nopeammin sairaalasta suoraan kotiin. Tekonivelpotilaan tulisi sisäistää kotiutumista tukeva potilasohjauksensa entistä lyhemmissä ajassa. Ohjaus on potilaalle kokemuksena ainutkertainen. Opinnäytetyössä selvitettiin Tekonivelsairaala Coxasta tekonivelleikkauksen jälkeen suoraan kotiin vuodeosastolta siirtyvien potilaiden potilaskokemusta leikkauksen jälkeisestä potilasohjauksesta sekä tekonivelpotilaiden pärjäämistä leikkauksen jälkeen kotona potilasohjauksen turvin. Opinnäytetyössä selvitettiin lisäksi sähköisen potilasohjauksen ja potilasohjauksen mobiilisovelluksen vaikutuksia tekonivelpotilaan potilasohjauksen tulevaisuudessa. Tekonivelsairaala Coxan tilaama opinnäytetyö toteutettiin kahdensadan potilaan potilaskyselynä Coxan vuodeosastolla. Kyselylomakkeeseen trianguloitiin kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen näkökulma.

Kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta muodostettiin potilaskokemusten pohjalta nykytilakuvaus. Sen perusteella löydettiin arvokkaita ja säilytettäviä ohjauksen elementtejä sekä potilasohjauksen kehittämiskohteita. Tekonivelpotilaat kokivat kotiutumista tukevan potilasohjauksen hyvänä suullisena ja kirjallisena ohjauksena. Potilaat pärjäsivät hyvin kotona saamansa ohjauksen turvin. Potilaat arvostivat yksilöllisyytensä huomioimista ja ajan antamista ohjauksessa. He toivoivat kotiutusohjausta lähempänä kotiutusajankohtaansa ja vuodeosastolta puhelinsoittoa kotiin kotiutumisen jälkeen. Sähköisen potilasohjauksen ja potilasohjauksen mobiilisovelluksen potilaat kokivat täydentävänä ja reaaliaikaisesti saatavilla olevana ohjausmuotona sekä tulevaisuuden kehittämiskohteena.

Sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus toimivat potilasohjauksen lisänä, mutta ne eivät korvaa potilaalle henkilökohtaisesti annettua yksilöllistä potilasohjausta. Kirjalliset potilasohjeet olisi hyvä antaa potilaille tutustuttavaksi jo ennen leikkausta. Osa potilaista toivoi suullista ohjausta annettavaksi yhtäjaksoisesti ennen kotiutumista. Potilailta voisi kotiutusohjauksen yhteydessä tiedustella puhelinsoiton toiveesta kotiin kotiutumisen jälkeen. Leikkauksen jälkeistä potilasohjausta voisi kehittää potilasohjausvideon ja sähköisten potilasohjausmenetelmien avulla. Tärkeintä on kuitenkin säilyttää potilaiden aito kuuleminen ja potilaiden yksilöllisyys potilasohjauksen perustana. Jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia potilaskokemuksia eri potilasryhmien kesken, mikäli osa potilaista saisi kirjalliset kotiutusohjeet ennen leikkaustaan. Kotiutumisen jälkeisen sairaalasta soitettun puhelinsoiton vaikutuksia potilasyhteydenottoihin voisi lisäksi tutkia.

Asiasanat: potilaskokemus, potilasohjaus, kotiutuminen, tekonivelpotilas, digitalisaatio

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

JOHANNA MÖTTÖNEN:

Joint Replacement Patients' Experiences of Discharge-Oriented Patient Education in Coxa Post-Operative Ward

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 5 pages
August 2016

Discharge education should be effective and patient-oriented as the patients' treatment periods are becoming shorter and shorter in health care. The patients should assimilate the education in a shorter time, and the education is still unique as an experience. The purpose of this study was to collect information on joint replacement patients' experiences of the patient education on home discharge after a joint replacement operation, as well as on patients' coping at home after discharge. Another purpose of this study was to examine how electronic patient education and mobile applications affect the patient education of joint replacement patients in the future. The data were analyzed using a quantitative and qualitative analysis. The data were collected from 200 inpatients in a survey in a ward in Coxa hospital.

The respondents stated that spoken and written patient discharge education is good in Coxa post-operative ward. Joint replacement patients manage well at home after discharge from the hospital. The patients appreciate that their individuality is considered and that time is invested in education. The patients hoped to have discharge education closer to the time of discharge and they wished to receive a phone call from Coxa after discharge. The results suggest that electronic patient education and the mobile application are complementary systems of patient education, but some of the patients do not use mobile systems. The results suggest these as a future development object.

The findings indicate that written patient instructions should be given before the patients are admitted to hospital. Patient discharge education should be given continuously and individually for each patient. Further research is required to develop patient education by video in the Coxa ward and to develop electronic patient education. Patients' individuality should be the basis of all development. Further research could examine patient experiences in different patient groups, if some of the patients obtained written discharge instructions before their discharge. Another area of study could be to examine the effects of post-discharge phone calls made from the hospital on the contacts initiated by the patients themselves.

Key words: patient experience, patient education, discharge, joint replacement patient, digitalisation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	7
2.1	Keskeiset käsitteet.....	7
2.2	Potilaskokemus	8
2.3	Potilasohjaus	8
2.3.1	Suullinen potilasohjaus	11
2.3.2	Kirjallinen potilasohjaus	12
2.3.3	Monipuoliset potilasohjausmenetelmät.....	12
2.3.4	Digitalisaatio potilasohjauksessa	13
2.4	Tekonivelpotilaan kotiutumista tukeva hyvä potilasohjaus.....	14
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	19
4.1	Triangulaatiotutkimus	19
4.2	Aineiston kerääminen	20
4.3	Aineiston analyysi.....	22
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
5.1	Tekonivelpotilaan potilaskokemus potilasohjauksesta.....	25
5.2	Tekonivelpotilaan pärjääminen kotona leikkauksen jälkeen	33
5.3	Potilaskokemukset digitalisaatiosta potilasohjauksessa	37
6	POHDINTA.....	40
6.1	Tulosten pohdinta	40
6.2	Luotettavuus.....	42
6.3	Eettisyys.....	43
6.4	Johtopäätökset, kehittämissuositukset ja jatkotutkimusehdotukset	44
6.5	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	46
	LÄHTEET.....	48

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa potilasohjauksen tulisi olla yhä vaikuttavampaa ja tehokkaampaa, koska hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Potilaan tulisi sisäistää kotiutumista tukeva potilasohjauksensa entistä lyhemmässä ajassa. (Kynäs ym. 2007, 5–12.) Johansson (2006, 11) ja Virtanen (2014, 72) toteavat saman, että hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet ja omaisilta ja läheisiltä edellytetään aiempaa nopeammissa tahdissa ohjauksen ja tiedon omaksumista ennen siirtymistä kotiin. Boughton & Halliday (2009, 30) kirjoittavat, että potilaita kotiutetaan leikkauksen jälkeen yhä nopeammin suoraan kotiin. Käypä hoitosuosituksen (2014) mukaan lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen potilasohjaus saattaa lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa lonkan tekonivelpotilailla (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoitosuositus 2014).

Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan hyvän hoidon suosituksen tärkeimpänä tavoitteena on potilaan hoidon parantaminen ja kehittäminen (Remes & Puhto 2015, 3). Hyvä hoito nojaa vastavuoroisuuteen sekä molempien osapuolien näkemysten kunnioittamiseen. Asiakkaiden ja potilaiden näkemyksille tulee antaa arvoa. Eettisten periaatteiden mukaan sekä hoitohenkilöstöllä, että potilailla on oikeuksia ja velvollisuuksia. Terveystoiminnan kehittämisen tulee perustua eettisesti kestäviin päätöksiin, jotka ovat realistisessa suhteessa todellisuuteen ja sen voimavaroihin ja perustuvat ihmisarvon ja ihmisen kunnioittamiseen. (Sosiaali- ja terveystoiminnan eettinen perusta 2011, 5–32.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

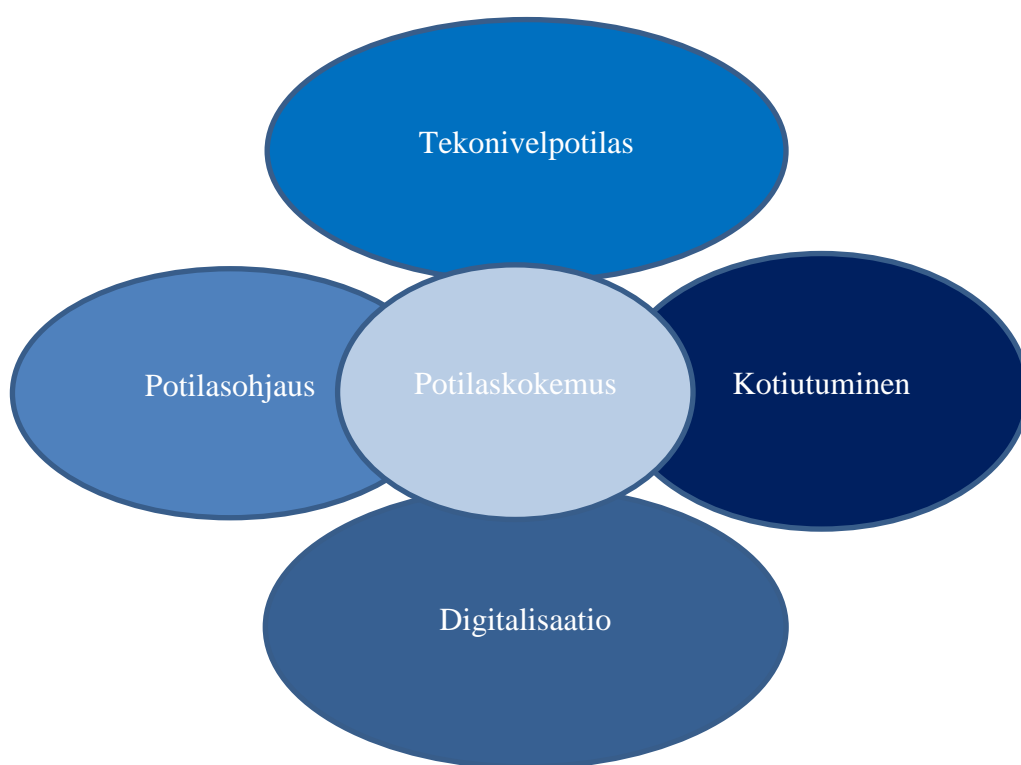
Sairaalan leikkausmäärän kasvaessa hoidon laatu ja kustannustehokkuus kasvavat. Suomen Artroplastiayhdistys suosittelee yksittäiselle sairaalalle vähintään 500 tekonivelleikkausta vuodessa ja vähintään sataa leikkausta ortopedia kohden. Tekonivelsairaala Coxassa tehdään vuosittain noin 3000 tekonivelleikkausta. Viidesosa potilaista tulee leikkaukseen valinnanvapauden kautta. Prosessien tehostaminen ja potilaiden pääseminen nopeammin liikkeelle ja kotiin, on parantanut Coxan mahdollisuuksia ottaa vastaan enemmän potilaita. (Martikainen 2015.)

Tekonivelpotilaan leikkauksen jälkeisellä kotiutumista tukevalla potilasohjauksella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajan antamaa potilaan kotiutumiseen tähtäävää potilasohjausta, joka aloitetaan heti potilaan siirryttyä hoitoon Coxan vuodeosastolle tekonivelleikkauksen jälkeen. Vuodeosastolla annetun potilasohjauksen tavoitteena on potilaan siirtyminen suoraan kotiin leikkauksen jälkeen. Tekonivelpotilaalla tarkoitetaan opinnäytetyössä Tekonivelsairaala Coxassa tekonivelleikattua potilasta. Fysioterapian osuus ei ole mukana opinnäytetyössä. Työelämätaho toivoo opinnäytetyössä potilaskokemusten pohjalta kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta kattavaa nykytilakuvausta. Potilailta saatava tieto nähdään arvokkaana, ainutlaatuisena ja laadullisena tietona, tätä tietoa ei muualta voida saada. (Helenius 2015.) Opinnäytetyön tekijän oma kokemus potilaana olostä ja potilaskokemus ennen kotiutumista saadun potilasohjauksen puutteellisudesta luo opinnäytetyön tekijälle vahvan mielenkiinnon aiheeseen. Opinnäytetyössä tutkitaan lisäksi digitalisaation vaikutuksia potilaan kokemaan hyvään potilasohjaukseen. Digitalisaatio tarjoaa uusia mahdollisuuksia muuttaa toimintaa terveydenhuollossa (Ilmarinen & Koskela 2015, 23).

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat tekonivelpotilas, potilasohjaus, potilaskokemus, kotiutuminen ja digitalisaatio (kuvio 1). Teoreettiset käsitteet määritellään opinnäytetyön teoreettisessa viitekehysessä myöhemmin niihin liittyvissä konteksteissa.



KUVIO 1: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

2.2 Potilaskokemus

Hoitotyötä ohjaa eettinen arvopohja. Arvot ilmaisevat hyvän, tavoiteltavan ja oikeutetun. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38–39.) Tekonivelsairaala Coxassa toimintaa ohjaavana kantavana voimana on arvopohja ja toiminnan tärkeimpänä tavoitteena on tyytyväinen potilas. Potilaan aito kuunteleminen ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen mahdollistaa käytännössä arvojen toteuttamisen. Potilaskokemus on keskeinen strateginen Coxan arvo ja potilastyytyväisyyttä Coxassa seurataan säännöllisesti potilaskyselyiden avulla. (Rantala 2002, 31–32.) Nieminen (2015) toteaa potilaskokemuksen pohjautuvan potilaan henkilökohtaiseen kokemukseen hoidosta. Potilaskokemus on käsitteenä laajempi kuin asiakastyytyväisyys tai hoidon laatu. Hoitopolku saattaa organisaation kannalta toimia ihanteellisesti, mutta potilas voi kokea asian toisin tai asiakaspalvelussa saattaa olla jokin tekijä, joka ei toteudu asiakkaan odotusten mukaisesti. (Nieminen 2015.) Kokemustieto terminä määritellään kokemusperäiseen kokemukseen perustuvana, empiirisenä eli kokemusperäisenä tietona ja hoitotieteellisenä tutkimustapana (Kokemustieto: Hoidokki 2010).

Hoitotyössä tulisi huomioida potilastyytyväisyyden ohella erityisesti potilaiden samanaikainen haavoittuvaisuus. Hoitoon tyytyväinen potilas saattaa kertoa pienistä tekijöistä, joita potilas ei ihan täysin pidä hoidossaan vuodeosastolla parhaimpana vaihtoehtona, mutta jotka potilas kompromisseina kertoo hyväksyvänsä osaksi hoitoaan. Potilaiden haavoittuvaisuutta heijastavien olemassa olevien ajatusten aito kuuleminen ja niihin tarttuminen, auttaa pysymään toiminnan keskipisteessä ja ymmärtämään aidosti potilaskokemusta. (Sorlie, Torjuul, Ross & Kihlgren 2006, 1240.)

2.3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on hoitotyössä keskeinen osa potilaan hoitoa. Hoitajan tehtävänä on ohjata potilaita ja hoitaja on suurelta osin vastuussa potilasohjauksesta. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omia voimavarojaan ja kannustetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Hoitajan tulisi huomioida potilasohjauksensa perustaksi potilaan yksilölliset taustatekijät sekä kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä. (Kyngäs ym. 2007, 5–28.) Potilasohjaus määritellään tiedon antamisena ja opastamisena (Potilasoh-

jaus: Hoidokki 2010). Potilasohjausmenetelmiä ovat suullinen ja kirjallinen ohjaus, ohjattavan asian näyttäminen, ohjaus tietokoneen avulla, ryhmäohjaus sekä opetusvideoiden käyttäminen ohjauksen tukena. Potilasohjauksen sisällölliset osa-alueet jaetaan biofysiologiseen, toiminnalliseen, tiedolliseen, sosiaaliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja taloudelliseen osa-alueeseen. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 68–69.)

Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto ja Valkeapää (2015) kirjoittavat, että biofysiologinen potilasohjauksen tiedollinen ulottuvuus sisältää ohjauksen sairauden oireista, oireiden pahe-nemiseen liittyvästä yhteydenottotarpeesta, tutkimuksista, tutkimuksiin valmistautumi-sesta, tutkimustuloksista, hoitovaihtoehdoista, komplikaatioista, komplikaatioiden ehkäi-semisestä sekä henkilökohtaisista tarpeista. Toiminnallinen potilasohjauksen tiedollinen ulottuvuus sisältää ohjauksen liikkumisesta, levosta, ruokavaliosta, peseytymisestä, eri-tystoiminnasta, kotona tapahtuvista järjestelyistä ja apuvälineistä. Kokemuksellinen po-tilasohjauksen tiedollinen ulottuvuus sisältää ohjauksen sairauden aiheuttamista tunteista sekä aikaisemmista sairaalakokemuksista. Eettinen potilasohjauksen tiedollinen ulottu- vuus sisältää ohjauksen potilaan omista toiveista, oikeuksista ja vastuista sekä päätöksen- tekoon osallistumisen, potilasasiamiehen toiminnan, ammattiryhmien väliset vastuualue- eet, salassapidon, tietojen siirtämisen muille tahoille sekä potilasasiakirjoihin tutustumi- sen. Sosiaalinen potilasohjauksen tiedollinen ulottuvuus sisältää tiedon välittämisen lä- heisille, läheisten hoitoon osallistumisen, ohjauksen tukihenkilöistä, jatkohoitopaikasta, ohjauksen sairaalapapista sekä potilasjärjestöistä. Taloudellinen potilasohjauksen tiedol- linen ulottuvuus sisältää ohjauksen kuntoutuksesta ja kustannuksista, sairauspäivärahasta, vakuutusasioista, sopeutumisvalmennuskursseista, jatkohoidon kustannuksista sekä lää- kehoidon kustannuksista. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015, 15–19.)

