



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Tekonivelleikkauksen jälkeinen sähköinen potilasohjaus

Pulkkinen, Happiness

2014 Laurea Lohja



Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Tekonivelleikkauksen jälkeinen sähköinen potilasohjaus

Pulkinen Happiness
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2014

Happiness Pulkkinen

Tekonivelleikkauksen jälkeinen sähköinen potilasohjaus

Vuosi 2014 Sivumäärä 60

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tekonivelpotilaan leikkauksen jälkeistä sähköistä potilasohjausta Lohjan sairaalassa. Sähköinen potilasohjaus auttaa kotiutunutta potilasta itse selviytymään ja kuntoutumaan. Yhteistyökumppanina oli Laurea Lohjan lisäksi Lohjan sairaalan ortopedian vuodeosasto 3.

Kehittämistoiminnan teoreettinen perusta rakentui potilasohjauksen teoriasta, potilasohjausta koskevista normeista ja potilasohjausta käsittelevästä tutkimustiedosta. Kehittämismenetelmänä käytettiin juurruttamismenetelmää, mikä tarkoittaa, että uutta toimintatapaa luodaan ja otetaan käyttöön samanaikaisesti. Juurruttamisen alkuvaiheeseen kuuluu nykytilan kuvaus. Nykytilan selvittämiseen käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Hoitajilta ja potilailta kerättiin teemahaastattelujen avulla tietoa, kokemuksia ja näkemyksiä. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina.

Tulosten perusteella kehittämiskohteina nähtiin puhelinohjaus ja internet. Puhelinohjauksen kehittämiskohteita olivat kiireettömyys, rytmitys, tiedon ymmärtämisen tarkistaminen, potilaan lisätiedontarpeen kartoittaminen sekä palvelun vasteaika eli soittopyyntöihin vastaaminen riittävän pikaisesti. Internetavusteista ohjausta ei vielä ole käytössä, mutta tulokset viittaavat siihen, että siitä voisi olla tukea muulle ohjaukselle. Internetavusteinen ohjaus sopii potilaille, joilla on internet käytössä ja jotka osaavat sitä käyttää. Sähköisen ohjauksen käyttöä tulee harkita siis potilaskohtaisesti. Internetavusteisen ohjauksen sisällön tulee olla riittävän helppotajuista, jotta kaikki potilaat pystyvät sitä käyttämään. Hoitajille tulee olla riittävä koulutus, jos internetavusteista ohjausta lähdetään kehittämään.

Johtopäätöksenä esitettiin, että uudessa toimintatavassa puhelinohjauksen havaitut ongelmat on korjattu ja että internetavusteisen ohjauksen kehittäminen tapahtuu potilaiden tarpeet ja valmiudet huomioiden. Internetavusteisen ohjauksen kehittäminen palvelisi kotiutuneita potilaita, koska internetissä voi käydä kellonajasta riippumatta.

Jatkotoimenpiteenä arvioinnista saadun palautteen perusteella ehdotettiin, että osastolla järjestetään sähköisen neuvonnan kehittämispäivä, johon sisältyy puhelinneuvonnan koulusta ja internetavusteisen neuvonnan suunnittelua.

Asiasanat: sähköinen potilasohje, lonkan tekonivelleikkaus, juurruttaminen.

Happiness Pulkkinen

Electronic patient education after joint replacement surgery

Year	2014	Pages	60
------	------	-------	----

The purpose of this study was to develop electronic post-operative patient education for joint replacement patients in Lohja hospital. Electronic patient counseling helps discharged patients to cope and rehabilitate. The partner in this study was - in addition to Laurea Lohja - Lohja hospital's orthopedic ward 3.

The theoretical foundation of this study was based on the theory of patient education, standards for patient education and research information dealing with patient education. The method of development was dissemination, which means that a new approach is created and enabled at the same time. Description of current approach belongs to the initial stage of dissemination. The current approach was assessed with a qualitative research method. Nurses and patients were interviewed to collect information, experiences and views. The interviews were conducted individually.

The results showed that the perceived objectives of development are elimination of haste, slower rhythm of speech, mapping patient's possible problems in understanding or need for additional information and service response time in answering requests to call back. Internet-based patient education is not yet available, but the results suggest it could support other types of patient education. Internet-based patient education is suitable for patients who have access to internet and who know how to use it. The use of electronic patient education should be considered, therefore, on patient-by-patient basis. In order to make sure everybody can use internet-based patient education, its content should be easily understandable. If internet-based patient education is developed further, nurses need to be properly trained.

As a conclusion, problems noticed in telephone counseling will be fixed in a new approach and development of internet-based patient education will take place with patients' needs and capabilities in mind. The development of internet-based patient education would serve the discharged patients, because internet is available round the clock.

Based on the feedback given in evaluation, a further measure was suggested: a development day of electronic patient education on the ward would consist of training in telephone counseling and planning of internet-based patient education.