Potilasohjauksen sisältö voidaan Kaakisen, Kääriäisen ja Kyngäksen (2014) mukaan ja- kaa kahteen yläluokkaan: ohjaukseen sairaudesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä sekä tukeen arkielämässä selviytymisestä. Ohjaus sairaudesta muodostuu sairaudesta, sai- rauden hoidosta, riskitekijöistä, lääkehoidosta, ruokavaliosta ja tutkimuksista. Tuki arki- elämässä selviytymisestä muodostuu omaisten ohjauksesta, apuvälineiden käytön harjoit- telusta, omahoidosta kotona, emotionaalista ja lääkinnällisestä tuesta sekä jatkohoi- dosta. Sairaus saattaa aiheuttaa potilaalle taloudellisia huolia, jolloin talouden hoitoon ja sosiaaliturvaan liittyvä ohjaus olisi tärkeää. Sairaus saattaa aiheuttaa potilaalle myös eri- laisia tuntemuksia, jolloin emotionaalisen tuen antaminen olisi tärkeä osa ohjausta. (Kaa- kinen, Kääriäinen & Kyngäs 2014, 13–15.)

Kauppila (2000) kirjoittaa, että potilaan oppimiskäsityksistä humanistis-kokemuksellinen oppimiskäsitys korostaa potilaan oppimisen itseohjautuvuutta sekä kokemuksellisuutta. Potilasohjausta antavan hoitajan roolina on toimia ohjaajana ja tukijana. Konstrukttiivisessa oppimiskäsityksessä oppiminen määritellään prosessina, jossa potilas havainnoi ja valikoi sekä tulkitsee tietoa liittäen tiedon aiemmin opittuun tietoon. Sosiokonstrukttiivisessa oppimiskäsityksessä oppiminen tapahtuu vuorovaikutuksessa toisten kanssa tietyissä sosiokulttuureissa ympäristöissä ja oppiminen nähdään laajana prosessina. (Kauppila 2000, 30–48.)

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. Hoito on järjestettävä potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen. Potilaille on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys riittävän ymmärrettävästi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Elorannan ym. (2014, 70) mukaan kliinistä hoitotyötä olisi kehitettävä potilasohjauksen laadun lisäämiseksi. Hoitotyöntekijöiden tulisi ottaa potilaat aktiivisesti mukaan ohjausprosessiin. Potilaille pitäisi antaa mahdollisuus kertoa oma näkemyksensä potilasohjauksen tavoitteista ja tavoitteiden saavuttamisesta, jotta potilaan tiedollisiin tarpeisiin voitaisiin vastata paremmin. Kähkönen, Kankkunen ja Saaranen (2012, 206–207) toteavat, että potilasohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä, ymmärrettävää, selkeää ja johdonmukaista ja potilaalla tulisi olla aktiivinen rooli ohjaustilanteessaan. Kyngäksen ym. (2007, 45) mukaan potilasohjauksen onnistumista pitäisi arvioida tavoitteiden suuntaisesti koko ohjauksen ajan. Ohjauksella tulisi olla arvioitavissa olevat ja selkeät tavoitteet. Potilaille pitäisi antaa potilasohjauksessa positiivista palautetta niistä asioista, missä potilas onnistuu. Yhdessä hoitajan kanssa voitaisiin pohtia vapaamuotoisesti ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. Potilasohjauksen tavoitteet, ohjauksen edistyminen, ohjatut asiat ja ohjauksen eri vaiheet tulisi kirjata selkeästi potilaan hoitokertomukseen suunnitelmallisen ohjaamisen mahdollistamiseksi.

Kääriäisen hypoteettisessa mallissa potilasohjauksen laadusta ohjauksen hyvää laatua selittää potilaslähtöinen ohjaus, hoitohenkilöstön hyvä ohjausmenetelmien hallinta sekä riittävä ohjaus. Potilasohjauksen kokonaislaatuun vaikuttavat lisäksi hoitohenkilöstön tiedot, taidot, asenteet, ohjauksen riittävyys ja osaston rauhallinen ohjauksen mahdollistava

ilmapiiri. Potilasohjausta riittävästi ennen sairaalantuloa ja sairaalahoidon aikana saaneet potilaat arvioivat potilasohjauksen kokonaislaadun viisinkertaisesti niin hyväksi, kuin ohjausta riittämättömästi saavat potilaat. Potilaita pitäisi ohjata tarpeen ilmetessä, ei rutii-
ninomaisesti. (Kääriäinen 2007, 89–120.) Laadukas potilasohjaus on oikein ajoitettua ja mitoitettua sekä niin riittävää, että sillä on vaikutuksia asiakkaan terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen (Kygäs ym. 2007, 21). Potilaat toivovat myös heidän läheistensä olevan mukana ohjaustilanteissa (Kaakinen ym. 2014, 13). Kääriäinen (2007, 121) toteaa saman, että potilaat toivovat omaisten läsnäoloa ohjaustilanteissa.

Kyngäksen ym. (2007) mukaan potilasohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa potilaan yksilöllinen kyky omaksua ja ottaa vastaan ohjausta. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tunnistamaan potilaalle ominaisin ohjauksen omaksumistapa sekä ohjauksen keskeisimpien asioiden kertaaminen yhdessä potilaan kanssa. Potilasohjauksen omaksumista tukee useiden potilasohjausmenetelmien käyttäminen yhdessä. Potilaat muistavat vain 10 % siitä, mitä he kuulevat, mutta 75 % siitä, mitä he näkevät. Potilaat muistavat 90 % siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. (Kygäs ym. 2007, 73.)

2.3.1 Suullinen potilasohjaus

Suullinen potilasohjaus on yleisin potilasohjausmenetelmistä ja perustuu hyvään vuoro-
vaikutukseen. Suullinen yksilöohjaus mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen. Suullisessa yksilöohjauksessa potilaalla on mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja ohjaus vaatii hoitajalta aikaa. (Kygäs ym. 2007, 74.) Tutkimuksessa ohjausmenetelmien hallinnasta suullista potilasohjausta saaneista potilaista 91 % piti hoitohenkilöstön antamaa suullista ohjausta hyvänä, muita potilasohjausmenetelmiä hallittiin huonommin tai käytettiin vähän (Kääriäinen 2007, 81).

Hoito-ohjeiden, toimintaohjeiden ja tietojen antamiseen keskittyvä suullinen ohjaus toimii lyhytaikaisten ohjeiden noudattamista vaativissa tilanteissa. Ohjauksen alkutilanteissa hoitajan tulisi kysyä kartoittamaan potilaan tapoja ja tottumuksia. Potilasta tulisi ohjata suullisesti ja yksilöllisesti hänen taustatekijänsä huomioiden hoito-ohjeen noudattamiseen vahvistaen potilaan osaamista. (Kygäs ym. 2007, 82–85.)

2.3.2 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallisten potilasohjeiden tulisi olla selkeitä ja informatiivisia, voimaannuttavia ja loogisesti eteneviä ja visuaalisesti havainnollisia. Kirjallisten potilasohjeiden tulisi olla potilaille helposti ymmärrettäviä ja luettavia. Ohjeiden ei tulisi sisältää paljon lääketieteellisiä termejä. Laadukas kirjallinen potilasohje olisi sisällöltään vaikuttava ja asianmukainen ja sisältäisi vain uusinta, päivitettyä ja asiakokonaisuuteen liittyvää laadukasta tietoa. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 22.) Kyngäs ym. (2007) toteavat saman, että kirjallisten potilasohjeiden tulisi olla ymmärrettäviä ja sopivan informatiivisia. Kotihoito-potilasohjeet tulisi antaa potilaille jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Mikäli potilaan olisi tarkoitus toteuttaa hoitoa leikkauksen jälkeen kotona ja hoidon toteuttaminen vaatisi harjoittelua sairaalassa, kirjalliset potilasohjeet tulisi antaa potilaalle mieluiten jo ennen sairaalaan tuloa. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Potilaat toivoisivat kirjallisia kotiutusohjeita sekä leikkaukseen liittyvää ohjausta, mutta potilaat toivoisivat lisäksi tietoa siitä, mitä kotona pitää huomioida, jos vaikka haava alkaa punoittaa tai lämpö nousee tai voiko kipulääkettä ottaa lisää (Boughton & Halliday 2009, 34). Mattilan (2011) tutkimuksessa potilaiden tuen saamisen osuudessa, potilaat antoivat heikoimmat arviot kirjallisessa muodossa tiedon saamisesta ja hoidon kiireettömyydestä (Mattila 2011, 72).

2.3.3 Monipuoliset potilasohjausmenetelmät

Suullista ja kirjallista potilasohjausta tukevat monipuoliset potilasohjausmenetelmät kuten ryhmäohjaus ja opetusvideot. Ryhmäohjauksen avulla voitaisiin joskus saavuttaa yksilöohjausta parempia tuloksia. Ryhmässä oleminen voi olla ryhmän jäsenille voimaannuttava kokemus. Ryhmäohjauksessa ohjausta voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle yhtäaikaaisesti, jolloin ohjaus olisi taloudellisempaa. Ryhmällä tulisi olla yhteinen tavoite, joka lisäisi ryhmän osallistujien yhteenkuuluvuutta. (Kyngäs ym. 2007, 104–105.) Ryhmäohjaus tukee potilaan tukiverkoston muodostumista, osallistujat voivat saada toisiltaan vertaistukea. Ryhmäohjauksessa potilas läheisensä kanssa saa tietoa kipulääkityksestä ja kivunhoidosta. Ohjauksen jälkeen potilaan huolenpito itsestään vahvistuu ja potilas vahvistuu yhdessä läheisensä kanssa. (Eloranta ym. 2014, 70; Nikkola 2013, 68, 108.) Kääriäisen tutkimuksen tuloksissa potilasohjausmenetelmien hallinnasta, ilman ryhmäohjausta jäi selvä enemmistö eli 65 % potilaista. Audiovisuaalisia menetelmiä, kuten äänikasetteja, videoita tai tietokonetta, ei hyödynnetty lainkaan potilasohjauksessa 79 – 83 %

potilaiden kohdalla. Ryhmäohjauksen ja audiovisuaalisten välineiden käyttöä toivottiin enemmän ohjauksessa. (Kääriäinen 2007, 81–103.)

Kyngäksen ym. (2007) mukaan audiovisuaalinen ohjaus tarkoittaa erilaisten teknisten laitteiden välityksellä tapahtuvaa ohjausta. Audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana menetelmänä kuin suullista ja kirjallista potilasohjausta, mutta audiovisuaalinen potilasohjaus tukisi hyvin muuta potilasohjausta. Potilasohjausvideoiden käyttö olisi hyvä lisä kirjallisen potilasohjauksen rinnalle. Videon katsomisen jälkeen potilaalla pitäisi olla mahdollisuus keskustella videon herättämistä ajatuksistaan hoitajan kanssa. Äänikasetteja tarvitsisivat näkövammaiset potilaat. Puhelinohjaus on potilasohjausmenetelmänä haasteellinen, hoitajan olisi osattava puhelimesta selvittää potilaan antamista tiedoista oleelliset asiat sekä tehdä puhelinkeskustelun pohjalta päätös asiakkaan voinnista. Puhelimesta hoitajan pitää ohjata potilas jatkohoitoon tai antaa potilaalle selkeä ja yksityyinen potilasohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 116–119.) Potilaita tulisi rohkaista ottamaan puhelimitse kotiutumisen jälkeen yhteyttä osastolle ja hoitajakin voisi soittaa potilaalle kotiin muutama päivä kotiutumisen jälkeen (Mattila 2011, 71).

2.3.4 Digitalisaatio potilasohjauksessa

Sähköinen potilasohjaus eli teknologia-avusteinen potilasohjaus on kustannustehokas suuret potilasmäärät tavoittava ohjausmenetelmä (Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206). Sähköinen asiointi määrittellään terveydenhuollon tiedonhallintapalveluiden käyttämisenä tieto- ja viestintätekniiikan avulla. Sähköisen asioinnin kehittäminen asiointiprosessien sujuvoittamiseksi sekä asiointitarpeen vähentämiseksi olisi tehtävä vuorovaihteisesti yhdessä palvelujen ja toiminnan kehittäjien kanssa. (Sähköinen asiointi: Hoitokki 2013.) Potilasohjauksen mobiilisovellukset määrittellään palveluiksi, joiden avulla on mahdollista kaksisuuntaisesti hyödyntää potilasohjauksen tietovirtaa. Teknologiaympäristössä voitaisiin kommunikoida reaaliajassa ja tallennettua tietoa voitaisiin hyödyntää potilasohjauksessa myöhemmin. (Hopia, Heikkilä & Lehtovirta 2016, 44.) Digitalisaatio-termille ei ole olemassa vielä käsitteenä virallista määritelmää. Digitalisaatiota eli analogisten asioiden muuttamista digitaaliseen muotoon, selitetään usein esimerkkien avulla. (Ilmarinen & Koskela 2015, 22.)

Kääriäisen (2007, 102) väitöskirjassa toivottiin tietotekniikan ja internetin käytön saata-
vuutta ja mahdollisuuksia potilasohjauksessa. Kyngäksen ym. (2007) mukaan potilaat et-
sivät yhä useammin potilasohjausta internetverkosta informaatiotekniikan lisääntymisen
johdosta. Tietotekninen potilasohjaus on kuitenkin todellisuudessa vielä melko vähäistä
hoitotyössä. Nuoret ja aikuiset hyötyvät sähköisestä potilasohjauksesta, heille internetin
käyttö on tuttua. Sähköisen potilasohjauksen etuina on ohjeiden yhdenmukaisuus ja reaa-
liaikainen saatavuus, hoitajan ajan säästyminen ohjaukselta ja potilasohjeiden päivittämi-
sen helppous. (Kyngäs ym. 2007, 12, 122). Sähköiset potilasohjeet ovat päivitettävissä ja
jaettavissa helposti suurellekin potilasryhmälle (Eloranta ym. 2014, 70). Tietotekniikka
antaa uusia mahdollisuuksia potilasohjauksen kehittämisessä ja lisämahdollisuuksia antaa
sosiaalinen media. Interaktiivisista viestintämenetelmistä sähköposti, internet ja matka-
puhelimet mahdollistavat nopean yhteyden kautta välittömän vuorovaikutuksen ja palaut-
teen antamisen osana vaikuttavaa potilasohjausta. Sähköinen potilasohjaus menetelmänä
toimii yksilöohjauksessa sekä tavoittaa myös suurenkin ryhmän. Sähköisten palveluiden
käyttötottumus ja uskallus ennakkoluulottomasti etsiä uusia ohjausmenetelmiä parantaa
sähköisten potilasohjausmahdollisuuksien suosiota. (Kyngäs ym. 2007, 123–124.)

Tulevaisuudessa tulisi kehittää verkkopohjaisia potilasohjaussivustoja suullisen ja kirjal-
lisen potilasohjauksen rinnalle. Tämä ohjausmuoto olisi potilaan ja hänen omaisensa saa-
tavilla ajasta ja paikasta riippumattomasti, mutta kehitystyön rinnalla tulisi huomioida,
että kaikki potilaat ja läheiset eivät käytä verkkoyhteyttä. (Eloranta ym. 2015, 15–21.)
Terveystieteiden mobiilipalveluissa sensitiivisen tiedon liikkumisesta verkossa tulisi
varmistua tietoturvalle. Mobiilisovellusten käytössä on älypuhelin välttämätön. Terveys-
denhuoltohenkilökunnan keskuudessa henkilökohtaisten älypuhelimien käyttäminen
työssä saattaisi aiheuttaa tietosuojongelman. Mikäli mobiilisovellusten käyttöä haluttai-
siin hyödyntää työssä kontrolloidusti, työnantajan pitäisi hankkia mobiilisovellusten työ-
käyttöön henkilöstölleen älypuhelimet. (Hopia, Heikkilä & Lehtovirta 2016, 45.)

2.4 Tekonivelpotilaan kotiutumista tukeva hyvä potilasohjaus

Potilas määritellään sairaaksi, lääkärin hoidossa tai sairaalahoidossa olevaksi, sairauden
vuoksi terveydenhuollon palveluita käyttäväksi henkilöksi (Potilas: Terminologian tieto-
kannat 2016). Tekonivel on elimistön sisään sijoitettava, nivelen korvaava endoproteesi

(Tekonivel: Terminologian tietokannat 2016). Kotiutus määritellään hoidon järjestämisenä osana potilashallintoa (Kotiutus: Hoidokki 2010). Kotiutumisvaiheen potilasohjauksessa täsmennetään potilaan kotihoidossa tarvitseman ohjauksen tarpeita ja tavoitteita sekä suunnitellaan sen mukainen ohjaus yhdessä potilaan ja omaisen kanssa. Kotiutumisvaiheessa annetaan ohjausta sairauden hoidosta, elintavoista, sairauteen liittyvistä riskitekijöistä, selviytymisestä ja avuntarpeesta. Potilaalle annetaan kirjalliset potilasohjeet, mahdolliset kontrolliajat sekä tarvittavat yhteystiedot. Potilaalle kerrotaan myös vertais-tuen mahdollisuuksista. Kotiinlähtötilanteessa selvitetään potilaan kanssa potilaalle epäselvät asiat sekä muut tiedon tarpeet ja arvioidaan yhdessä potilaan kanssa ohjauksen toteutuminen. Hoitotyön yhteenvetoon kirjataan toteutunut kotiutumisvaiheen potilasohjaus sekä potilaan ohjauksen jatkosuunnitelmat. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 15–16.) Luhtasaari (2015) kirjoittaa kotiutumisvaiheen potilasohjauksesta, että kotiutuminen on omahoitajan tehtävä. Kotiutuessa omahoitaja antaa potilaalle kotiutumiseen liittyvät kotiutumispaperit, joihin kuuluvat lisäksi epikriisi, reseptit, hoitotyön yhteenveto, lääkitystiedot sekä varmistaa, että potilaalla on ensimmäisen vuorokauden lääkitys saatavillaan kotona. Lääkärintodistukset annetaan potilaalle mukaan. Omaisille ilmoitetaan kotiutumisesta ja potilaalle tilataan kuljetus taksilla tai paritaksilla kotiin. (Luhtasaari 2015.)

Tekonivelpotilaan kotiutumisen suunnittelu aloitetaan ennen leikkausta. Kotiutumisen suunnittelussa tulee etukäteen ottaa huomioon potilaan yleistilanne, potilaan ikä, kotiolo-suhteet ja avunsaaminen kotiin leikkauksen jälkeen. Riittämätön potilasohjaus ennen tekonivelleikkausta saattaa vaikeuttaa potilaan kotiutumista, mikäli tekonivelleikkauksen jälkeen tarvittavia apuvälineitä ei ole varattuna valmiiksi kotiin. Ennen leikkausta potilaan tulisi olla varautunut leikkauksen jälkeiseen kotiutumiseensa niin, että hänellä olisi kotonaan ruokaa valmiina saatavillaan. Huonekalut tulisi olla sijoiteltu niin, että potilas kykenisi toimimaan kotona kotiutumisen jälkeen. Lonkkaleikkauksen jälkeen tulisi potilaalla olla istuessaan käytössään korotettu tuoli. Wc:n käytön pitäisi olla helposti mahdollista. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen tulisi korotettu wc-istuin olla varattuna valmiiksi kotiin. Kunnallisen kodinhoidon mahdollisuutta voisi käyttää potilaan kotiapuna leikkauksen jälkeen, mikäli potilaalla ei ole sosiaalista tukiverkostoa ympärillään kotiutuessaan. Potilailta tulisi olla aikaa tutustua tietoon, harjoitella taitojaan sekä kysyä kotiutumiseen liittyviä asioita jo ennen leikkaustaan. (Walker 2012, 16–17.) Kotiutumisohjauksen suunnittelussa ja ohjaamisessa potilaskeskeisyyden huomioiminen lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon (Knier, Stichler, Ferber & Catterall 2015, 38). Lämsä (2013)

toteaa saman, että kotiutumisen suunnitteluprosessi pohjaa potilaan toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen. Toimintakyky- ja elämäntilanneperusteissa arvioinnin lähtökohdaksi asettuu kotona oleminen, arkisten askareiden sujuminen tutussa ympäristössä sekä potilaan tukiverkosto. (Lämsä 2013, 109–116.)

Boughton ja Halliday (2009, 35) toteavat potilaiden toivovan johdonmukaista ja yhteneväistä kotiutumisohjausta. Kääriäinen (2007) toteaa potilaiden toivovan parempia hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksia, enemmän ohjausaikaa, parempia henkilökuntaresursseja sekä parempia potilasohjaukseen sopivia tiloja. Potilaat kokevat hoitohenkilöstöä olevan liian vähän ja hoitohenkilöstöllä olevan liian kiire ohjata kotiutusvaiheen potilaita. Potilaiden kokemuksen perusteella hoitohenkilöstö ei osaa ohjata kaikkia potilaita ymmärrettävästi. Potilaat toivovat ohjauksen organisoinnin parantamista sekä potilaslähtöisyyttä ja vastavuoroisuutta. Potilaat toivovat myös, että heidän yksilöllinen elämäntilanteensa, ongelmansa, omaisensa sekä yksilölliset tarpeensa huomioitaisiin potilasohjauksessa paremmin sekä heille annettaisiin mahdollisuus kysyä mieltä painavista asioista. (Kääriäinen 2007, 90.) Kyngäs ym. (2007) kirjoittavat, että potilasohjaukselle sopivin tila olisi kiireetön ja keskeytyksetön tila. Potilasohjausta ei saisi häiritä ohjaukseen käytettävän ajan vähyys. Potilaan aistiessa hoitajan kiireen, potilas ei mahdollisesti uskalla kysyä epäselviä asioita. Potilasohjauksen onnistuminen vaatii suunnitelmallisuutta, kiireetöntä ja rauhallista ympäristöä. Avoin, luottamuksellinen ja rauhallinen ohjaustilanne ja hoitajan kiireetön keskittyminen ohjaushetkeen ja potilaan yksilöllisyyden huomioiminen luovat hyvän pohjan potilasohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Ortopedisen potilaan potilasohjaus edellyttää herkkyyttä tunnistaa jokaisen potilaan yksilöllinen elämäntilanne. Potilaiden läheisillä on tärkeä rooli potilaan kotiutumisen jälkeisessä kuntoutumisessa. Potilaiden läheisten ja omaisten osallistuminen ja kutsuminen mukaan potilasohjauksiin tulisi nähdä voimavarana ja hoidon jatkuvuuden turvaajana sairaalahoitoaikojen lyhentyessä. Kotiutusvaiheen potilasohjauksen kehittämisessä tulisi panna nostaa potilaiden läheisten kanssa tehtävään yhteistyöhön. (Eloranta ym. 2015, 15–21.) Mattilan tutkimuksen tulosten mukaan suuri osa omaisista jää potilasohjaustilanteiden ulkopuolelle. Omaisista ei joko aktiivisesti kutsuta mukaan potilasohjaustilanteisiin tai potilaat eivät uskalla kysyä omaistensa mukanaololle mahdollisuutta. Hoitajien olisi hyvä kutsua omaisia aktiivisemmin mukaan potilasohjaustilanteisiin. (Mattila 2011, 105–112.)

Hankela (2007) totesi, että yli 90 % potilaista piti riittävinä kotiutumiseen liittyviä kirjallisia hoito-ohjeita. Potilaat kokivat tarvetta potilasohjaukselle ja tuelle ennen siirtymistään kotiin. Kotona selviytymisen kannalta hieman yli 90 % potilaista piti ohjausta riittäväksi. Potilaista 15 %:lla oli kotiutumiseen liittyviä pelkoja. Pelosta huolimatta 96 % potilaista ajatteli selviytyvänsä kotona. Kotiutumisen jälkeen potilaille oli tullut kysymyksiä liittyen kuntoutumiseen ja paranemiseen. (Hankela 2007, 41–52.)

Vertailtaessa kansainvälisesti ortopedisten potilaiden voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta, suomalaisen aineiston tuloksissa todettiin, että potilaat kokivat potilasohjauksessa käsitellyn tietoa laaja-alaisemmin, kuin miten hoitajat tai sairaanhoitajat kokivat. Potilasohjauksen riittämättömyys näkyi tuloksissa. Ortopedisille leikkauspotilaille olisi voinut antaa enemmän ohjausta taloudellisista seikoista. Taloudellisilla seikoilla tarkoitettiin sairaalapäivämaksuihin, lääkehoitoon ja kuntoutukseen liittyviä kustannuksia sekä vakuutusasioiden ja sairauspäivärahan käsittelyyn liittyvää ohjausta. (Eloranta ym. 2015, 15–21.)

Sendirin, Buyukyilmazin ja Musovin (2013) mukaan lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaiden kotiutumisohjauksen tärkeimpänä tiedontarpeen osa-alueena on hoitoon ja komplikaatioihin liittyvät tiedontarpeet. Tämän osa-alueen tuloksissa eräs potilas pohti internetverkossa mahdollisuutta lukea sähköisiä potilasohjeita tai sähköistä yhteydenotomahdollisuutta sairaalaan. Toiseksi tärkeimpänä tiedontarpeen osa-alueena olivat arjessa toimimisen tarpeet. Tällä osa-alueella tarkoitettiin, että miten potilas pärjää ja toimii kotona kotiutumisensa jälkeen ja onko potilaalla kipua kotona. Eräs potilas pohti, miten kotona pitää hoitaa leikkausalueen ihoa ja milloin voi mennä suihkuun. Kolmanneksi tärkeimpänä tiedontarpeen osa-alueena olivat leikkauksen jälkeen huomioitavat tekijät. Lääkehoitoon liittyvä potilasohjaus ja potilaan tuntemuksiin liittyvä ohjaus oli tärkeää. (Sendir, Buyukyilmaz & Musovi 2013, 266–268.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Tekonivelsairaala Coxasta tekonivelleikkauksen jälkeen suoraan kotiin vuodeosastolta siirtyvien potilaiden potilaskokemus saamastaan leikkauksen jälkeisestä potilasohjauksesta. Tarkoituksena on lisäksi selvittää, miten sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus tulevaisuudessa parantaisivat tekonivelpotilaan potilasohjausta. Opinnäytetyön tavoitteena on potilaskokemusten pohjalta saada tietoa leikkauksen jälkeisen kotiutumista tukevan potilasohjauksen nykytilasta. Tavoitteena on lisäksi löytää arvokkaita ja säilytettäviä potilasohjauksen elementtejä sekä potilasohjauksen kehittämiskohteita ja uusia ideoita potilaiden hoidon kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten tekonivelpotilas kokee leikkauksen jälkeen Coxan vuodeosastolla saamansa kotiutumista tukevan potilasohjauksen?
2. Miten tekonivelpotilas pärjää kotona leikkauksen jälkeen saamansa potilasohjauksen turvin?
3. Miten sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus parantaisivat tekonivelpotilaan potilaskokemusta potilasohjauksesta tulevaisuudessa?

4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Triangulaatiotutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin trianguloimalla kyselylomakkeeseen kvantitatiivinen eli määrällinen näkökulma sekä kvalitatiivinen eli laadullinen näkökulma (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75). Työelämätaho toivoi yleistettävissä olevaa kotiutumista tukevan potilasohjauksen nykytilakuvausta potilaskokemusten pohjalta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) mukaan haluttaessa yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä, tarvitaan kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä, suuren otoskoon aineistoja sekä tilastollista yleistettävyyttä. Triangulaatiolla voidaan syventää ja rikastaa potilasohjauksen nykytilakuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–77.) Operationalisoinnissa kiinnitettiin erityinen huomio siihen, että tutkimus kohdistuu suoraan tekonivelleikkauspotilaisiin. Yhdessä työelämätahon kanssa mittarista rakennettiin potilaille mahdollisimman helposti, yksinkertaisesti ja vaivattomasti vastattava. (taulukko 1). Operationalisoinnin tarkoituksena on muuttaa tutkittava asia mitattavaan muotoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 115). Vilkan (2007, 44) mukaan onnistunut operationalisointi edellyttää, että tutkija tuntee asiaa käsittelevän teorian ja lisäksi hänen tulee tuntea hyvin tutkimuksensa kohderyhmä.

TAULUKKO 1. Esimerkki operationalisoinnista

ALKUPERÄINEN ILMAISU	OPERATIONALISOITU ILMAISU
<i>Hoitajakin voisi soittaa potilaalle muutama päivä kotiutumisen jälkeen (Mattila 2011, 71)</i>	Olisitteko toivoneet, että Teihin oltaisiin oltu Coxasta puhelimitse yhteydessä kotiutumisenne jälkeen?
<i>Potilaat toivoisivat lisäksi tietoa siitä, mitä kotona pitää huomioida, jos vaikka haava alkaa punoittaa tai lämpö nousee tai voiko kipulääkettä ottaa lisää (Boughton & Halliday 2009, 34)</i>	Osaitteko hoitaa kipuanne kotona? Haavanhoidon ohjaus oli riittävää ja ymmärrettävää. Haavan paranemisen seuraamisesta ohjaus oli selkeää.
<i>Toivottiin internetin ja tietotekniikan käytön saatavuuksia potilasohjauksessa (Kääriäinen 2007, 102)</i>	Miten sähköinen potilasohjaus parantaisi potilaskokemustanne potilasohjauksesta?

4.2 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin primaariaineistosta kyselylomakkeella poikittaistutkimuksena joulukuussa 2015 - maaliskuussa 2016 (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56, 114). Coxan vuodeosastolla ei ole aiemmin tutkittu potilaskokemusta kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta. Tutkimukseen päädyttiin rakentamaan oma mittari. Tutkija voi laatia itse kyselylomakkeen ja tällöin on helpompaa huomioida tutkimuksen kulttuurillinen konteksti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 118). Kyselylomakkeessa on käytetty yhtenä mittarina Coxassa käytössä olevaa NPS-mittaria potilastyytyväisyyden mittaamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114.) Kyselylomake rakennettiin muotoilemalla kyselylomakkeen kysymykset yhdessä työelämätahon edustajan kanssa sähköpostin välityksellä. Sähköposteja lähetettiin aiheesta yhteensä 23 kpl molempiin suuntiin. Kyselylomakkeen rakentamiseksi opinnäytetyöntekijä oli 5.10.2015 yhteydessä Coxan kehittämispäällikköön ja häneltä kyselylomakkeeseen saatiin Coxan päämittarina asiakastyytyväisyydelle toimiva NPS-luku. Opinnäytetyöntekijä oli vuodeosastolla aamuvuorossa 7.11.2015 työvuoron ajan päivittämässä tietonsa Coxan vuodeosaston kotiutumisohjauksen nykykäytännöstä. Kyselylomake esiteltiin vuodeosaston osastonhoitajan valitsemien viiden vuodeosaston sairaanhoitajan keskuudessa. Kyselylomake lähetettiin 16.11.2015 esiteltäväksi sairaanhoitajille ja heillä oli viisi arkityöpäivää aikaa kommentoida kyselylomaketta. Esiteltävään osallistui neljä sairaanhoitajaa. Esiteltäessä muodostui 80 %. Mittarin esiteltäminen tarkoitti kyselylomakkeen luotettavuuden ja toimivuuden testaamista pienellä vastaajajoukolla ennen varsinaista kyselyä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191).

Tutkimuksen perusjoukkona toimivat Coxassa tekonivelleikatut potilaat. Tutkimuksen otoksena oli (N=200) tekonivelpotilasta. Kaikki potilaat, joille oli laitettu tekonivel ja jotka kotiutuivat suoraan vuodeosastolta kotiin, riippumatta siitä, minkälainen tekonivel potilaille oli laitettu tai riippumatta siitä, oliko tekonivelleikkaus ensimmäinen vai uusintaleikkaus, otettiin mukaan tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104.)

Kyselylomakkeen saatekirjeenä toimivan tiedotteen pohjana toimi Tampereen yliopistolaisen sairaalan hoitotieteellisen tutkimuksen valmistelun yhteydessä oleva malli tiedotteesta tutkimukseen osallistujille. Coxan tutkimushoitaja auttoi tiedotteen kirjoitusasun ja

tyyliänsä sekä kyselylomakkeen muotoilussa. Työelämäpalaverissa 4.12.2015 tarkennettiin vielä opinnäytetyön tutkimusongelmia vastaamaan paremmin työelämätahon toiveita. Työelämäpalaverissa työelämätaho toivoi, että opinnäytetyössä tutkitaan potilaskokemusta. Työelämätaho perusteli toiveensa potilaskokemuksesta Coxan merkittävänä strategisena arvona. Tutkimuslupa hyväksyttiin 16.12.2015 TAMK:ssa ja 17.12.2015 Coxassa.