Keywords: electronic patient education, joint replacement surgery, dissemination

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämistoiminnan ympäristö.....	8
2.1	Lohjan sairaalan kirurgian vuodesasto.....	8
2.2	Toiminnan tavoitteet ja arvot.....	9
3	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut.....	9
3.1	Potilasohjaus.....	9
3.2	Potilasohjausta koskevat normit.....	10
3.3	Sähköiset ohjausmenetelmät.....	11
3.3.1	Tietokoneavusteinen potilasohjaus.....	11
3.3.2	Video- ja äänitallenneohjaus.....	12
3.3.3	Puhelinohjaus.....	12
3.4	Tekonivelleikkauksen jälkeinen potilasohjaus.....	13
4	Kehittämistoiminnan menetelmät.....	16
4.1	Juurruttaminen kehittämismenetelmänä.....	17
4.2	Tutkimusmenetelmä.....	19
4.2.1	Laadullinen tutkimus.....	19
4.2.2	Aineistonkeruumenetelmä.....	20
4.2.3	Otos.....	21
4.2.4	Aineiston analyysimenetelmä.....	22
4.3	Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus.....	23
4.4	Muutos kehittämistoiminnassa.....	25
5	Kehittämistoiminnan toteutus	26
5.1	Aineiston luokittelu.....	26
5.2	Nykytilanteen kuvaus.....	30
5.2.1	Henkilökohtaisen ohjauksen nykytila.....	30
5.2.2	Sähköisen ohjauksen nykytila.....	33
5.3	Kehittämiskohteen valinta.....	35
6	Uuden toiminnan rakentaminen ja uusi toimintatapa.....	36
6.1	Puhelinohjauksen kehittäminen.....	36
6.2	Internetavusteisen ohjauksen kehittäminen.....	37
6.3	Uuden toimintatavan kuvaus.....	39
6.4	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön	39
7	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi.....	39
7.1	Arviointimenetelmät.....	40
7.2	Arvioinnin tulokset.....	40
	Lähteet.....	42

Kuvat.....	46
Kuviot.....	47
Taulukot.....	48
Liitteet.....	49
Liite 1: Hoitajahaastattelujen teemarunko.....	49
Liite 2: Potilashaastattelujen teemarunko.....	50
Liite 3: Hoitajahaastattelujen analyysi.....	51
Liite 4: Potilashaastattelujen analyysi.....	54
Liite 5: Kehittämistoiminnan tuotos.....	58
Liite 6: Arviointilomake.....	60

1 Johdanto

Tämän oppinäytetyön tarkoitus on kehittää polven ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä sähköistä potilasohjausta Lohjan sairaalan kirurgisen osastolla 3. Kehittämistoiminnan tavoitteena on kehittää leikkauksen jälkeistä eri ohjausmenetelmien käyttöä erityisesti sähköisesti tietokone- ja internetavusteista ohjausta. Opinnäytetyö on toiminnallinen.

Opinnäytetyön on osa laajempaa Lohjan sairaalan operatiivisen tulosyksikön yhteistyöohjelmasta Laurea Lohjan kanssa. Kokonaishankkeessa on sairaalasta mukana ortopedian poliklinikka, preoperatiivinen poliklinikka ja leikkaus- ja anestesiaosasto sekä kirurgian vuodeosasto. Kokonaishankkeen tavoitteena on kehittää ohjausmenetelmiä Lohjan sairaalassa.

Sähköistä ohjausta on esimerkiksi puhelinohjaus, äänitallenne- ja video-ohjaus sekä tietokone- ja internetavusteinen ohjaus (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 116-117). Tässä työssä painopiste on puhelinneuvonnan toiminnan arvioissa sekä internetavusteinen ohjauksen kehittämisessä.

Tässä työssä selvitetään polven ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen sähköisen potilasohjauksen nykytilaa ja kehitysmahdollisuuksia Lohjan sairaalassa. Kehittämistyön menetelmänä käytetään juurruttamista, jonka tavoitteena on sekä luoda uusi toimintatapa että vakiinnuttaa se käytäntöön.

Hiljaisen tiedon kerääminen on tärkeä vaihe juurruttamismallin mukaisessa kehittämis toiminnassa. Juurruttamismenetelmässä uutta toimintatapaa luodaan ja otetaan käyttöön samanaikaisesti. Uusi tietous, jonka pohjalta uusi toimintatapaa luodaan, syntyy hiljaista tietoa eli keräämääni tietoa sekä aiempaa tutkimustietoa yhdistämällä. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 22.)

Nykytilan kartoitus tehtiin hoitajien ja potilaiden teemahaastattelulla, tutkimustapa oli siis laadullinen. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Hoitajilta ja potilailta kerättiin teemahaastattelujen avulla tietoa, kokemuksia ja näkemyksiä. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Kaikilla osallistuvilla hoitajilla oli yli kaksi vuotta työkokemusta. Potilaita haastateltiin 3-5 kuukautta leikkauksen jälkeen. Aineisto litteroitiin ja sitä analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalysillä.

Tutkimusta ja kehittämistoimintaa tehtäessä on pyritty jatkuvasti ottamaan huomioon eettiset näkökohdat ja yhteiskunnan normit, kuten lainsäädäntö ja tutkimuseettiset ohjeet. Etiikkaan perehtyminen alkoi hyvissä ajoin ennen haastattelujen tekoa.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja ja erilaisia terveyshyötyjä asiakkaille perusterveydenhuollon, yliopiston sekä yhteistyökumppaneidensa kanssa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri koostuu viidestä sairaanhoitoalueesta: HYKS, Lohja, Porvoo, Hyvinkää ja Länsi-Uusimaa. (HUS 2013.)

Palvelutuotantoa koordinoivat Hyksin tulosityksilöistä medisiininen, naisten- ja lastentaudit, operatiivinen sekä psykiatrian tulosityksiköt. Tukipalveluja tuottavat palvelualueelle HUS-Ap- teekki HUSLAB, HUS-Röntgen, Ravioli, HUS-logistiikka, HUS-Lääkintäteknikka, HUS-Tietotek- niikka, HUS-Servis ja HUS-Desiko. (HUS 2013.)

2.1 Lohjan sairaalan kirurgian vuodenasasto

Kehittämistoimintani ympäristö on Lohjan sairaalan kirurgian vuodenasasto 3. Se on 63-paik- kainen monierikoisalainen yhdysosasto, joka on jaettu kahteen pienempään yksikköön, 3A ja 3B. Osasto kuuluu operatiiviseen tulosityksikköön, jota johtaa ylilääkärinä samalla toimiva tulosjohtaja. Osastoryhmää johtaa ylihoitaja. Osastoa johtaa vs. osastonhoitaja ja hänellä on apunaan kaksi apulaisosastonhoitajaa. (HUS 2013.)