Kyselylomakkeessa standardoidut kysymykset kysyttiin kaikilta potilailta samassa järjestyksessä samalla tavalla (Vilkkä 2007, 28). Potilaskysely toteutettiin jakamalla tiedote tutkimuksesta potilaalle (liite 1) ja potilaskyselylomake (liite 2) tekonivelleikatulle potilaalle heidän kotiutuessaan vuodeosastolta suoraan kotiin. Sihteerit liittivät potilaskyselylomakekuoren potilaan kotiutumispapereihin. Sairaanhoidajat antoivat potilaskyselylomakekuoret potilaille kotiutumispapereiden yhteydessä potilaita kotiuttaessaan ja ohjasivat potilaita vastaamaan kotona potilaskyselyyn sekä lähettämään kyselylomakkeen valmiiksi maksetussa vastauslähetyksessä postitse takaisin Coxaan viikon kuluttua kotiutumisesta. Potilaskysely toteutettiin jakamalla kaikki 200 potilaskyselylomaketta vuodeosastolta suoraan kotiin kotiutuville potilaille. Vuodeosaston osastonhoitaja aloitti tutkimuksen 18.12.2015 ja toimi tutkimuksessa Coxan yhteyshenkilönä. Opinnäytetyöntekijä laati tiedotteen tutkimuksen toteuttamisesta vuodeosaston henkilökunnalle ja tiedote jaettiin henkilökunnalle myös sähköpostitse (liite 3). Opinnäytetyöntekijä haki saapuneet vastauslähetykskuoret Coxasta analysoitavaksi. Viimeinen vastauslähetykskuori haettiin Coxasta 23.3.2016.

Tiedonhaku teoreettiseen viitekehukseen tehtiin Tampereen Ammattikorkeakoulun FINNA-hakuliittymällä CINAHL Complete (EBSCOhost)-tietokannasta Advanced Search- hausta käyttämällä hakusanoina ”joint replacement” AND ”discharge” ja ”Patient education” AND ”discharge” sekä ”nursing ethics” AND ”patient experience” rajaamalla haku Full Text, English language ja Peer Reviewed rajauksin. Tiedonhaun tuloksena lähteiksi valittiin opinnäytetyön kannalta relevantit lähteet. Artikkeleista valittiin kotiutusvaiheen potilasohjaukseen liittyvät artikkelit, joissa oli tutkittu potilaskokemusten pohjalta kotiutusvaiheen potilasohjausta. FINNA-hakuliittymällä tehtiin tiedonhakua myös hakusanoilla ”kotiutus” ja ”potilasohjaus”. Tuloksena tiedonhausta saatiin runsaasti hakutuloksia, lähteiksi valittiin ensikäden lähteinä väitöskirjoja tai muita ensikäden lähteitä. Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta löydettiin lähteitä sekä lähteitä löydettiin myös lähdeluetteloiden kautta.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön laadullisen aineiston analyysin osalta aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kyselylomakkeen avointen kysymysten K19-K17 vastaukset kirjoitettiin sanasta saan auki kysymyskohtaisiin kolmeen eri tiedostoon. Potilaista osa vastasi avoimiin kysymyksiin ja osa potilaista jätti vastaamatta. Vastaukset numeroitiin kyseisen kyselylomakkeen juoksevalla numerolla 1-157, avointen kysymysten vastaukset ovat tarkistettavissa jälkikäteen kyselylomakkeista sekä sisällönanalyysitiedostoista. Tutkimuskysymykseen 1 vastausta haettiin avoimella kysymyksellä K18. Tutkimuskysymykseen 2 vastausta haettiin avoimella kysymyksellä K17 ja tutkimuskysymykseen 3 haettiin vastausta avoimella kysymyksellä K19. Kysymysten K18 ja K20 vastauksia ei alun perin pitänyt analysoida, vastauksien piti jäädä vuodeosaston osastonhoitajan käyttöön potilasohjauksen kehittämistä varten. Potilaat vastasivat kuitenkin niin kattavasti avoimeen kysymykseen K18, että tämän kysymyksen osalta vastaukset otettiin mukaan opinnäytetyöhön. Aineistot redusointiin eli pelkistettiin alkuperäisilmauksista pelkistettyihin ilmauksiin (taulukko 2). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110).

TAULUKKO 2. Esimerkkejä pelkistämisestä avoimen kysymyksen K19 kohdalla

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
”En tiedä parantaisiko se minun kokemustani, kun kaikenlaisten appien käyttöönotto on pienen kynnyksen takana. Mutta pian suurin osa teidänkin potilaistanne pitävät niitä itsestänselvyyksinä, joten siitä vaan niitä kehittelemään, kun kerran aiotte varmaan kärkeisijanne sarjassanne pitää!”	Kehittäminen itsestänselvyytenä
”Tulevaisuudessa kyllä, saisi tietoa heti reaaliajassa”.	Tulevaisuudessa tiedonsaanti reaaliajassa
”Ehkä sähköinen viestintä online/chatline-tyyppinen keskustelu vois olla hyvä”	Online/Chatline-keskustelu hyvä
”Ehkä se vastaisi paremmin tätä päivää ja erityisesti tulevaisuudessa. Puhelin on aina lähettyvillä ja saatavilla, helppo tarkistaa ohjeet. Paperiset ohjeet voivat helpommin hävitä”	Nykyaikaa, ohjeiden tarkistamisen helppous

Laadullisen aineiston pelkistetyt ilmaukset klusteroitiin eli ryhmiteltiin alaluokkiin (taulukko 3) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111).

TAULUKKO 3. Esimerkkejä ryhmittelystä avoimen kysymyksen K19 kohdalla

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Kehittäminen itsestänselvyytenä	Kehittäminen itsestänselvyytenä
Tulevaisuudessa tiedonsaanti reaaliajassa Nykyäikää, tieto aina saatavilla, kännykät ja tabletit käytössä Online/Chatline-keskustelu hyvä Tiedonkulun helpottuminen Vastauksen saaminen nopeammin mobiilisovellus potilasohjauksessa	Tiedonsaanti reaaliajassa
Nykyäikää, ohjeiden tarkistamisen helpous Ohjeiden tarkistamisen helpous Auttaisi ohjeiden muistamisessa Asioihin palaaminen sähköisesti Verkossa asioiden kertaaminen Verkossa mahdollisuus kysyä	Ohjeiden tarkistamisen helppous
Kätevyys Kiireettömyys Varmaankin auttaisi Voisi toimia Jonkin verran	Kätevyys ja kiireettömyys
Sähköinen täydentävänä Sähköinen lisäohjauksena Sähköinen järjestelmä lisänä Sähköinen henk.koht. ohjauksen lisänä Sähköinen ohjaus muun potilasohjauksen lisänä	Sähköinen täydentävänä
Olisi tukena kuntoutumiseen kotona Turva yksinasuvalle	Tukena ja turvana yksinasuvalle
Sähköisesti leikkauksen suorittamisen seuraaminen ennakkoon Harjoitusliikkeiden seuraaminen	Ohjeiden virtuaaliseuraaminen
Tarpeeton osalle potilaista Suullinen ja kirjallinen ohjaus sekä puhelinnumero paras Mieluummin ohjaus kasvotusten Älypuhelin puuttuu	Tarpeeton osalle potilaista, laitteet puuttuvat
Käytön hallitseminen haasteena Käytön hallittavuuden vaikeus Käytön hallittavuuden vaikeus	Käytön hallittavuuden vaikeus

Lopuksi laadullinen aineiston alaluokista muodostettiin yläluokkia (taulukko 4) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112).

TAULUKKO 4. Esimerkkejä avoimen kysymyksen K19 yläluokkien muodostamisesta

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tiedonsaanti reaaliajassa Ohjeiden virtuaaliseuraaminen	Reaaliaikaisuus
Ohjeiden tarkistamisen helppous Kätevyys ja kiireettömyys	Ohjauksen kätevyys

Opinnäytetyön määrällisen aineiston analyysin osalta muuttujat ja mitta-asteikot tallennettiin tilasto-ohjelma IBM SPSS-havaintomatriisiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–56). Kyselylomakkeessa oli mitta-asteikkona strukturoituja vastausvaihtoehtoja, Likert-asteikollisia mitta-asteikkoja sekä avoimia vastauksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129). Aineisto tarkistettiin tallentamisen jälkeen. Muuttujat luokiteltiin ja muuttujien arvot mitattiin luokittelu- eli nominaaliasteikolla (kysymykset 1, 3, 4, 5, 8–14), järjestys- eli ordinaaliasteikolla, Likert-asteikollisina muuttujina (kysymykset 2, 6, 7) sekä välimatka- eli intervalliasteikolla (kysymykset 14, 15). Aineisto kuvailtiin numeroina, käyttäen prosenttiosuuksia, graafisena esityksenä pylväskuvioina sekä kirjoittamalla vastaukset sanallisesti auki. (Vilkkä 2007, 139–144; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129–136.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tekonivelpotilaan potilaskokemus potilasohjauksesta

Potilaskyselyyn vastasi yhteensä 157 potilasta (n=157). Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 78,5 %. Kyselylomakkeet oli täytetty varsin huolellisesti ja tutkimuksen luotettavuus vahvistui sillä, että vastaukset olivat selkeitä. Kyselylomakkeista puuttui yksittäisiä satunnaisia vastauksia, puuttuville arvoille ei laskettu aineistosta keskiarvoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129). Tulosten analysoinnissa on mainittu vastanneiden potilaiden kokonaismäärä kuhunkin kysymykseen. Puuttuvat havainnot jätettiin mukaan SPSS-havaintomatriisiin. Osaan kysymyksistä vastasivat kaikki 157 potilasta.

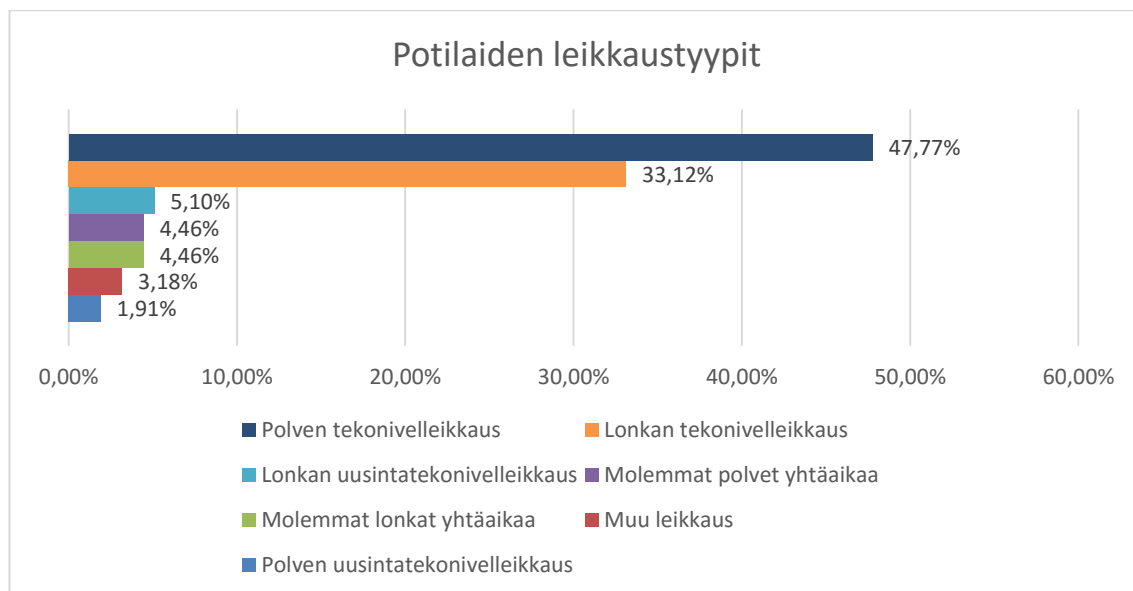
Potilaiden esitiedot

Kysymykseen K01 potilaiden sukupuolesta vastasi 155 potilasta (n=155), vastausprosenttina 98,7 %. Potilaista 59,9 % oli naisia ja 38,9 % oli miehiä. Ikäkysymykseen K02 vastasi 94,9 % potilaista (n=149). Potilaat olivat iältään 42 - 82 vuotiaita. Potilaista 38,9 % oli iältään 64 - 71-vuotiaita. Potilaista 13,9 % oli 42 - 53vuotiaita, 22,2 % oli 54 - 63vuotiaita, 14,5 % oli 72 - 78vuotiaita ja 5 % potilaita oli 79 - 82vuotiaita iältään. Kysymykseen K03: Miten asutte, vastasi yhteensä 157 potilasta (n=157). Potilaista 22,9 % eli 36 potilasta asui yksin. Potilaista 77,1 % eli 121 potilasta asui yhdessä puolison, perheen tai läheisen kanssa. Yksikään potilaista ei asunut palveluasunnossa. Kysymykseen K04: Oletteko ensimmäistä kertaa hoidossa Coxan vuodeosastolla, vastasi 99,4 % potilaista (n=156). Potilaista 72,6 % oli ensimmäistä kertaa hoidossa vuodeosastolla, 17,8 % potilaista oli ollut kerran aiemmin hoidossa vuodeosastolla ja 8,9 % potilaista oli ollut useammin hoidossa Coxan vuodeosastolla.

Potilaiden leikkaustyypit

Kysymykseen K05: Mitä Teiltä leikattiin Coxassa, vastanneiden potilaiden keskuudessa polven tekonivelleikkaus oli yleisin leikkaus. Potilaista 47,8 %:lle tehtiin polven tekonivelleikkaus. Lonkan tekonivelleikkaus leikattiin 33,1 %:lle potilaista. Lonkan uusinta-tekonivelleikkaus leikattiin 5,1 %:lle potilaista. Molemmat lonkat leikattiin yhtä aikaa 4,5 %:lle potilaista sekä 4,5 %:lle potilaista leikattiin molemmat polvet yhtä aikaa. Potilaista 3,2 %:lle leikattiin muu leikkaus ja potilaista 1,9 %:lle leikattiin polven uusintatekonivel-

leikkaus. Potilaille, joille oli leikattu muu leikkaus, oli leikattu joko olkapään tekonivelleikkaus tai muu leikkaus. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden leikkaustyyppiä kuvataan seuraavassa kuviossa (kuvio 2). Kaikki 157 potilasta (n=157) vastasivat kysymykseen leikkaustyypeistään.



KUVIO 2. Potilaiden leikkaustyyppit

Kotiutumiseen liittyvän potilasohjauksen saaminen ennen leikkausta

Kotiutumiseen liittyvää potilasohjausta ennen leikkausta (K06) oli saanut Coxan poliklinikalla 84,1 % potilaista (n=157). Osa näistä potilaista oli saanut kotiutumiseen liittyvää potilasohjausta myös kotikunnassaan Coxan poliklinikalla annetun potilasohjauksen lisäksi. Potilaista 8,9 % oli saanut kotiutumiseen liittyvää potilasohjausta ennen leikkausta vain kotikunnassaan. Potilaista 7,0 % ei ollut saanut ennen leikkausta kotiutumiseen liittyvää potilasohjausta.

Potilaskokemukset leikkauksen jälkeisen potilasohjauksen laadusta

Potilaiden leikkauksen jälkeen saamasta kotiutumisesta tukevasta potilasohjauksesta, (K07a) suullisen potilasohjauksen koki riittävänä ja selkeänä 63,7 % potilaista. He olivat täysin samaa mieltä väittämästä suullisen potilasohjauksen riittävydestä ja selkeydestä. Jokseenkin samaa mieltä suullisen potilasohjauksen riittävydestä ja selkeydestä oli potilaista 26,1 %. Potilaista 3,8 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Potilaista 2,5 % oli jokseenkin eri mieltä potilasohjauksesta ja potilaista 1,9 % oli täysin eri mieltä suullisesta potilasohjauksesta. Kysymykseen vastasi yhteensä 154 potilasta eli 98,1 % potilaista.

Kirjalliset potilasohjeet täysin riittävinä ja selkeinä (K07b) koki 72 % potilaista. Jokseenkin samaa mieltä kirjallisten potilasohjeiden riittävydestä ja selkeydestä oli 22,9 % potilaista. Potilaista 0,6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä. Jokseenkin eri mieltä väittämästä oli 1,3 % potilaista ja täysin eri mieltä väittämästä oli 1,3 % potilaista. Kysymykseen vastasi yhteensä 154 potilasta eli vastausprosentiksi kysymykseen muodostuu 98,1 %.

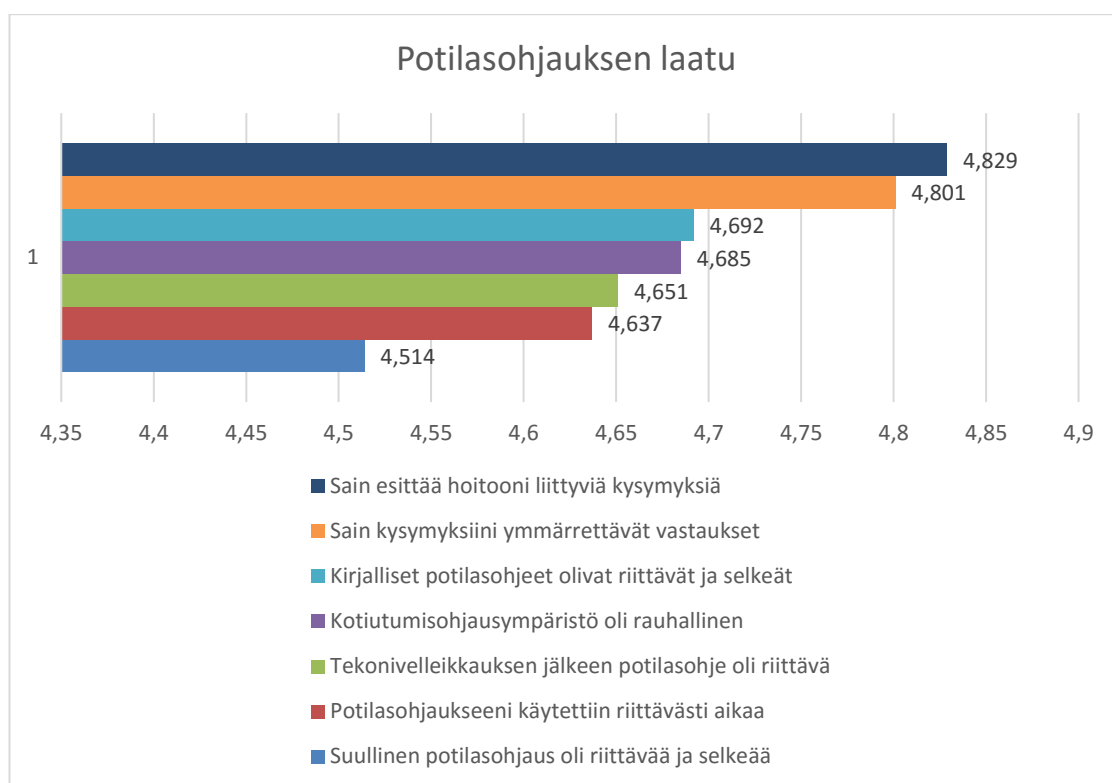
Tekonivelleikkauksen jälkeen - potilasohjeen koki täysin riittävänä ja selkeänä 70,1 % potilaista, he olivat täysin samaa mieltä väittämästä (K07c). Jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli 24,2 % potilaista. Potilaista 2,5 % ei kokenut olevansa samaa eikä eri mieltä väittämästä kirjallisten potilasohjeiden riittävydestä ja selkeydestä. Jokseenkin eri mieltä koki olevansa 0,6 % potilaista ja täysin eri mieltä väittämästä oli 1,3 % potilaista. Väittämään vastasi yhteensä 155 potilasta, vastausprosentiksi muodostuu 98,7 %.

Leikkauksen jälkeiseen kotiutumista tukevaan potilasohjaukseen käytetystä riittävästä ajasta (K07d) 70,7 % potilaista koki, että heidän potilasohjaukseensa käytettiin riittävästi aikaa. He vastasivat olevansa täysin samaa mieltä väittämästä. Jokseenkin samaa mieltä oli 19,7 % potilaista, potilaista 3,8 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli 2,5 % potilaista. Väittämään vastasi yhteensä 152 potilasta eli vastausprosentiksi muodostuu 96,8 %.

Hoitoon liittyviä kysymyksiä leikkauksen jälkeisessä kotiutumista tukevassa potilasohjaustilanteessa sai esittää potilaista 82,2 %, he kokivat olevansa väittämästä (K07e) täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli 13,4 % potilaista. Potilaista 0,6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä ja täysin eri mieltä väittämästä 0,6 % potilaista. Vastausprosentiksi väittämään muodostuu 96,8 % eli yhteensä 152 potilasta vastasi väittämään.

Kysymyksiinsä ymmärrettävät vastaukset leikkauksen jälkeisessä kotiutumista tukevassa potilasohjaustilanteessa koki saaneensa potilaista 81,5 % (K07f). Jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli potilaista 13,4 %. Potilaista 0,6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä väittämästä oli 0,6 % potilaista ja täysin eri mieltä väittämästä oli 0,6 % potilaista. Väittämään vastasi 152 potilasta eli vastausprosentiksi muodostuu 96,8 %.

Kotiutumisohjausympäristön koki rauhallisena 73,2 % potilaista. He vastasivat olevansa täysin samaa mieltä väittämästä (K07g). Jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli potilaista 18,5 %. Potilaista 4,5 % ei ollut samaa eikä eri mieltä kotiutumisohjausympäristön rauhallisuudesta. Jokseenkin eri mieltä oli 0,6 % potilaista ja täysin eri mieltä oli 0,6 % potilaista. Vastausprosentiksi kotiutumisohjausympäristön rauhallisuus väittämään muodostuu 97,5 %, potilaista 153 vastasi kysymykseen. Potilasohjauksen osa-alueet (K07a–g) luokiteltiin tulosten analysointivaiheessa potilasohjauksen laaduksi, akselin vaihteluvälinä 1 – 5 ja keskiarvoista yhteenvetokaavio (kuvio 3).



KUVIO 3. Potilasohjauksen laatu

Potilaskokemukset leikkauksen jälkeisen potilasohjauksen sisällöstä

Tekonivelpotilaan kotiutumista tukevassa potilasohjauksessa lääkitysohjauksen koki täysin riittävänä ja ymmärrettävänä potilaista 70,7 %. Lääkitysohjauksen riittävyydestä ja ymmärrettävyydestä jokseenkin samaa mieltä oli potilaista 22,9 %. Potilaista 1,3 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Väittämästä jokseenkin eri mieltä oli potilaista 2,5 % ja täysin eri mieltä väittämästä oli potilaista 0,6 %. Väittämään vastasi yhteensä 154 potilasta eli vastausprosentiksi väittämään (K08a) muodostuu 98,1 %.

Kipulääkitysohjauksen täysin riittävänä ja ymmärrettävänä (K08b) koki 73,2 % potilaista. Kipulääkitysohjauksen riittävydestä ja ymmärrettävyydestä jokseenkin samaa mieltä oli potilaista 18,5 %. Potilaista 4,5 % ei ollut väittämistä samaa eikä eri mieltä. Potilaista 1,3 % oli jokseenkin eri mieltä kipulääkitysohjauksen riittävydestä ja ymmärrettävyydestä ja täysin eri mieltä väittämistä oli 1,3 % potilaista. Vastausprosentiksi muodostuu 98,7 % eli 155 potilasta vastasi väittämään kipulääkitysohjauksesta.

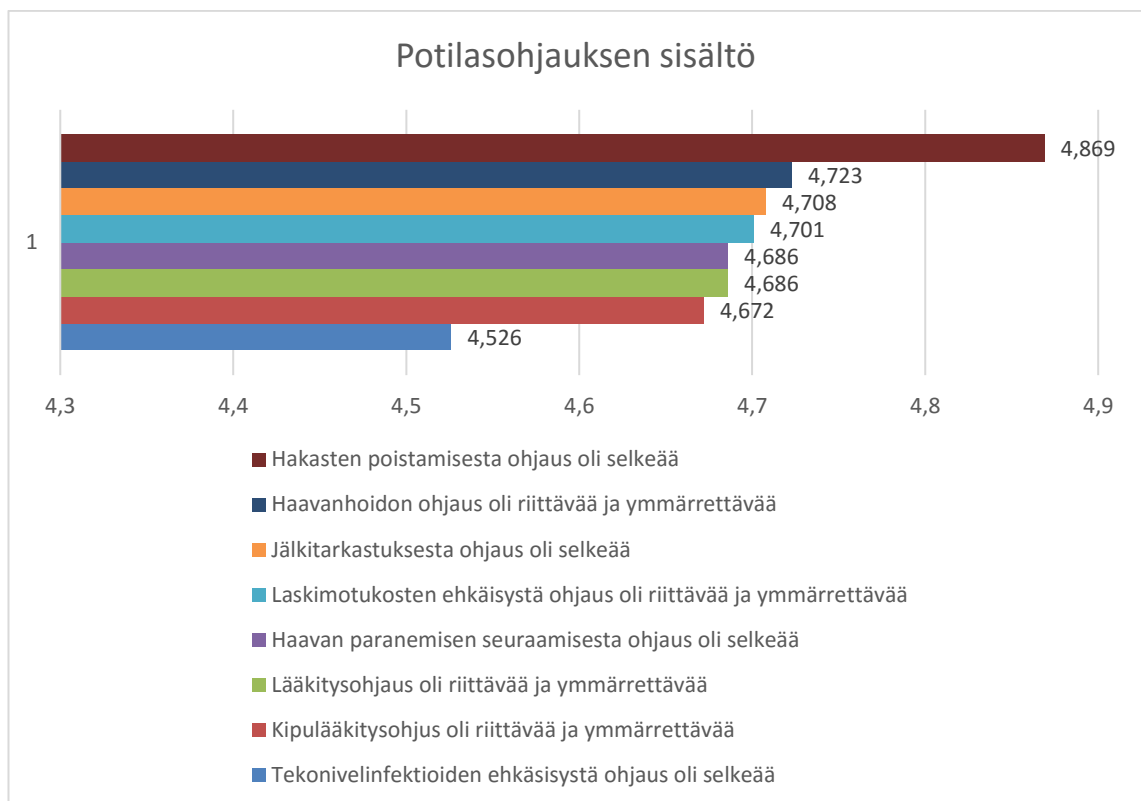
Potilasohjaukseen laskimotukosten ehkäisystä koki täysin riittävänä ja ymmärrettävänä 77,1 % potilaista. Laskimotukosten ohjauksen riittävydestä ja ymmärrettävyydestä jokseenkin samaa mieltä koki olevansa potilaista 16,6 %. Potilaista 2,5 % ei kokenut olevansa samaa eikä eri mieltä väittämistä. Jokseenkin eri mieltä koki olevansa 1,3 % potilaista ja täysin eri mieltä koki olevansa 1,9 % potilaista. Väittämään (K08c) vastasi yhteensä 156 potilasta, vastausprosenttina 99,4 %.

Haavanhoidon ohjauksen koki täysin riittävänä ja ymmärrettävänä potilaista 78,3 %. Jokseenkin samaa mieltä haavanhoidon ohjauksen riittävydestä ja ymmärrettävyydestä oli potilaista 15,3 %. Potilaista 1,3 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämistä (K08d) ja jokseenkin eri mieltä haavanhoidon ohjauksen riittävydestä ja ymmärrettävyydestä oli potilaista 0,6 %. Potilaista 2,5 % oli väittämistä täysin eri mieltä. Potilaista 98,1 % eli 154 potilasta vastasi väittämään.

Haavan paranemisen seuraamisesta potilasohjauksen (K08e) koki täysin selkeänä potilaista 73,2 %. Potilaista 21,0 % oli jokseenkin samaa mieltä potilasohjauksesta ja potilaista 1,3 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Potilaista 1,3 % oli jokseenkin eri mieltä väittämistä ja täysin eri mieltä väittämistä oli 1,3 % potilaista. Väittämään haavan paranemisen seuraamisen potilasohjauksesta vastasi 98,1 % potilaista eli yhteensä 154 potilasta.

Potilasohjauksen hakasten poistamisesta koki täysin selkeänä 87,3 % potilaista. Potilaista 9,6 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämistä (K08f). Potilaista 1,3 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämistä. Potilaista 0,6 % oli väittämistä jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä väittämistä oli 0,6 % potilaista. Väittämään vastasi 156 potilasta, vastausprosentiksi muodostuu 99,4 %.

Tekonivelinfektioiden ehkäisemiseen liittyvään väittämään vastasi yhteensä 150 potilasta eli vastausprosentiksi muodostui 95,5 %. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 63,7 % potilaista. Jokseenkin samaa mieltä oli 21,0 % potilaista. Ei samaa eikä eri mieltä oli 6,4 % potilaista. Jokseenkin eri mieltä oli 3,2 % potilaista ja täysin eri mieltä väittämästä oli 1,3 % potilaista. Potilasohjauksen jälkitarkastuksesta koki täysin selkeänä 71,3 % potilaista. Potilaista 15,9 % oli jokseenkin samaa mieltä jälkitarkastusohjauksen selkeydestä (K08h). Potilaista 3,2 % ei kokenut olevansa samaa eikä eri mieltä väittämästä ja jokseenkin eri mieltä oli potilaista 0,6 %. Potilaista 1,3 % oli täysin eri mieltä. Väittämään vastasi 145 potilasta, vastausprosenttina 92,4 %. Potilasohjauksen osa-alueet (K08a–h) luokiteltiin potilasohjauksen sisällöksi tulosten analysointivaiheessa, akselin vaihteluvälinä 1 – 5 ja keskiarvoista yhteenvedokaavio (kuvio 4).



KUVIO 4. Potilasohjauksen sisältö

Potilaiden kehittämisehdotukset potilasohjaukseen

Avoimeen kysymykseen (K18) vastasi 36,3 % kaikista potilaskyselyyn vastanneista potilaista. Potilaista 21 vastasi olleensa tyytyväinen ohjaukseen ja koki potilasohjauksen toimivan hienosti. Potilaat olivat kokeneet potilasohjauksen hyvänä ja selkeänä. Yksi potilas vastasi saaneensa kaiken tiedon, mitä hän tarvitsi ymmärrettävästi. Yksi potilas vastasi potilasohjauksen olleen hyvää ja kaiken toimineen hyvin. Yksi potilas vastasi, että

potilasohjaus oli selkeää, sai kysyä uudestaan ja hän koki, että henkilökunta oli todella ammattitaitoista. Eräs toinenkin potilas koki saaneensa hyvää ohjausta ja hän koki, että aina tarvittaessa oltiin valmiita vastaamaan potilaan esittämiin kysymyksiin, joten hän ei osannut ehdottaa parannuksia jo olevaan ohjaukseen. Yksi potilas vastasi saaneensa yksilöllistä potilasohjausta, joka oli hänen mielestään erittäin tärkeää ja henkilökunnalla oli ollut hänelle hyvin aikaa, kun tarvetta oli.

Potilaat kokivat, että potilasohjaus olisi hyvä antaa kerralla lähellä kotiutusajankohtaa. Yksi potilas kuuden potilaan joukosta toivoi, että potilasohjaus olisi hyvä antaa rauhassa yhtäjaksoisesti ohjaten sekä ilman hoitajien kannettavan puhelimen mahdollisen hälyttämisen aiheuttamaa häiriötä. Hän toivoi myös, ettei hoitaja kipaise muualle kesken ohjauksen. Yksi potilas tästä joukosta toivoi kertausta neuvoista. Yksi potilas toivoi, että potilasohjaus suoritettaisiin yhdelle potilaalle kerrallaan. Yksi toinen potilas toivoi, että potilasohjausta tulisi tähdentää potilaan iän ja kunnon mukaan. Yksi potilas toivoi uusintaleikkauksessa hieman erilaisia ohjeita, kuin ensimmäisessä tekonivelleikkauksessa. Lisäksi kuusi muuta potilasta toivoivat puhelinsoittoa Coxasta kotiin potilaalle kotiutumisen jälkeen. Potilaat ehdottivat, että Coxasta voitaisiin olla yhteydessä asiakkaaseen muutamana päivänä kuluttua ja tiedustella, miten paraneminen ja kuntoutuminen on edistynyt ja samalla voitaisiin tarkentaa potilasohjeita. Näistä kuudesta puhelinsoittoa toivovasta potilaasta useat kokivat parhaaksi soittoajankohdaksi kolmesta neljään päivää kotiutumisen jälkeen. Yksi potilas heistä vastasi, että olisi ihanan turvallinen tunne, jos Coxasta soitettaisiin esim. viikon-kahden kuluttua kotiutuksesta ja tiedusteltaisiin, miten toipuminen on edennyt ja potilas voisi samalla kysyä, jos jokin asia askarruttaa tai huolestuttaa.