Osasto 3A on päivystävä kirurginen vuodeosasto (38 sairaansijaa). Siellä hoidetaan vatsaelinki- rurgisia, urologisia, yleiskirurgisia ja korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaita sekä kirurgisia tulehduspotilaita. Potilaat tulevat osastolle joko elektiivisesti jonosta kutsuttuna omasta kodistaan tai päivystyspoliklinikan kautta. Leikkauspotilaat tulevat leikkauspäivän aamuna sairaalaan suoraan leikkausyksikköön ja vasta leikkauksen jälkeen vuodeosaston henkilökunta hakee potilaat vuodeosastolle. Elektiivisiä ja päivystysleikkauksia suoritetaan arkisin, päivys- tysleikkauksia tarvittaessa myös viikonloppuisin. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika 3A:lla on 4,1 vuorokautta. (HUS 2013.)

Osasto 3B on päivystävä ortopedinen osasto (25 sairaansijaa). Siellä hoidetaan tuki- ja liikun- taelinkirurgisia ja traumatologisia potilaita. Heistä suurin osa on lonkan tai polven tekonivel- potilaita. Potilaat tulevat osastolle joko päivystyspoliklinikan kautta tai elektiivisesti jonosta kutsuttuna leikkaukseen. Osa traumapotilaista on niin sanottu vihreän linjan potilaita, mikä tarkoittaa, että he odottavat kiireetöntä päivystysleikkausta kotona. Elektiivisiä ja päivystys- leikkauksia suoritetaan arkisin ja päivystysleikkauksia tarvittaessa myös viikonloppuisin. Poti- laiden keskimääräinen hoitoaika 3B:llä on 3,7 vuorokautta. (HUS 2013.)

Yksikön henkilökuntaan kuuluu osastonylilääkäreitä, osastonlääkäreitä, erikoistuvia lääkä- reitä, sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, osastosihteereitä sekä laitoshuoltajia. Osastolla työskentelee kolmivuorotyössä 39 sairaanhoitajaa, 8 perus- tai lähihoitajaa, 4 varahenkilöä (3 sairaanhoitajaa ja 1 perushoitaja) sekä kaksivuorotyössä 5 osastosihteeriä ja 8 laitoshuolta- jaa. Potilaan hoito on luonteeltaan moniammatillista yhteistyötä. Siihen osallistuu lääkä-

reiden ja kirurgiseen hoitotyöhön perehtyneen hoitohenkilökunnan myös fysioterapiatyöntekijät ja sosiaalityöntekijä. Lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat tarpeiden mukaan myös ravitsemusterapeutti osteoporoosihoitaja ja sairaalapastori sekä muut sairaalan erityistyöntekijät. Myös sairaanhoitoalueen infektio lääkäri ja hygieniahoitaja työskentelevät osaston tiloissa. (HUS 2013.)

2.2 Toiminnan tavoitteet ja arvot

Potilaan terveyden ja elämänlaadun edistäminen sekä potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ovat osaston toiminnan päätavoitteita. Yksi tärkeimmistä periaatteista on hoidon yksilöllisyys, jota toteutetaan omahoitajuuden kautta. Potilaille pyritään antamaan mahdollisimman hyvää, yksilöllistä ja laadukasta hoitoa. Liikuntakyvyn parantaminen ja kipujen vähentäminen ovat tärkeitä tavoitteita osaston hoitotyössä. Potilaan itsenäistä selviytymistä tuetaan kuntouttavan hoitotyön keinoin ja apuvälineiden avulla. Fysioterapeutit ovat potilaiden käytössä arkipäivisin. (HUS 2013.)

Asiakkaiden ja työtovereiden arvostus on HUS:n arvo, jota myös osastolla toteutetaan. Toinen osastolla korostuva HUS:n arvo on "tahto toimia edelläkävijänä". Lohjan sairaala on opetussairaala, jossa harjoittelee sairaanhoitaja-, lähihoitaja- ja lääketieteen opiskelijoita. Sekä työntekijöille että opiskelijoille pyritään antamaan ammatillista ohjausta. (HUS 2013.) Tämä kehittämisyo on osa osaston 3 toiminnan kehittämistä. Lohjan sairaalan ja Laurea Lohjan yhteistyösuhde luo kehittämistoiminnalle pohjan. Kehittämistoiminta tapahtuu ympäristössä, jossa sille on luotu sekä teoreettinen juurruttamismalli että käytännöllinen yhteistyösuhde perustaksi.

3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

3.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus tarkoittaa tiedon antamista, neuvontaa ja opetusta, jonka tavoitteena on, että potilas pystyy itse löytämään ongelmiinsa parhaat ratkaisut elämäntilanteisiin ja saavuttaa omien päämäärien hoitotyöntekijän avustuksella. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 12.) Ohjaustilanteessa on olennaista, että hoitaja ja potilas ymmärtävät toisiaan ja saavuttavat ohjauksen aikana yhteisymmärryksen käsitellyistä asioista eli ohjauksen sisällöistä (Kyngäs ym. 2007, 38-39).

Potilaslähtöisessä ohjausprosessissa tarkoituksena on yhdessä potilaan kanssa suunnitella ja rakentaa ohjausprosessi sekä kasvattaa potilaan tietoisuutta omasta toiminnasta. Prosessissa korostuu potilaan kyky suunnitelmalliseen toimintaan hoitajan tukemana. Potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja ympäristötekijät vaikuttavat potilaslähtöisen ohjauksen onnistumiseen. Tavoitteet tulisi määrittellä yhteistyössä potilaan kanssa. Ohjaajan tulisi arvioida oikein potilaan tietotaso omaan tilanteeseensa liittyvistä asioista sekä potilaan tapa omaksua

asioita. Yhteisesti määritellyissä tavoitteissa tulisi ilmetä potilaan näkemys omasta hoidostaan. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs, 2005, 27-28.)

Ohjaajan tehtävänä on olla asiantuntijana potilaan ohjauksessa. Siksi hänellä tulee olla tietotaitoa yhtä lailla ohjattavista asioista kuin ohjausmenetelmistä ja oppimisen periaatteistakin. Ohjaaja on vuorovaikutuksen ammattilainen. Vuorovaikutustaitoja ovat muun muassa ohjaukseen sopivan ajan tunnistaminen, vuorovaikutusta tukevan ilmapiirin kehittäminen ja ohjausympäristön hyödyntäminen. Päätöksentekotaidot ovat myös keskeisiä, koska ohjaajan tehtävä on valita oikeanlainen ja turvallinen ohjausympäristö, päättää millä keinoin hän pitää yllä ohjausprosessia sekä arvioida ja kirjata ohjausta jälkeenpäin. Sekä potilaan että hoitajan taustatekijät vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen ja mitä paremmin taustatekijät huomioidaan, sitä yksilöllisempää ohjaus voi olla. (Kääriäinen 2008, 11- 12.)

Hoitajan tulee jatkuvasti päivittää tietojaan ja taitojaan pitääkseen yllä ohjausvalmiuksiaan. Tutkimus tuo uutta tietoa sairauksista, hoitomenetelmistä ja potilasohjauksesta. Hoitaja tarvitsee tutkimuksenluku- sekä arviointitaitoja, jotta voisi käyttää uutta tutkimustietoa potilaan hyödyksi ohjauksessa. (Kääriäinen 2008, 11- 12.)

3.2 Potilasohjausta koskevat normit

Terveystieteiden ammattilaisia sitoo laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Sen 3. luvun pykälä 17 määrittelee salassapitovelvollisuuden. Hoitotyön tekijä on velvollinen pitämään potilaan tai perheen sairauteen ja terveyteen liittyvän tiedon salassa, jos hän on saanut sen tehtävään tai asemansa perusteella tietoonsa. Jos ohjauksen aikana hoitaja saa siis potilaan sairauteen ja terveyteen liittyvää tietoa, hänen tulee säilyttää ne omana tietonaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Ohjattavalla potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, siis myös ohjaukseen. Ohjauksen tulee olla ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavaa ja potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan huomioitava. Potilaalla on lain mukaan tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Potilaan on saatava oikeaa ja ymmärrettävää tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan. Hoitopäätöksissä on tavoiteltava yhteisymmärrystä. Potilasta ei tule hoitaa tavalla, joka ei vastaa hänen tahtoaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Lait luovat ohjaustapahtumalle velvoittavan vähimmäisvaatimuksen. Ollakseen oikeutettu tehtäväänsä hoitajan on täytettävä ja noudatettava asetettuja laatukriteereitä jotka on määritetty. Siksi lakia potilaan asemasta ja oikeuksista on noudatettava ohjaustilanteessa. (Lahtinen 2006, 6-7.)

3.3 Sähköiset ohjausmenetelmät

Sähköiset ohjausmenetelmät ovat erilaisten teknisten laitteiden avulla tapahtuvaa ohjausta, kuten tietokoneen, videoiden, äänikasettien ja puhelimen välityksellä tapahtuva ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.) Ohjauksessa tulisi hyödyntää useita menetelmiä. Tällöin sekä kuulo että näköaisti olisi aktivoitu monin eri tavoin ja potilas muistaisi ohjauksen paremmin. Tiedon kertaaminen on myös tärkeää sen muistamisen kannalta (Kyngäs ym. 2007, 73).

Erilaiset viestintäteknologiat tukevat ohjausta. Potilaalla tulee olla tiedollisia ja taidollisia valmiuksia sekä tekniset resurssit kuten internetyhteys käyttää teknologiaa. Potilaat ja omaiset ovat toivoneet viestintäteknologian käyttöä perinteisen ohjauksen täydentäjänä. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.)

Sähköisillä terveystalvuluilla (eHealth) tarkoitetaan kaikkia informaatio- ja viestintäteknologian sovellutuksia, joilla on vaikutusta terveydenhuollon toimijoihin ja potilaisiin. Sähköinen potilasohjaus on osa näitä palveluita (Castrén 2008). Suomen kieleen on vakiintunut ilmaus 'sähköinen potilasohjaus'. Englanninkielisiä sukulaistermejä ovat esimerkiksi 'telehealth nursing' (ATA 2011) ja 'web-based patient education' (Lunnela 2011) ja 'electronic patient education' (ACP 2008).

3.3.1 Tietokoneavusteinen potilasohjaus

Tietokoneavusteinen ohjaus tarkoittaa sitä, että tietokoneen avulla annetaan potilaalle ohjausta (Kyngäs ym. 2007, 122-123). Kääriäinen (2007, 36) viittaa tutkimuksessaan, että tietokoneavusteinen ohjaus parantaa potilaiden tiedonsaantia hoidostaan sekä edistää toivottua hoitokäyttäytymistä. Potilaiden puutteet tietokoneen käyttötaidoissa tai rajoitukset näkökyvyssä tai koordinaatiossa eivät muodosta estettä hyvin toteutetussa tietokoneavusteisessa ohjauksessa.

Potilaat ovat nykyisin motivoituneita tietokoneen käyttäjiä ja itsenäisiä tiedonhakijoita, varsinkin jos heillä on internetyhteys kotonaan (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Alanen & Nenonen 2007, 116). Tietokoneavusteinen ohjaus on käyttökelpoinen ja innovatiivinen menetelmä potilaan tiedonsaannin kehittämisessä osana potilasohjauksen kehittämistä. Potilasohjauksessa tietokoneavusteinen ohjaus on hyödyllistä potilaan tiedontason nostamisessa, terveystalvutytymisen muuttamisessa sekä hoitojakson lyhentämisessä. Tietotekniikan käyttöä potilasohjauksessa pidetään siis varsin hyödyllisenä. Tiedetään, että tietotekniikkaavusteista ohjausta saaneet potilaat ovat tyytyväisempiä tiedonsaantiinsa kuin pelkästään perinteisillä menetelmillä ohjausta saaneet potilaat. (Lunnela 2011, 32.)