Yksi potilas koki kirjallisen lääkkeiden annosteluohjeen erittäin hyvänä ja hyödyllisenä. Neljä potilasta toivoi selkeämpää lisäohjausta lääkitykseen liittyen ja tarkennusta siihen, kuinka kauan mitäkin lääkettä pitäisi syödä sekä aikarajojen selkeyttämistä. Yksi potilas näistä neljästä potilaasta vastasi, että lääkitykseen liittyvät ohjeet jäivät vähän hataraksi, ehkä kiireen vuoksi. Yksi potilas toivoi lyhyttä ja selkeää muuta potilasohjausmateriaalia tukevaa kirjallista ohjetta. Yksi potilas toivoisi Coxa-kansion tilalle ohuempaa, kevytrakenteisempaa kansiota. Yksittäiset potilaat toivoivat lisäohjausta jälkitarkastukseen ja aikatauluihin, siitä ovatko jälkitarkastusajat varattu vai ei. Kolme muuta potilasta olisi toivonut sairaanhoitajalta lisäohjausta tekonivelinfektioiden ehkäisystä. Näistä potilaista yksi potilas kertoi kuulleensa asiasta ensikertaa. Yksi potilas olisi toivonut ohjausta mat-

kustusmahdollisuuksien rajoituksista. Kaksi potilasta olisi toivonut ohjausta kotona tehtävistä asioista, jotka ovat kiellettyjä ja sallittuja sekä ohjausta siitä, minkälaisia asentoja ei saa tehdä. Yksi potilas toivoi vertaistukiohjausta ja yksi potilas toivoi parempaa ruotsinkielentaitoa. Hänen kohdallaan oli käytetty apuna tulkkia ja hän toivoi kaikkia potilas-papereitaan ruotsinkielellä. Sisällönanalyysin alaluokkien perusteella tekonivelpotilas kokee leikkauksen jälkeen Coxan vuodeosastolla saamansa kotiuttamista tukevan potilasohjauksen selkeänä ja hyvänä suullisena ja kirjallisena potilasohjauksena sekä tekonivelpotilas kokee, että hänet huomioitiin vuodeosastolla yksilöllisesti ja hänelle annettiin aikaa. Sisällönanalyysin perusteella pääluokaksi muodostettiin tekonivelpotilaan kokemus arvokkaista ja säilytettävistä potilasohjauksen elementeistä Coxan vuodeosastolla. (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Arvokkaat ja säilytettävät potilasohjauksen elementit

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Selkeä ja hyvä potilasohjaus Suullinen potilasohjaus Kirjallinen potilasohjaus	Suullinen ja kirjallinen potilasohjaus	Tekonivelpotilaan kokemus arvokkaista ja säilytettävistä potilasohjauksen elementeistä
Ajan antaminen	Ajan antaminen	
Yksilöllisyys	Yksilöllisyys	

Tekonivelpotilaiden kehittämisehdotuksina potilasohjaukseen sisällönanalyysin alaluokkien perusteella toivottiin kotiutusohjauksen tapahtuvan lähellä kotiutusta yhtäjaksoisesti yhdelle potilaalle kerrallaan ilman häiriöitä ja potilaan iän, kunnon ja tuttuuden huomiointia ohjauksen lähtökohdaksi. Potilaat toivoivat kertausta ohjeista, lisäohjausta, vertaistukiohjausta, ruotsinkielentaitoa sekä puhelinsoittoa kotiin. Sisällönanalyysin perusteella pääluokaksi muodostettiin tekonivelpotilaiden kehittämisehdotukset potilasohjaukselle. (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Tekonivelpotilaiden kehittämisehdotukset potilasohjaukseen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kotiutusajankohta lähellä kotiutusta	Ohjausajankohdan siirtäminen	Tekonivelpotilaiden kehittämisehdotukset potilasohjaukseen
Yhtäjaksoisesti yhdelle kerrallaan ilman häiriöitä	Katkeamattomasti	
Iän, kunnon ja tuttuuden huomioiminen	Yksilöllisyys	
Kertausta ohjeista	Kertaaminen	
Lisäohjauksen tarve	Lisäohjaus	
Vertaistukiohjausta	Vertaistukiohjaus	
Puhelinsoittoa Coxasta	Puhelinsoitto	
Ruotsinkielentaito	Ruotsinkielentaito	

5.2 Tekonivelpotilaan pärjääminen kotona leikkauksen jälkeen

Tekonivelpotilaan pärjäämistä kotona leikkauksen jälkeen saamansa potilasohjauksen turvin tutkittiin kyselylomakkeen kysymyksillä K09–K14 sekä avoimella kysymyksellä K17. Kysymykseen (K09): Olivatko läheisenne mukana ohjaustilanteessa, potilaista vastasi 99,4 % eli 156 potilasta kaikista potilaskyselyyn vastanneista potilaista. Läheinen oli ollut mukana ohjaustilanteessa 11,5 %:lla potilaista. Potilaista 87,9 %:lla läheinen ei ollut mukana ohjaustilanteessa.

Lääkehoidon ja kivunhoidon hallinta kotona

Kysymykseen (K10) Osasitteko toteuttaa lääkehoitoanne kotona, vastasi 157 potilasta. Potilaista 99,4 % vastasi, että he osasivat toteuttaa lääkehoitoaan kotonaan. Lääkehoitoaan kotona ei kokenut osanneensa toteuttaa yksi potilas eli 0,6 % potilaista. Kysymykseen (K11) Osasitteko hoitaa kipuaanne kotona, vastasi yhteensä 156 potilasta eli 99,4 % kaikista potilaskyselyyn vastanneista potilaista. Potilaista 97,5 % oli osannut hoitaa kipuaan kotona. Kipuaan ei kokenut osanneensa hoitaa kotonaan 1,9 % potilaista eli kolme potilasta.

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin pärjääminen kotona

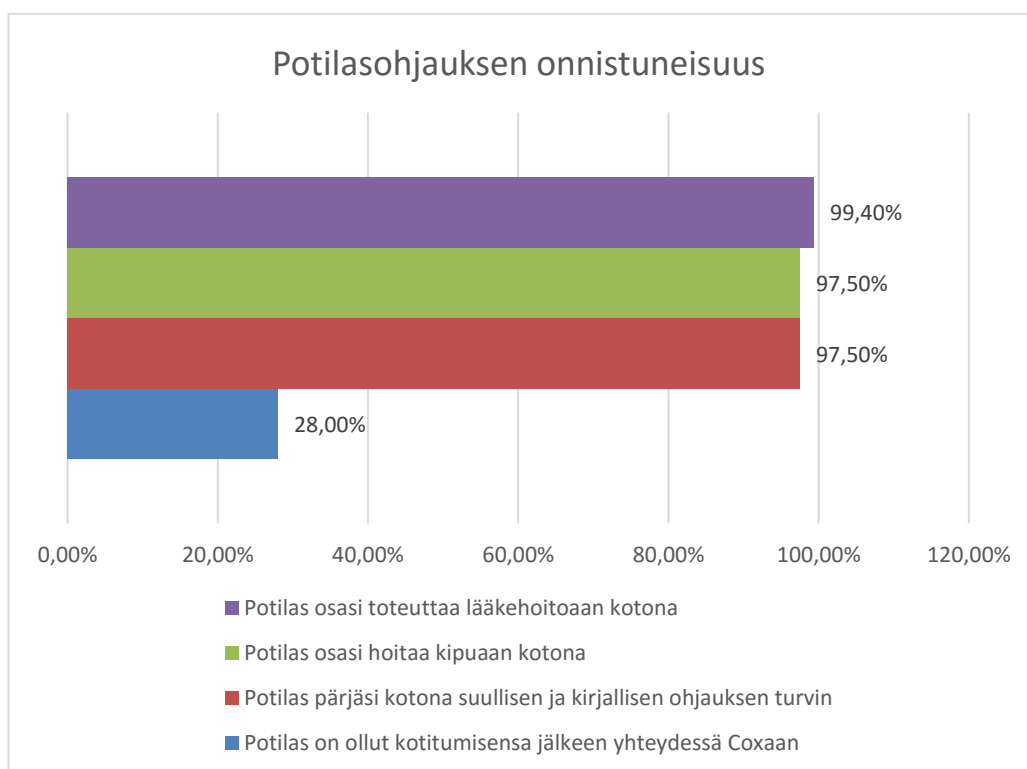
Kysymykseen (K12) Pärjäsittekö kotona suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin, vastasivat kaikki 157 potilasta. Potilaista 97,5 % koki pärjänneensä kotona suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin kotona ei kokenut pärjänneensä potilaista 2,5 % eli neljä potilasta.

Yhteydenotot kotiutumisen jälkeen

Kysymykseen (K13) Oletteko olleet kotiutumisenne jälkeen yhteydessä Coxaan, vastasi yhteensä 149 potilasta. Vastausprosentiksi muodostuu 94,9 %. Potilaista 28,0 % oli ollut kotiutumisensa jälkeen yhteydessä Coxaan. Potilaista 66,9 % ei ollut kotiutumisensa jälkeen yhteydessä Coxaan. Kysymykseen (K14) Olisitteko toivoneet, että Teihin oltaisiin oltu Coxasta puhelimitse yhteydessä kotiutumisenne jälkeen, vastasi yhteensä 150 potilasta, vastausprosenttina 95,5 %. Potilaista 39,5 % olisi toivonut, että heihin oltaisiin oltu Coxasta puhelimitse yhteydessä heidän kotiutumisensa jälkeen. Potilaista 56,1 % ei toivonut, että heihin oltaisiin oltu puhelimitse yhteydessä Coxasta kotiutumisen jälkeen.

Potilasohjauksen onnistuneisuus

Leikkauksen jälkeisen kotiutumista tukevan potilasohjauksen onnistuneisuutta kuvaa seuraava kuvio (kuvio 5). Kuviossa on vertailtu keskenään potilaiden kotona pärjäämisen kokemuksen onnistuneisuusprosentteja niiden vastausten kesken, joihin potilaat vastasivat potilasohjauksensa onnistuneisuuden perusteella.



KUVIO 5. Potilasohjauksen onnistuneisuus

Yleinen tyytyväisyys hoitoon Coxassa

Kysymykseen (K15) Miten tyytyväinen olette yleisesti hoitoonne Coxassa, vastasivat kaikki potilaskyselyyn vastanneet potilaat eli kaikki 157 potilasta. Vastausprosentiksi yleiseen hoitotyytyväisyyskysymykseen muodostuu 100 %. Coxassa päämittarina asiakastyytyväisyydelle toimivassa NPS-luvussa lasketaan keskiarvo janelle 1–10. Yleistä hoitotyytyväisyyttä kysyttiin potilailta asteikolla yhdestä kymmeneen. Tämän tutkimuksen perusteella keskiarvona yleiseen potilaiden hoitotyytyväisyyteen Coxassa on 9,39 (NPS=9,39). Keskihajontana 0,972. Hajonta on melko suuri, vaihteluvälinä on 2–10.

Tyytyväisyys kotiutumista tukevaan potilasohjaukseen

Kysymykseen (K16) Miten tyytyväinen olette kotiutumista tukevaan potilasohjaukseenne, vastasivat kaikki 157 potilaskyselyyn vastannutta potilasta, vastausprosenttina kysymykseen 100 %. Tyytyväisyyttä kotiutumista tukevaan potilasohjaukseen kysyttiin potilailta asteikolla yhdestä kymmeneen. Tämän tutkimuksen perusteella keskiarvona tyytyväisyys kotiutumista tukevaan potilasohjaukseen Coxan vuodeosastolla on 9,29 (NPS=9,29). Keskihajonta on 1,098. Hajonta on melko suuri ja vaihteluvälinä 2-10.

Kotona pärjääminen ja kotona pärjäämisen tukeminen potilasohjausmenetelmin

Avoimeen kysymykseen (K17) vastasi 25 potilasta eli 15,92 % potilaista. 15 potilasta vastasi pärjänneensä kotona hyvin saamansa potilasohjauksen turvin. Potilaat olivat pärjänneet kotona, pärjäsivät hyvin, saivat täyden potilasohjauksen, kokivat potilasohjeet selkeinä ja kokivat, että heillä oli kaikki hyvin ja mitään ei jäänyt puuttumaan. Eräs potilas koki ohjeiden paljoudesta ja lyhyestä hoitoajasta johtuen aluksi olonsa epävarmaksi kotona. Muutama potilas toivoi lisäohjausta haavanhoidosta. Eräs potilas kaipasi kirjallista potilasohjausta sidevaihdon ajankohdasta, suullisen ohjauksen unohtuttua. Potilaat toivoivat ohjausta haavan suihkuttelusta ja kastelutavasta, saunomisajankohdasta sekä kylmän ja kuumien vaikutuksista tekoniveleen. Eräs potilas toivoi lisäohjausta Klexanen käytöstä. Eräs potilas toivoi kipulääkityksen kirjallisen paperiohjeen selkeyttämistä joiltain osin sekä hän olisi toivonut myös lisäohjausta eri kipulääkkeistä ja kipulääkkeiden annostelusta. Yksi potilas olisi toivonut potilasohjauksen tapahtuvan muualla kuin potilas-huoneessa sekä hän olisi toivonut etukäteen tietoa, milloin ohjaus tehdään. Yksi potilas olisi toivonut kaikkia potilaspapereitaan ruotsinkielellä. Sisällönanalyysin perusteella tekonivelpotilas pärjää hyvin kotonaan hyvän potilasohjauksen turvin avun kanssa. Tekonivelpotilaan kotona pärjäämistä tukee ohjeiden tarkentaminen kipulääkityksestä, haav-

vanhoidosta, tromboosiprofylaksiasta, potilasohjauksen antaminen suunnitellusti, toimintatapojen yhtenäistäminen joiltain osin sekä hoitohenkilökunnan ruotsin kielen osaaminen (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tekonivelpotilaan kotona pärjääminen ja pärjäämistä tukevat potilasohjausmenetelmät

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Pärjääminen hyvin	Pärjääminen hyvin avun kanssa kotona	Tekonivelpotilaan kotona pärjääminen
Avun saaminen kotiin		
Hyvä ohjaus	Hyvä ohjaus	
Kipulääkitysohjaus	Ohjeiden tarkennus	Tekonivelpotilaan kotona pärjäämistä tukevat potilasohjausmenetelmät ja lisäohjauksen osa-alueet
Haavanhoidonohjaus		
Tromboosiprofylaksiaohjaus		
Ohjeiden runsaus	Ohjauksen suunnitelmallisuus	
Yhtenäiset toimintatavat		
Suunniteltu ohjaus		
Ruotsinkielisyys	Ruotsinkielentaito	

Ristiintaulukointi

Ristiintaulukoitaessa keskenään kysymykset (K03: Miten asutte) ja (K12: Pärjäsittekö kotona suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin) vastaajia oli 157 potilasta. Yksin asuvista potilaista 33 pärjäsi kotona suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin, kolme potilasta ei pärjännyt. Yhdessä puolison, perheen tai läheisen kanssa asuvista 120 potilasta pärjäsi kotona, mutta yksi potilas koki, ettei pärjännyt. P-arvo eli Pearson Chi-Square on 0,012 eli arvo on tilastollisesti melkein merkitsevä. Ristiintaulukoitaessa kysymykset (K06 Saitteko ennen leikkausta kotiutumiseen liittyvää potilasohjausta) ja (K12 Pärjäsittekö kotona suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin) 130 potilasta oli saanut Coxan poliklinikalla ohjausta ennen leikkausta ja pärjäsi kotonaan. Neljä potilasta vastasi saaneensa ohjausta Coxan poliklinikalla, mutta he kokivat, etteivät he pärjänneet kotona. Kotikunnassa ohjausta saaneet kaikki 14 potilasta pärjäisivät kotonaan. Ohjausta ennen leikkausta ei ollut saanut yhdeksän potilasta, mutta he kokivat pärjänneensä kotonaan. Kaksi potilasta vastasivat, etteivät he olleet saaneet ennen leikkausta kotiutumiseen liittyvää potilasohjausta ja he eivät pärjänneet kotona suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin. P-arvo eli Pearson Chi-Square on 0.003 eli tulos on tilastollisesti merkitsevä.

5.3 Potilaskokemukset digitalisaatiosta potilasohjauksessa

Sähköisen potilasohjauksen ja ohjauksen mobiilisovelluksen mahdollisuuksia parantaa potilaskokemusta ohjauksesta tutkittiin avoimella kysymyksellä. Kysymykseen (K19) Miten sähköinen potilasohjaus parantaisi potilaskokemustanne potilasohjauksesta ja miten teitä auttaisi Coxan potilasohjauksesta matkapuhelinverkossa toimiva mobiilisovellus, vastasi yhteensä 62 potilasta eli 39,50 % kaikista potilaskyselyyn vastanneista. Potilaista 23 kokivat, ettei sähköinen ohjaus tai ohjauksen mobiilisovellus auttaisi heitä mitenkään. Potilaat kokivat, etteivät he osaa vastata kysymykseen, eivät tiedä, eivät osaa sanoa, eivät osaisi käyttää tai heitä ei kiinnosta sähköinen potilasohjaus tai he kokivat, että sähköisen potilasohjauksen käyttöönotto on pienen kynnyksen takana. Jotkut potilaista vastasivat, että kaksi järjestelmää olisi liikaa, eikä parantaisi potilasohjausta. Eräs potilas vastasi olevansa huono käyttämään sähköisiä palveluita. Yksi potilas koki nykyiset potilasohjeet erittäin hyvinä ja hän ei kaivannut sähköistä ohjausta eikä ohjauksen mobiilisovellusta.