Internetavusteinen ohjaus merkitsee yksinkertaisimmillaan internetissä olevaa julkista dokumenttia joka on sama kaikille, ja toisessa ääripäässä potilaan sisäänkirjautumista vaativaa ekstranetjärjestelmää, jossa jokaisella potilaalla on saatavilla henkilökohtaisia potilasohjeita. Perusteella pääasiassa ikäihmisille suunnatun internetavusteisen ohjauksen tulisi olla joka tapauksessa riittävän helppokäyttöistä. Monimutkaisuudesta ei ole etua kenellekään. (Sun 2012.)

Internetavusteinen ohjauksen sisällön tulee olla riittävän helppotajuista, jotta se sopii kaikille potilaille. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan internetissä on usein liian vaikealukuisiksi tehtyä potilasohjausmateriaalia. Huomattiin, että vain kolmasosa niistä potilaista, jotka eivät ymmärrä heille suunnattua internetmateriaalia, ottaa sen jälkeen yhteyttä lääkäriinsä. Loput jatkavat mieluummin tiedon etsimistä internetistä ja voivat törmätä virheelliseen tietoon tai ylikuormittua liiasta tietomäärästä. Saman tutkimuksen mukaan alle puolella tutkimuksessa olleissa oli pääsy internetiin. Parhaat mahdollisuudet internetin käyttöön oli nuorilla, koulutetuilla, korkeatuloisilla ja työssä käyvillä. (Sun 2012.)

3.3.2 Video- ja äänitallenneohjaus

Tutkimukset viittaavat siihen, että videot ovat hyödyllisiä ohjauksessa. Video-ohjauksen hyödyksi on todettu sen vuorovaikutteisuus ja siitä saatava apu omien voimavarojen tunnistamiseen. (Häggman-Laitila, Pietilä, Seppänen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 10-15.) Videoiden käytöstä on erityisesti hyötyä niille potilaille, joille lukeminen on vaikeaa. Videoiden käytön yhtenä etuna on se, että ohjaus toteutuu potilaalle sopivaan aikaan. (Kynge ym. 2007, 116-117.)

Videoavusteinen potilasohjaus on tutkimuksen mukaan tehokas ohjaustapa tiedon omaksumisen näkökulmasta. Potilaat saattoivat katsoa videon monta kertaa ja viestin säilyminen samana vahvisti sen omaksumista. Sen sijaan video-ohjaus ei toiminut potilaan ahdistuksen vähentämisessä. (Orringer ym. 2005.)

3.3.3 Puhelinohjaus

Terveysten- ja sairaanhoidon puhelinohjausta tarkoitetaan sitä, että ammattihenkilö antaa potilas ohjausta terveyteen ja sairaanhoitoon liittyvissä asioissa puhelimen välityksellä. Se voi olla joko yleisen tason neuvontaa ja ohjausta tai yksilöllisten hoito-ohjeiden antamista. (Kontio ym. 2006, 77; Syväoja & Äijälä 2009, 127-129.)

Puhelinohjaus perustuu hoitotyön päätöksentekoprosessiin. Sen vaiheet ovat potilaan tarpeiden määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Puhelinohjauksessa potilaan tarpeiden määrittelyn ja hoidon tarpeen arvioinnin perustana on potilaan haastattelun, havaintojen teko ja aiemmat potilastiedot, jos ne ovat saatavilla. Hoitaja käyttää ammatillista kokemustaan oleellisen tiedon tunnistamisessa. (Kontio ym. 2006, 79.)

Puhelinohjauksen avulla nykyaikana osa potilaan ongelmista voidaan ratkaista puhelimitse ilman lääkärikäyntiä tai hoitajan käymistä paikan päällä. Potilaat, jotka tarvitsevat lisäksi lääkärinhoitoa tai muuta hoitoa, ohjataan puhelinneuvonnassa eteenpäin oikeaan hoitopaikkaan. Terveystieteiden henkilökunnalta, joka toteuttaa puhelinohjausta, vaaditaan laintuntemusta, taitoa, tietoa, etukäteissuunnittelua ja arviointia, eli samoja asioita kuin muussakin ohjaamisessa. (Syväoja & Äijälä 2009, 27-129; Kyngäs ym. 2007, 118-120; Kontio 2006, 77.)

Puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjaustavoista (Kyngäs 2007, 118-119). Se vaatii suunnittelua ja arviointia. Hoitajalla tulisi olla koulutusta ja kokemusta taustalla sekä hänen tulisi myös jatkuvasti kehittää omaa osaamistaan. (Kontio ym. 2006, 78.)

Hoitajan tulisi kuunnella potilas ja havainnoida muun muassa äänensävyä ja hengitystekniikkaa. Vuorovaikutustaidosta kuuntelutaito on erityisen tärkeä potilaan puhelinohjauksessa. (Kontio ym. 2006, 78-79.)

Puhelinohjauksen kehittäminen lisää tehokkuutta, koska Englannissa on tutkittu hoitajien tekemää puhelinohjausta muun muassa tehokkuuden ja turvallisuuden kannalta. Puhelinohjauksen havaittiin siellä vähentäneen lääkäreiden työtaakkaa puolella. (Harju 2006, 27.)

3.4 Tekonivelleikkauksen jälkeinen potilasohjaus

Lonkan tai polven tekonivelleikkaus tehdään nivelen tuhoutumisen ja siitä aiheutuvan kivun ja liikerajoitusten takia. Nivelen tuhoutumisen aiheuttaa nivelrikko, nivelreuma, tuore vamma tai vanhan vamman jälkitila. Leikkauksessa tuhoutuneen nivelen tilalla laitetaan keinotekoinen nivel. Leikkauksen tavoitteena on, että nivelen liikealue lisääntyy tai säilyy, liikuntakyky paranee ja kivut lakkaavat. (Suomen Reumaliitto ry 2013.) Tekoniveliä on kahta tyyppiä: puolitekonivel ja kokotekonivel. Jos nivelrikko on vaurioittanut vain osaa nivelestä, voidaan käyttää puolitekoniveltä (Sairaala Orton 2013).