Potilasta 20 potilasta koki, että sähköinen ohjaus ja ohjauksen mobiilisovellus parantaisivat heidän kokemustaan ohjauksesta. Potilaat vastasivat, että sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus varmaankin auttaisivat, koska tietoa ei voi koskaan olla liikaa. Yksi potilas kirjoitti, että suurin osa potilaista pitävät niitä itsestänselvyyksinä, joten olisi hyvä alkaa näitä kehittämään, kärkisijan pitääksemme. Potilaat kokivat, että sähköinen ohjaus ja ohjauksen mobiilisovellus olisivat tukena kotona tapahtuvaan kuntoutumiseen. Potilaat kokivat myös, että ne voisivat olla käteviä, jonkin verran auttaisivat ja auttaisivat tulevaisuudessa ja tiedon saisi heti reaaliajassa. Eräs potilas koki, että sähköiset potilasohjeet ja ohjauksen mobiilisovellus voisivat antaa turvaa yksinasuvalle potilaalle. Potilaat kokivat niiden olevan nykyaikaa kännyköiden ja tablettien ollessa monella käytössä koko ajan ja tiedon ollessa aina saatavilla. Eräs potilas vastasi, että sähköinen ohjaus ja ohjauksen mobiilisovellus kirjallisen ja suullisen ohjauksen lisänä olisi hyväksi. Potilaat vastasivat, että tarvittaessa asioihin voisi palata verkossa. Yksi potilas koki, että henkilökohtaisen neuvonnan lisäksi sieltä voisi kysyä, jos tulee kysyttävää. Potilaat kokivat myös, että sähköinen ohjaus ja ohjauksen mobiilisovellus auttaisivat massiivisen informaatioryöpyn muistamisessa ja vastaisivat paremmin tätä päivää. Muutama potilas kirjoitti mobiilisovelluksesta, että puhelin on aina lähettyvillä ja saatavilla ja sieltä olisi helppo tarkistaa ohjeet, paperiset ohjeet voivat helpommin hävitä. Potilaat vastasivat potilasohjauksen mobiilisovelluksesta, että luultavasti sitä olisi helppo ja nopea käyttää

ja jossain tilanteessa kenties vastaus tulisi nopeasti kirjallisena. Yksi potilas vastasi kannattavansa. Eräs potilas vastasi, että sähköinen viestintä online/chatline-tyyppisellä keskustelulla voisi olla hyvä ja parantaisi hänen potilaskokemustaan, sieltä voisi kysyä jälkikäteen epäselviksi jääneistä asioista. Yksi potilas koki, että voisi kaikessa rauhassa tutkia ohjeita ilman kiireen tuntua. Potilaat vastasivat, että sähköposti tai mobiiliviestit helpottaisivat tiedonkulkua molempiin suuntiin. Yksi potilas koki potilasohjauksen mobiilisovelluksen mielenkiintoisena.

Yhdeksän potilasta kokivat, että suullinen ja kirjallinen potilasohjaus sekä puhelimesta tapahtuva potilasohjaus ovat parhaat potilasohjauksen muodot. Eräs näistä potilaista vastasi, että suullinen keskustelu ja kirjalliset ohjeet ovat parhaimpia sekä puhelinumero, mihin voi ottaa yhteyttä, kun kaikki eivät käytä sähköisiä palveluita. Kirjalliset potilasohjeet koettiin tärkeinä. Yksi potilas vastasi, ettei sähköinen potilasohjaus tai potilasohjauksen mobiilisovellus mitenkään parantaisi hänen potilaskokemustaan, koska hänellä ei ole nettiäkään. Yksi potilas koki, että sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus olisivat ihan sopivia ohjausmuotoja, mutta hän toivoi mieluummin ohjausta kasvokkain ja toinen potilas kirjoitti, että ei kovin paljon parantaisi ohjausta ja hän koki painettujen ohjeiden olevan hyviä. Potilaat vastasivat, että eivät välttämättä tutkisi mobiilisovellusta, kirjalliset ohjeet ovat riittävät ja hyvät. Yksi potilas koki puhelinneuvonnan parhaana. Ihmiskontaktin hän koki helpottavana. Mobiilisovelluksen kyseinen potilas koki tarpeettomana. Muut potilaat vastasivat, että he eivät osaa sanoa olisiko siitä enemmän apua, heidän mielestään ohjevihkosista on helppo kerrata ohjeita. Eräs potilas vastasi kokevansa henkilökohtaisen ohjauksen parempana ja inhimillisempänä.

Viisi potilasta vastasi kysymykseen, että heistä sähköinen potilasohjaus sopisi täydentäväksi potilasohjauksen muodoksi, mutta pääpaino potilasohjauksella pitäisi olla paperiohjeina, joista on helppoa selata tarvittava tieto missä tahansa. Näistä potilaista yksi potilas vastasi, ettei henkilökohtaista potilasohjausta ei korvaa mikään, mutta ehkä sen lisänä voisi toimia sähköinen ohjaus. Toisenkin potilaan kokemuksena oli, että kyllähän se sähköinenkin ohjaus auttaisi, mutta henkilökohtainen keskustelu on kuitenkin aina parempi ja siinä tulee hoidettua myös potilaan henkistä puolta, mikä vaikuttaa toipumiseen. Hänen mielestensä sähköinen ohjaus ei korvaisi ”live”-ohjausta.

Sisällönanalyysin perusteella sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus parantaisivat tekonivelpotilaan potilaskokemusta potilasohjauksesta tulevaisuudessa

täydentävänä reaaliaikaisesti saatavilla olevana potilasohjausmuotona. Sähköisen potilasohjauksen kehittämisen tekonivelpotilaat kokevat tulevaisuudessa itsestäänselvytenä. Osalle tekonivelpotilaista sähköiset palvelut ovat tarpeettomia ja vaikeita hallita (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Sähköisen potilasohjauksen ja potilasohjauksen mobiilisovelluksen mahdollisuudet parantaa tekonivelpotilaan potilaskokemusta potilasohjauksesta tulevaisuudessa

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kehittäminen itsestäänselvytenä	Kehittäminen	Kehittäminen ajan hengessä
Tiedonsaanti reaaliajassa Ohjeiden virtuaaliseuraaminen	Reaaliaikaisuus	Reaaliaikaisuus
Ohjeiden tarkistamisen helppous Kätevyys ja kiireettömyys Sähköinen täydentävänä	Tarkistettavuus Kätevyys Täydennettävyyys Kiireettömyys	Täydentävä ohjausmuoto
Tukena ja turvana yksinasuvalle	Tuki ja turva	
Tarpeeton osalle potilaista, laitteet puuttuvat	Tarpeettomuus	Tarpeettomuus
Käytön hallittavuuden vaikeus	Hallittavuuden vaikeus	Hallittavuuden vaikeus

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tulokset saavat monelta osin vahvistusta aiemmin tutkitusta tiedosta, mutta opinnäytetyön tuloksien kautta löytyi myös uusia ideoita ja kehittämisehdotuksia tekoniivelpotilaan kotiuttamista tukevan potilasohjauksen kehittämiseksi Coxan vuodeosastolla.

Tekoniivelpotilaan potilaskokemus potilasohjauksesta

Opinnäytetyön tuloksena potilaat kokivat kotiutumista tukevan leikkauksen jälkeisen potilasohjauksen Coxan vuodeosastolla hyvänä ja selkeänä ohjauksena ja vastasivat olleensa tyytyväisiä ohjaukseen. Suullista potilasohjausta täysin tai jokseenkin riittävänä ja selkeänä piti 89 % potilaista. Tämä on tuloksena hyvin samankaltainen Kääriäisen (2007) tutkimuksen kanssa, jossa 91 % potilaista piti hoitohenkilöstön antamaa suullista ohjausta hyvänä. Opinnäytetyössä 94 % potilaista piti kirjallisia potilasohjeita täysin tai jokseenkin riittävinä ja selkeinä. Tulos on hyvin samansuuntainen Hankelan (2007) tuloksen kanssa, että yli 90% potilaista piti riittävinä kotiutumiseen liittyviä kirjallisia hoito-ohjeita. Opinnäytetyön tuloksena tekoniivelpotilas kokee arvokkaana ja säilytettävänä potilasohjauksen elementteinä hyvän suullisen ja kirjallisen ohjauksen, yksilöllisyyden huomioimisen ja ajan antamisen. Tulos saa vahvistusta Kyngäksen ym. (2007) kirjoittamasta, että potilasta tulisi ohjata suullisesti ja yksilöllisesti hänen taustatekijänsä huomioiden hoito-ohjeen noudattamiseen, vastaten potilaan kysymyksiin ja vahvistaen potilaan osaamista. Opinnäytetyössä tuloksena saatiin lisäksi sisällönanalyysin perusteella, että tekoniivelpotilas kokee, että hänet huomioitiin vuodeosastolla yksilöllisesti ja hänelle annettiin aikaa. Potilaskeskeisyyden huomioiminen lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon Knierin, Stichlerin, Ferberin & Catterallin (2015) mukaan. Opinnäytetyössä potilaiden tyytyväisyys hoitoon oli NPS-lukuna 9,39 ja tyytyväisyys kotiutumista tukevaan potilasohjaukseen 9,29 NPS-lukuna. Opinnäytetyön tuloksena 90 % potilaista koki, että heidän potilasohjaukseensa käytettiin riittävästi tai jokseenkin riittävästi aikaa ja kotiutumishojausympäristön koki rauhallisena 91 % potilaista. Avoimissa vastauksissa potilaat kuitenkin kirjoittivat, että toivoisivat potilasohjausta annettavan jossain muualla kuin potilashuoneessa ja toivoisivat, että ohjaustilanne ei keskeytyisi tai sitä ei häiritsisi kiireentunne. Aiemmasta tutkimustiedosta löytyy vahvistus tällekin tulokselle. Kyngäs ym. (2007) kirjoittivat, että

potilasohjaukselle sopivin tila olisi kiireetön ja keskeytyksetön tila ja potilasohjausta ei saisi häiritä ohjaukseen käytettävän ajan vähyys.

Tekonivelpotilaan pärjääminen kotona leikkauksen jälkeen

Opinnäytetyön tuloksena tekonivelpotilas pärjää hyvin kotonaan hyvän potilasohjauksen turvin ja avun kanssa. Potilaat kertoivat, että ohjattua tietoa oli paljon. Aiemmissa tutkimuksissa kirjoitettiin, että kotihoito-ohjeet tulisi antaa potilaille jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja kirjalliset potilasohjeet tulisi antaa potilaalle mieluiten jo ennen sairaalaan tuloa, mikäli potilaan olisi tarkoitus toteuttaa hoitoa leikkauksen jälkeen kotona ja hoidon toteuttaminen vaatii harjoittelua sairaalassa (Kynge ym. 2007). Myös (Walker 2012) totesi samaa, että leikkauksen jälkeiset potilasohjeet tulee antaa potilaille jo ennen tekoniivelleikkausta, jotta potilailla on aikaa tutustua tietoon, harjoitella taitojaan sekä kysyä kotiutumiseen liittyviä asioita jo ennen leikkaustaan. Opinnäytetyön avoimissa vastauksissa eräs potilas vastasi, että informaatioryöppy on massiivinen leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyön tuloksissa osa potilaista toivoi puhelinoitoa Coxasta kotiin potilaalle kotiutumisen jälkeen muutama päivä kotiutumisen jälkeen. Potilaista 28 % oli ollut kotiutumisen jälkeen yhteydessä Coxaan. Potilaista 39,5 % olisi toivonut, että heihin oltaisiin oltu Coxasta yhteydessä kotiutumisen jälkeen. Potilaista kuitenkin 56 % ei toivonut, että heihin oltaisiin oltu puhelimitse yhteydessä kotiutumisen jälkeen. Tulos saa vahvistusta aiemmin tutkitusta. Potilaita tulisi rohkaista ottamaan kotiutumisen jälkeen yhteyttä osastolle ja hoitajakin voisi soittaa potilaalle kotiin muutama päivä kotiutumisen jälkeen (Mattila 2011). Mattilan tutkimuksen tulosten mukaan suuri osa omaisista jää potilasohjaustilanteiden ulkopuolelle (Mattila 2011). Opinnäytetyön tuloksissa potilaista 87 %:lla läheinen ei ollut mukana ohjaustilanteissa. Läheisen läsnäololla todettiin kuitenkin olevan vaikutuksia kotona pärjäämiseen ja potilasohjaukseen.

Potilaskokemukset digitalisaatiosta potilasohjauksessa

Opinnäytetyön tuloksena potilaat kokivat, että sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus parantaisivat tekoniivelpotilaan kokemusta potilasohjauksesta täydentävänä ohjausmuotona, joka olisi reaaliaikaisesti saatavilla. Potilaat kokivat, että potilasohjeet olisi helppo tarkistaa mobiilisovelluksesta. Sähköinen potilasohjaus koettiin tulevaisuuden kehittämistarpeena. Aiemmista tutkimuksista löytyy tulokselle hyvin samansuuntaista vahvistusta. Tietotekniikan ja internetin käytön saatavuutta ja mahdollisuuksia toivottiin potilasohjauksessa (Kääriäinen 2007). Internetverkko mahdollistaa sähköisten potilasohjeiden lukemisen ja yhteydenoton sairaalaan sähköisesti (Sendir, Buyukyilmaz

ja Musovi 2013). Verkkopohjaisia potilasohjaussivustoja tulisi kehittää suullisen ja kirjallisen potilasohjauksen rinnalle (Eloranta ym. 2015). Potilasohjauksen mobiilisovelluksilla on mahdollista kaksisuuntaisesti hyödyntää potilasohjauksen tietovirtaa (Hopia, Heikkilä ja Lehtovirta 2016).

6.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön objektiivisuutta, tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuutta tukee potilaiden ja opinnäytetyöntekijän etäinen suhde ja opinnäytetyöntekijän mahdollisimman vähäinen vaikutus saatuihin tuloksiin. Opinnäytetyöntekijä ei ole Coxan vuodeosastolla kenttätöissä keräämässä aineistoa opinnäytetyöhön, eikä hoida tai tapaa henkilökohtaisesti tutkittavia potilaita. (Vilka 2007, 16).

Validiteetin toteuttamista opinnäytetyössä tukee tutkimuskysymyksiin vastauksien saaminen kyselylomakkeella. Opinnäytetyön mittarin sisältövaliditeettia tukee mittarin rakentaminen tätä opinnäytetyötä varten mittaamaan Coxan vuodeosastolta kotiutuneiden potilaiden kokemusta kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta. Potilaskokemusta olisi ollut vaikea mitata valmiilla mittarilla kohdennetusti Coxan vuodeosastolla annettuun ohjaukseen. Käsitteet on operationalisoitu vuodeosaston kotiutumista tukevaan potilasohjaukseen niin ymmärrettävästi, että potilaiden oli helppo vastata mittarin kysymyksiin saamansa kotiutusohjauksen jälkeen. Mittarin teoreettinen rakenne tukee potilaan kotiutusohjausta Coxan vuodeosastolla. Mittarin kattavuutta tarkisteltiin yhdessä työelämäta-
hon edustajan kanssa sekä esitestaamalla. Operationalisoinnin haasteena oli työelämän tarpeista lähtevän kyselylomakkeen ja teoreettisen viitekehyksen välisten muuttujien välisten yksityiskohtaisten perusteluiden löytäminen alkuperäislähtein kirjallisuudesta näissä rajoissa, missä opinnäytetyö toteutettiin. Tekonivelleikkauksen jälkeen – potilasohje, tekonivelinfektioiden ehkäisyn ohjaus ja jälkitarkastuksesta ohjaus olivat työelämään kohdistuvia potilaiden kotiutusohjaukseen kuuluvia aiheita, joille ei lähdetty etsimään yksityiskohtaisia alkuperäislähteitä kirjallisuudesta. Operationalisointi tehtiin isommista käsitteistä ja hajautettiin työelämässä annettuun potilasohjaukseen. Otokselle (N=200) luotettava tutkimusmenetelmä on kyselytutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189—191.) Reliabiliteettia vahvistaa potilaskyselyn toistettavuus, tutkimus on toistettavissa lähdeviitemerkintöjen perusteella uudelleen. Suuri otoskoko vahvistaa tutkimustulosten pysyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 194.)

Tulosten ulkoista validiteettia tukee otoksen suuruus sekä otoksen mukaanottojoukkona kaikkien tekonivelleikattujen potilaiden kuuluminen otokseen, huolimatta siitä, millainen tekonivel heille oli laitettu. Tulokset ovat yleistettävissä Tekonivelsairaala Coxassa tekonivelleikattuihin ja vuodeosastolta suoraan kotiutuviin potilaisiin. Tutkittavien runsasta vastausprosenttia tuki mahdollisesti potilaiden mahdollisuus vastata kyselylomakkeeseen kotiuduttuaan. Tulokset on saatu SPSS-tilasto-ohjelmalla, jota käytetään kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten analysointiin sekä kvalitatiivisen aineiston osalta sisällönanalyysillä. Tuloksilla on merkitystä hoitotyön käytäntöön. Potilaskokemusten aito kuuleminen auttaa kehittämään hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi. Osallistujien riittävä koko ja joukko edustaa riittävästi Coxasta suoraan kotiin kotiutuvien potilaiden kokemusta potilasohjauksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 196.)