Vuosittain Suomessa tapahtuu noin 7000 lonkkamurtumaa. Hyvin tyyppinen lonkkamurtumapotilas on iäkäs henkilö, joka on murtautunut lonkkansa kaatuessaan. Enemmistö ensimmäistä kertaa lonkkamurtuman takia sairaalahoitossa olevista kotiutuu neljän kuukauden sisällä. (Käypä hoito 2011.)

Ohjaus kotiuttamistilanteessa auttaa potilasta selviytymään paremmin kotona ja toipumaan nopeammin. Potilaalla tulee esimerkiksi tietää miten ja mihin otetaan yhteyttä ongelmatilanteissa. (Palokoski 2007, 6.) Lonkkaleikkauspotilaan ohjaus on monella tapaa yksilöllistä. Potilas tulisi kohdata kiireettömästi ja annettava tiedon määrä tulisi olla yksilöllinen (Palokoski 2007, 15). Ohjauksessa potilaalla tulee olla aikaa omaksua opetetut asiat ja hoitajan tulee varmistua, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Potilaan saama perusteellinen ohjaus vähentää potilaan jännitystä omaan kuntoutumiseen liittyen. Potilaan tilanne otetaan ohjauk-

nessa yksilöllisesti huomioon ja potilaalla on myös lopullinen päätöksentekovalta omissa asioissaan. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 42.)

Hoitoaikojen lyhentyminen entisestään korostaa ohjauksen roolia hoitotyössä. Ohjaukseen on entistä vähemmän aikaa joten sen tulee olla sellaista, että se tukea potilaan omia voimavaroja. Näin potilaalle siirretään vastuuta omasta toipumisestaan. Ohjauksen tulisi olla niin laadukasta, että potilas ymmärtää saamansa kotihoito-ohjeet ja jatkaa niiden noudattamista kotiutumisen jälkeen. (Lipponen ym. 2006, 1.)

Lonkkaleikkaus jälkeen potilaat tarvitsevat perusteellista tietoa monista eri asioista selvitäkseen hyvin kotona. Tieto tarvitaan muun muassa haavanhoidosta, kivusta ja kipulääkkeistä, sopivista asennoista, fysioterapiasta, jälkitarkastuksesta, leikkauksen jälkeisistä liikuntarajoituksista ja sopivista voimisteluliikkeistä sekä mahdollisista komplikaatioista, joita ovat tekonivelen irtoaminen tai paikaltaan luiskahtaminen, leikkaushaavan infektoituminen ja tekonivelestä hitaasti irtoavan kulumisjätteen aiheuttama syöpymisreaktio luussa. Potilasta ohjataan hoitamaan kaikki mahdolliset tulehdukset, sillä muualla oleva tulehdus saattaa levitä nivelproteesialle. Raskaiden esineiden (yli 5 kg) nostamista ja kantamista tulee välttää jälkitarkastukseen saakka, ettei leikattu jalka kuormittuisi liikaa. Hakaset tai ompeleet poistetaan haavalta noin 14 päivän kuluttua leikkauksesta. Paino-ongelmainen potilas tarvitsee ohjausta ruokavaliomuutoksiin ja liikunnan lisäämiseen. Jälkitarkastuksen ajankohta tulisi sopia mielellään ennen kotiutusta. (Suomen Reumaliitto ry 2013; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 719; Tanninen & Koivula 2007.)

Ohjauksen tulisi olla ajoitettu ja olla sisällöltään laadukasta. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, pitää asiat luottamuksellisina sekä arvostaa potilaan asioita. Ohjauksen tulee olla ymmärrettävää ja on tärkeää tarkistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Hyvä ohjaus vaikuttaa myönteisesti potilaan toimintakykyyn, terveyteen, hoitoon sitoutumiseen, kotona selviytymiseen ja elämänlaatuun. (Kyngäs ym. 2007, 17-48.)

Tutkimuksen mukaan (Johansson 2006, 5-57) lonkkaproteesileikkauspotilaille itselleen tärkeintä ennen kotiutusta on tieto mahdollisista komplikaatioista ja niiden oireista. Potilaat haluavat tietää, kuinka komplikaatio tunnistetaan ja ehkäistään, jotta he selviytyisivät kotona. Potilaat haluavat myös tietää mitä fyysistä rasitusta pitäisi välttää, olla perillä omasta lääkehoidostaan sekä tietää, miten jalkoja hoidetaan. Vähiten tärkeimpänä pidettiin tutkimuksen mukaan tietoa yhteisön tuesta ja huolenpidosta.

Potilas tarvitsee riittävän ohjeistuksen hyvään kivunhoitoon. Potilaalla pitää olla kirjalliset ohjeet lähtiessään kotiin siitä, miten hänen tulee seurata mahdollisia kipuja, mitä asioita lääkityksessä on huomioitava ja miten hän voi itse hoitaa omaa kipuaan turvallisesti kotona.

Potilaan tarvitsee myös ohjeet siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä, mikäli hänen kipunsa on hallitsematonta tai pitkittyy. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 13.)

Ohjaustilanteessa on huomioitava, että leikkauksen jälkeisiä kipuja on raportoitu ilmenevän enemmistöllä potilaista kipulääkityksestä huolimatta. Kipuja esiintyy hyvin usein myös kotiutumisen jälkeen. (Salanterä ym. 2006, 20.)

Potilas ohjataan tiedostamaan ja havaitsemaan myös tulehduskipulääkkeiden yleisempiä haittavaikutuksia, joita ovat närästys, vatsakipu, pahoinvointi ja oksentelu sekä ajoittain myös ripulia. Lisäksi suoliston alueen verenvuodot, haavaumat ja perforaatiot ovat liittyneet tulehduskipulääkkeiden käyttöön, erityisesti jos käyttö on pitkäaikaista. (Nurminen 2009, 124.)

Kivut voivat vaikeuttaa potilaan keskittymistä ohjaukseen ja hoitajan tulee olla valmis toistamaan ohjausta riittävästi ja varmistamaan, että potilas on saanut riittävästi tietoa sekä ymmärtänyt. Potilaan ohjaamisella on olennainen vaikutus leikkauspotilaan hoidon onnistumiseen ja potilaan tyytyväisyyteen. Tiedon jakamisessa etukäteisohjauksella ja potilaalle annettavalla kirjallisella materiaalilla on tärkeä merkitys. Onnistunut ohjaus edellyttää hoitajalta hyvää asiantuntemusta ja asiakaspalvelukykyä. (Salanterä ym. 2006, 16, 92.)

Yksilöllisessä haavanhoitosuunnitelmassa ilmaistaan potilaan haavanhoitoon liittyvät ongelmat, tavoitteet sekä hoitomuoto. Potilas ja läheiset ovat mukana suunnittelussa mahdollisuuksien mukaan. Potilaan olisi tärkeää ymmärtää haavanhoidon tarkoitus, se miten hoito suoritetaan, kuinka kauan se kestää ja mikä on potilaan oma osuus hoitotilanteessa. (Koljonen 2011.)

Lonkkaleikkauspotilaan ravitsemuksen ohjaus on hyvin tärkeää kuntoutumisen ja infektioiden ehkäistyn kannalta. Vajaaravitsemus aiheuttaa voimattomuutta ja väsymystä sekä lisää leikkauksen jälkeisten infektioiden riskiä. Se voi myös muuttaa lääkaineiden tehoa. Vajaaravitsemus vaikuttaa heikentävästi potilaan toipumiseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Leikkaukset lisäävät energian ja proteiinin tarvetta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24-34).

Potilas saa maata selällään tai terveellä kyljellä. Jalkojen välissä käytetään tyynyä ja leikattua raajaa ei tule viedä ristiin toisen jalan päälle. Leikatun lonkan puoleiselle kyljelle saa kääntyä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Jos potilas nukkuu terveellä kyljellä, jalkojen välissä olevan tyynyn saa jättää pois 1-2 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Kahden kuukauden ajan leikkauksen jälkeen tulisi välttää lonkan koukistamista. Lonkkaa ei tulisi taivuttaa yli 90 asteen. Tämän johdosta kuuden viikon ajan tulee käyttää wc-istuimen koroetta ja korotettua istuinta esimerkiksi autossa. Alavartalon pukeminen ja riisuminen tulisi tehdä korotustyynyllä istuen ja vartalon eteen taivuttamista välttäen. Korotustyynyä suositellaan käytettävän kahden kuukauden ajan. Näin vältetään haava-alueen turhaa venytystä ja

ehkäistään tilannetta, että proteesi irtoaisi paikaltaan. Lonkan voimakasta loitontamista tulee välttää kahden kuukauden ajan. Maltillinen liikunta leikkauksen jälkeen on sallittua ja suota-vaakin. Kuitenkaan ei ole suositeltavaa kantaa raskaita taakkoja, kyykistyä ääriasentoon eikä varsinkaan altistaa lonkkaa tärähdyksille, esimerkiksi hyppimällä kovalla alustalla. Kuntoutumisvaiheeseen sopivia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi uinti, hiihto tasamaalla, pyöräily ja tanssi. Saunominen ja kylpeminen ovat sallittuja viikko ompeleiden poiston jälkeen. (Iivainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 632- 633.)

Fysioterapeutti on lonkkaleikkauspotilaan tukena alusta alkaen. Fysioterapian tavoitteena on mm. fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen, kivun ja pelon vähentäminen ja leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen edistäminen. Fysioterapian suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä potilaan ja hoitavan tai leikkaavan lääkärin kanssa. (Kettunen ym. 2009.)

Potilaalle annetaan leikkauksen jälkeen sopivat liike- ja liikuntaharjoitusohjeet. Harjoitusohjelman tavoitteena on edistää alaraajojen nivelten liikkuvuutta, vahvistaa lihaksistoa ja kohentaa seisomatasapainoa. Lisäksi harjoitukset tähtäävät kävelyn ja siirtymisten varmuuden lisäämiseen, päivittäisten toimien sujuvuuden helpottamiseen sekä fyysisen toimintakyvyn ja kunnan kohentamiseen. (Kettunen ym. 2009; Käypä hoito 2007.)

Jälkitarkastus tehdään poliklinikalla noin kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Ohjauksessa tulee varmistua, että potilas tietää jälkitarkastuksen ajankohdan ja paikan. Varmistamalla, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen, tuetaan potilaan omaa sitoutumista ohjeiden noudattamiseen (Savikko & Pitkälä 2006, 5).

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytetään kehittämismenetelmänä juurruttamismenetelmää, mikä tarkoittaa, että uutta toimintatapaa luodaan ja otetaan käyttöön samanaikaisesti. Menetelmä on kehitetty sairaalan ja ammattikorkeakoulun yhteistyötä varten.

Juuruttamisen alkuvaiheeseen kuuluu olennaisesti nykytilan kartoitus. Tässä työssä se on tehty laadullisen tutkimuksen keinojen avulla. Tiedonhankintaan on käytetty teemahaastatteluja ja tietoa analysoitu laadullisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimusosuuden tarkoitus on ollut saada tietoa hoitajilta ja potilailta leikkauksen jälkeisen potilasohjauksen nykytilasta.