Kvalitatiivisen aineiston uskottavuutta tukee potilasvastausten ja sisällönanalyysin kirjoittaminen auki sanasta sanaan analyysin ymmärtämiseksi ja analyttisen täsmällisyyden varmistamiseksi. Uskottavuus kuvaa myös luokitusten ja kategorioiden kattavuutta aineistossa, nämä on opinnäytetyössä pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tuloksissa sekä sisällönanalyysierittelyssä, joka ei ole liitteenä opinnäytetyössä. Liitetiedosto on ohjaavan lehtorin luettavissa. Siirrettävyys kärsisi siitä, että jos tämä tutkimus toteutettaisiin muussa tutkimusympäristössä, koska kyselylomake on tehty Coxan vuodeosastolla annetun kotiutumista tukevan potilasohjauksen kontekstiin, eikä ole suoraan toteutettavissa muissa tutkimusympäristöissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

6.3 Eettisyys

Potilaskyselyn vapaaehtoisuus ja kyselylomakkeiden koodaamatta jättäminen tukee opinnäytetyön eettisyyttä. Opinnäytetyön tekijä ei voi tunnistaa yksittäistä potilasta eikä potilaskysely ole uusittavissa samoille potilaille, kyselylomakkeeseen vastaamatta jättäneitä ei tavoiteta jälkikäteen. Tutkittaville kerrotaan, että tutkimus on vapaaehtoinen, he voivat kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen sekä perua milloin tahansa tutkimukseen osallistumishalukkuutensa ja tämä ei vaikuta heidän hoitoonsa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214, 219.) Oikeudenmukaisuus toteutuu potilaiden tasa-arvoisella asemalla valikoitua otokseen sekä mahdollisuudella päättää kotiutumisensa jälkeen kyselyyn

vastaamisesta. Vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei tule hoitohenkilökunnan tietoon. Anonymiteettia vahvistaa kyselylomakkeiden tunnistamattomuus, aineiston säilyttäminen lukitussa paikassa sekä tuloksien julkistamattomuus ennen aikaisesti. Aineistoa ei luovuteta ulkopuoliselle opinnäytetyöprosessin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Opinnäytetyön tutkimuslupa kirjoitettiin Tampereen Ammattikorkeakoululla sekä Coxassa. Tutkimuslupana käytettiin Tampereen Ammattikorkeakoulun tutkimuslupaa. Coxan omaan käyttöön opinnäytetyötä tehdessä tutkimuslupaa ei ollut tarvetta viedä Tampereen yliopistollisen sairaalan eettiseen toimikuntaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222.)

Älyllisen kiinnostuksen vaatimusta opinnäytetyössä on toteutettu opinnäytetyöntekijän aidolla kiinnostuksella selvittää potilasohjauksen potilaskokemuksia. Tunnollisuuden vaatimusta perustelee opinnäytetyöntekijän pitkä työkokemus tekoniivelpotilaiden kotiutumishajauksesta sekä intensiivinen kiinnostus paneutua opinnäytetyöhön tekemiseen. Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt toiminaan rehellisesti opinnäytetyöprosessin kaikissa eri vaiheissa toteuttaen rehellisyyden vaatimusta. Opinnäytetyöllä ei ole aiheutettu vaaraa tai vahinkoa kenellekään. Työssä on kunnioitettu ihmisarvoa ja jokaisen potilaan vastausta on kunnioitettu tasa-arvoisesti ihmisarvoa kunnioittaen. Sosiaalisen vastuun vaatimusta on opinnäytetyössä noudatettu käyttämällä tieteellistä tietoa eettisten vaatimusten mukaisesti. Opinnäytetyön jatkotutkimusehdotuksien kautta voidaan edistää tutkimuksen tekemistä ja siten toteuttaa ammatinharjoituksen edistämisen vaatimusta. Kollegiaalista arvostusta on noudatettu opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa kollegoita arvostaen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211—212.)

6.4 Johtopäätökset, kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätökset

Opinnäytetyön ensimmäisenä johtopäätöksenä todetaan, että tekoniivelpotilas kokee leikkauksen jälkeen Coxan vuodeosastolla saamansa kotiutumista tukevan potilasohjauksen selkeänä ja hyvänä suullisena ja kirjallisena potilasohjauksena sekä tekoniivelpotilas kokee, että hänet huomioitiin vuodeosastolla yksilöllisesti ja hänelle annettiin aikaa. Kotiutumista tukeva potilasohjaus Coxan vuodeosastolla on erittäin hyvää. Tekoniivelpotilaat toivoisivat ohjausta lähellä kotiutusajankohtaa yhtäjaksoisesti yhdelle potilaalle kerral-

laan sekä potilaan iän, kunnon ja tuttuuden huomioimista ohjauksen lähtökohdaksi. Potilaat toivoisivat kertausta ohjeista, lisäohjausta, vertaistukiohjausta, ruotsinkielentaitoa sekä puhelinsoittoa kotiin kotiutumisen jälkeen.

Opinnäytetyön toisena johtopäätöksenä todetaan, että tekonivelpotilas pärjää kotona hyvin leikkauksen jälkeen saamansa potilasohjauksen turvin. Tekonivelpotilas hyötyy omaisten antamasta avusta kotona leikkauksen jälkeen. Tekonivelpotilaan kotona pärjäämistä tukee tarvittaessa lisäohjaus kipulääkityksestä, haavanhoidosta ja tromboosiprofylaksiasta. Tekonivelpotilaat osaavat toteuttaa lääkehoitoaan ja hoitaa kipuaan kotona sekä pärjäävät kotona hyvin suullisen ja kirjallisen ohjauksen turvin.

Opinnäytetyön kolmantena johtopäätöksenä todetaan, että sähköinen potilasohjaus ja potilasohjauksen mobiilisovellus parantaisivat tekonivelpotilaan potilaskokemusta potilasohjauksesta tulevaisuudessa täydentävänä reaaliaikaisesti saatavilla olevana potilasohjausmuotona. Sähköisen potilasohjauksen kehittämisen tekonivelpotilaat kokevat tulevaisuudessa itsestäänselvyytenä. Osalle tekonivelpotilaista sähköiset palvelut ovat tarpeettomia ja vaikeita hallita.

Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön kehittämisehdotuksena kirjalliset potilasohjeet leikkauksen jälkeisestä kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta tulisi antaa potilaille jo hyvissä ajoin ennen leikkausta, jotta potilailla olisi mahdollisuus tutustua rauhassa ennalta ilman kiireen tuntua kotiutumisvaiheen ohjausasioihin. Leikkauksesta toipuessa ohjaus informaationa ei tavoita toivotusti kaikkia potilaita. Vuodeosastolla voisi olla yhteneväinen potilaskohtainen tarkastuslista joko paperisena tai sähköisenä hoitajille työkaluna kotiutumista tukevan potilasohjauksen ohjauksen eri osa-alueiden runkona. Tähän tulisi kirjata jo ohjatut osa-alueet rastittamalla ja ohjaamattomat osa-alueet olisi tästä helppo ja nopea tarkistaa annettavan potilasohjauksen perustaksi. Kirjallisia potilasohjeita voisi tarkistaa ja kehittää lääkitysohjauksen ja haavanhoidonohjeiden osalta. Suulliseen potilasohjaukseen tulisi panostaa lisää. Suullinen potilasohjaus olisi hyvä antaa mahdollisimman yhtäjaksoisena, katkeamattomana ja yhdelle potilaalle kerrallaan mieluummin lähempänä kotiutusajankohdtaa kuin heti leikkauksen jälkeen. Potilasohjaustilanteissa ei saisi olla läsnä kiireen tuntua. Ohjaustilanne on potilaalle yksilöllinen ja ainutkertainen kokemus. Kotiutusvaiheen potilasohjauksen yhteydessä voisi potilailta kysyä, että toivoisiko potilas puhelinsoittoa Coxasta kotiin muutaman päivän kuluttua kotiutumisesta. Osalle potilaista puhelinsoitto

toisi turvallisuudentunnetta, toisaalta kaikki potilaat eivät koe puhelinsoittoa tarpeellisenä, jolloin heillä olisi itsellään mahdollisuus ottaa yhteyttä soittaen Coxaan tarvittaessa. Leikkauksen jälkeisen potilasohjauksen lisänä voisi vuodeosastolla olla potilaiden käytössä potilasohjausvideo. Videon avulla monipuolistettaisiin potilasohjausmenetelmiä ja tämä lisäisi potilasohjauksen omaksumista. Sähköisiä potilasohjeita ja potilasohjauksen mobiilisovellusta tulisi kehittää leikkauksen jälkeisen potilasohjauksen rinnalle täydentäväksi potilasohjauksen muodoksi vastaamaan tämän päivän potilasohjauksen tarpeita.

Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista tehdä vertailevaa tutkimusta siitä, miten potilaat kokevat, jos heille jaetaan leikkauksenjälkeinen potilasohjausmateriaali kokonaan ennen tekonivelleikkausta verrattuna niihin potilaisiin, jotka saavat potilasohjausmateriaalin kokonaan tekonivelleikkauksensa jälkeen. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, että miten leikkauksenjälkeisiin puhelimitse tapahtuviin potilasyhteydenottoihin vuodeosastolla vaikuttaisi sisällöllisesti ja määrällisesti, jos osalle potilaista soitettaisiin toivottu kotiin muutama päivä kotiutumisen jälkeen. Suosittelen myös käyttämään avoimia kysymyksiä potilaskyselyn osana potilaiden aitojen mielipiteiden kuulemiseksi.

6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyöprosessi on ollut haasteellinen ja vaativa kokonaisuus. Opinnäytetyöntekijä on joutunut pohtimaan monia keskenään ristiriitaisia ohjeita ja tilanteita hallitakseen opinnäytetyöprosessin läpiviemisen. Työelämätahon toiveiden yhdistäminen Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin ohjeisiin ei ollut mutkatonta. Opinnäytetyöprosessi on tukenut opinnäytetyöntekijän omaa kasvua vaativien tilanteiden hallinnassa sekä lisännyt ymmärrystä opinnäytetyöprosessin läpiviemisestä. Opinnäytetyöntekijä unohti kyselylomakkeen saatekirjeestä, tiedotteesta tutkimuksesta potilaalle, opinnäytetyötä ohjanneen lehtorin yhteystiedot. Kyselylomakkeen saatekirjeessä oli tutkijan yhteystietoina opinnäytetyöntekijän yhteystiedot. Kyselylomakkeen sisäisen rakenteen olisi voinut muodostaa monipuolisemmin kvantitatiivisen aineiston analyysin helpottumiseksi. Opinnäytetyö oli toisaalta opinnäytetyöntekijälle ensimmäinen laaja opinnäytetyöprosessi pitkään aikaan. Tutkimuskysymystä kaksi olisi voinut kysyä kattavammin Likert-asteikkosilla muuttujilla kyselylomakkeella (K09-K14), jolloin olisi saatu enemmän laadullisia vastauksia potilaiden kotona pärjäämisestä. Opinnäytetyö oli laaja työ, joten tämä olisi

laajentanut vielä lisää opinnäytetyötä. Kokonaisuutena opinnäytetyö on onnistunut prosessi ja opinnäytetyöllä on löydetty vastauksia tutkimuskysymyksiin. Potilaskokemusten pohjalta kotiutumista tukevasta potilasohjauksesta onnistuttiin muodostamaan nykytilakuvaus. Tekonivelpotilaiden potilaskokemuksille ja näkemyksille annettiin arvo.

Kiitokset opinnäytetyön ohjanneelle lehtori Heleena Laitiselle, joka ymmärryksellään ohjasi opinnäytetyöprosessia sen eri vaiheissa oikeaan suuntaan ja antoi rakentavaa palautetta koko prosessin ajan mahdollistaen opinnäytetyön toteuttamisen ja opinnäytetyöprosessin läpiviemisen. Kiitokset Tekonivelsairaala Coxan vuodeosaston osastonhoitaja Mari Heleniukselle, joka toimi opinnäytetyön työelämätahon edustajana, mahdollisti opintovapaani sekä tuki opinnäytetyöprosessiani monin tavoin aidolla mielenkiinnolla. Kiitokset Tekonivelsairaala Coxan hoitotyön johtajalle Minna-Riikka Rantalalle opinnäytetyön mahdollistamisesta Coxassa. Kiitos Coxan tutkimusjohtajalle Antti Eskeliselle opinnäytetyön tutkimusluvan allekirjoittamisesta Coxassa. Erityiskiitokset kaikille tekonivelpotilaille, jotka jakoivat kokemuksensa potilasohjauksesta.

LÄHTEET

Boughton, M. & Halliday, L. 2009. Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse. A Journal for the Australian Nursing Profession* 33 (1), 30–40.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1), 63–73.

Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 13 (1), 13–23.

Hankela, S. 2007. Tekonivelpotilaiden kokemuksia hoitoketjun eri vaiheiden toteutumisesta. Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit Nro 8, 41–63.

Helenius, M. osastonhoitaja. 2015. Haastattelu 3.9.2015. Haastattelija Möttönen, J. Ei litteroitu. Tampere. Tekonivelsairaala Coxa.

Hopia, H., Heikkilä, J. & Lehtovirta, M. 2016. Terveysten mobiilisovellukset - hyötyä vai huvia? *Tutkiva Hoitotyö* 14 (1), 44–46.

Ilmarinen, V. & Koskela, K. 2015. Digitalisaatio, Yritysjohdon käsikirja. Helsinki: Talentum.

Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. *Annales Universitatis Turkuensis*; 728, Turun yliopisto, Turku 2006. ISBN 951-29-3145-1, ISSN 0355-9483. Väitöskirja.

Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva hoitotyö* 12 (1), 12–21.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauppila, R. 2000. Ihmisen tapa oppia. Johdatus sosiokonstruktiiviseen oppimiskäsitykseen. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Knier, S., Stichler, J., Ferber, L. & Catterall, K. 2015. Patient's perceptions of the quality discharge teaching and readiness for discharge. *Association of rehabilitation nurses. Rehabilitation nursing* (40), 30–39.

Kokemustieto. 2010. Hoidokki – hoitotyön asiasanasto. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. [tietokanta] Päivitetty 19.04.2010. Luettu 20.06.2016. http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&id=&MIThaku=kokemustieto&uhaku=Hae

Kotiutus. 2010. Hoidokki – hoitotyön asiasanasto. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. [tietokanta]. Päivitetty 28.02.2010. Luettu 23.02.2016. http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&id=&MIThaku=kotiutu&uhaku=Hae

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24 (3), 201–215.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis; 937, Oulun yliopisto, Oulu 2007. ISBN 978-951-42-8497-7, ISSN 0355-3221. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Luettu 22.10.2015.
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/em-beds/16315_4_2006.pdf

Luhtasaari, M. 2015. Kotiuttaminen. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoidajan käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim [tietokanta] Luettu 20.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_artik-keli=shk02250&p_haku=vanhuksen_kotiutus

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsingin yliopisto, Helsinki 2013. ISBN 978-952-245-839-1, ISSN 1798-0062. Väitöskirja.

Martikainen, T. 2015. Viidesosa tekonivelsairaala Coxan potilaista tulee valinnanvapauden kautta. Tekonivelsairaala Coxa.[html]. Julkaistu 10.12.2015. Luettu 13.12.2015.
<https://www.coxa.fi/index/tietoa/ajankohtaista/2015/H9xj1qdGd.html>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Acta Universitatis Tamperensis; 1646, Tampereen yliopisto, Tampere 2011. ISBN 978-951-44-8540-4, ISSN 1455-1616. Väitöskirja.

Nieminen, M. 2015. Palvelumuotoilulla positiivisempaa potilaskokemusta lapsiperheille. Tekes. Luettu 7.6.2016. <https://www.tekes.fi/tekes/tulokset-ja-vaikutukset/caset/2015/palvelumuotoilulla-positiivisempaa-potilaskokemusta-lapsiperheille/>

Nikkola, R. 2013. Polven nivelrikon sairastaminen iäkkään potilaan ja läheisen kokemana. Acta Universitatis Tamperensis; 1811, Tampereen yliopisto, Tampere 2013. ISBN 978-951-44-9065-1, ISSN 1455-1616. Väitöskirja.

Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 27.11.2015. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50054#s13_4.

Potilas. 2016. Terminologian tietokannat. Lääketieteen termit. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. [tietokanta] Luettu 8.11.2015. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

- Potilasohjaus. 2010. Hoidokki – hoitotyön asiasanasto. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. [tietokanta]. Päivitetty 27.02.2010. Luettu 23.02.2016. http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&id=&MIThaku=potilasohjaus&uhaku=Hae
- Rantala, T. 2002. Arvot ja periaatteet potilaan hoidon ja toiminnan ohjaajina Tekonivel-sairaala Coxassa. Teoksessa Telaranta, S. & Lehto, M. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit Nro 3, 29–33.
- Remes, V. & Puhto, A-P. 2015. Esipuhe. Teoksessa Remes, V., Puhto A-P., Huopio, J., Kettunen, J. & Virolainen, P. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Suomen Artroplastia yhdistys. Helsinki.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö 8 (4), 21–28.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1.painos. Helsinki: Edita Prima.
- Sendir, M., Buyukyilmaz, F. & Musovi, D. 2013. Patients' discharge information needs after total hip and knee arthroplasty: A Quasi-Qualitative pilot study. Istanbul university. Association of rehabilitation nurses: Rehabilitation nursing 38, 264–271.
- Sorlie, V., Torjuul, K., Ross, A. & Kihlgren, M. 2006. Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. Institute of nursing and health sciences, University of Oslo. Journal of clinical nursing 15, 1240–1246.
- Sähköinen asiointi. 2013. Hoidokki – hoitotyön asiasanasto. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. [tietokanta]. Päivitetty 11.11.2013. Luettu 23.02.2016. http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&id=&MIThaku=s%E4hk%F6inen+asiointi&uhaku=Hae
- Tekonivel. 2016. Terminologian tietokannat. Lääketieteen termit. Terveysportti. Kustannus Oy duodecim. [tietokanta] Luettu 21.06.2016. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene-julkaisuja 32. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Acta Universitatis Tampereensis; 1927, Tampereen yliopisto, Tampere 2014. ISBN 978-951-44-9431-4, ISSN 1455-1616. Väitöskirja.

Walker, J. 2012. Care of patients undergoing joint replacement. *Nursing older people* 24 (1) 14–20.