Kiinnostusta herättävät organisaatioissa sellaiset kehittämishankkeet, jotka ovat lähellä organisaation perustoimintaa ja pureutuvat perustoiminnassa havaittuihin puutoksiin. Johdon sitominen kehittämistyöhön edesauttaa kehittämisen tulosten juurtumista käytäntöön. (Peltola & Vuorento 2007, 74-83.) Kehittämistyötä on tärkeää dokumentoida. Silloin sen tulokset eivät jää vain hankehenkilöstön sisäiseksi tiedoksi, vaan siirtyy organisaatiossa eteenpäin myös henkilöiden vaihtuessa. (Peltola & Vuorento 2007, 97). Kehittämishankkeet vaativat aikaa. Kehittämistyössä syntyneet ajattelu- ja toimintatavat jäävät hankkeeseen osallistujien

mieleen. Ajan myötä ne vakiinnuttavat itsensä osaksi toimintaa. (Peltola & Vuorento 2007, 100.)

4.1 Juurruttaminen kehittämismenetelmänä

Juurruttamismenetelmän kehittämisen taustalla on tarve ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon innovaatiot määrätietoisesti ja nopeasti käyttöön. Tämä tarkoittaa sitä, että innovaation käyttöönottoa valmistellaan jo sen luomisvaiheen aikana. Innovaatiota sopeutetaan toimintaympäristöön, mutta sen lisäksi toimintaympäristöä sopeutetaan innovaatioon. (Kivisaari 2001, 30.) Juurruttamisesta on tehty sovellus työorganisaatioiden ja ammattikorkeakoulutuksen keskinäiseen yhteiseen kehittämis- ja innovaatiotoimintaan. Juurruttamismenetelmän ytimenä on yhteinen oppimisprosessi, jossa käytännön tietoa ja tutkimustietoa vertaillaan. Vertailusta on tavoitteena synnyttää työelämää hyödyttävää uutta tietoa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21-22.)

Juurruttaminen rakentuu työyhteisössä kolmen peruselementin varaan: muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus. Muutosprosessin tärkeimpiä resursseja on aika. Työyhteisön ja työryhmän jäsenillä tulee olla tarpeeksi aikaa saattaakseen kehittämisprosessia eteenpäin. Hyvää johtajuutta tarvitaan esimerkiksi resurssien, kuten ajan, varaamiseksi erilaisiin osaprosesseihin. Tärkeimpänä työvälineenä muutoksen toteuttamisessa on vuorovaikutus. Sen avulla voitetaan muutosta vaikeuttavat tai hidastavat ilmiöt kuten muutosvastarinta tai sitoutumisen puute. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24.)

Ammatillinen tieto voi olla juurruttamisessa joko hiljaista tietona tai tutkimustietoa. Hiljainen tieto on kokemuksellista tietoa, joka on sidottu kontekstiin. Se on yksilön ja yhteisön kirjaamatonta tietoa sovitusta, toimivista ja hyväksytyistä toimintavoista. Tutkimustieto taas on luettavissa olevaa ja siis näkyvää ja tarkistettavaa tietoa. Se on teoreettista ja/tai tutkimuksen avulla tuotettua. Juurruttamisessa uusi tieto - tai tietämys - tapahtuu näiden kahden tiedon vertailun ja yhdistämisen avulla. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 22.)

Juurruttamiseen osallistuvien organisaatioiden kulttuurit vaikuttavat juurruttamisprosessiin. Työyhteisön toimintaa säätelevät rakenteet ja normit ovat muotoutuneet ajan kuluessa. Yhteiskunnan normit myös muuttuvat ajan kuluessa ja voivat aiheuttaa muutostarpeita terveydenhuollon organisaatioissa ja toimia näin muutoksen käynnistäjinä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21-25.)

Hoitohenkilökunta ja opiskelijat tekevät juurruttamisessa yhteistyötä. Lisäksi valittu kehittämistyöryhmä, työyhteisön esimies ja ohjaava opettaja edistävät juurruttamisprosessia. Juurruttamisen uusi laajennettu tavoite ulottuu työyhteisön ulkopuolellekin, jopa aluekehitykseen asti. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21-22.)

Juurruttamiseen liittyy aktiivisuutta ja oppimiskykyä korostava ihmiskäsitys. Kehittämistoiminnan lähtöpisteenä on kehittämiskohteen määrittäminen. Prosessille on eduksi, jos työyhteisössä kaikki kokevat määritetyn kehittämiskohteen tärkeäksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21.)

Juurruttamisessa oppimisprosessi jakautuu neljään vaiheeseen (vaiheet 1-4, ks. kuva 1) ja varsinaisen muutoksen toteuttaminen taas kolmeen vaiheeseen (vaiheet 4-7, ks. kuva 1). Käytännössä vaiheissa on päällekkäisyyttä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 23.)

Muutoksen merkityksen löytäminen (vaihe 1) käynnistää kehittämisprosessin. Esimerkiksi yhteiskunnallinen muutos tai uudistuneet työhön liittyvät normit saattavaa aiheuttaa muutostarpeen käytännöissä. Oppimisprosessin ensimmäisessä vaiheessa nykyinen toimintakäytäntö kuvataan sanallisesti. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

Toisessa vaiheessa nykytilannetta jäsenellään käsitteelliselle tasolle. Näin muodostuu käsitekartta, joka kuvaa kehittämiskohteesta olevaa hiljaista tietoa. Kuvauksessa apuna voi olla esimerkiksi kalanruotokaavio tai vuokaavio. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

Kolmannessa vaiheessa prosessiin tuodaan mukaan teoreettista ja tutkittua tietoa aiheesta. Tiedonhaun voi toteuttaa työyhteisössä tiedonhakutyöpajoina, joita ovat ohjaamassa informaattikko ja opettajat. Osallistujina työpajoissa on osaston henkilökunta ja opiskelijat. Teoriatietoa haetaan oman toiminnan perusteista. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

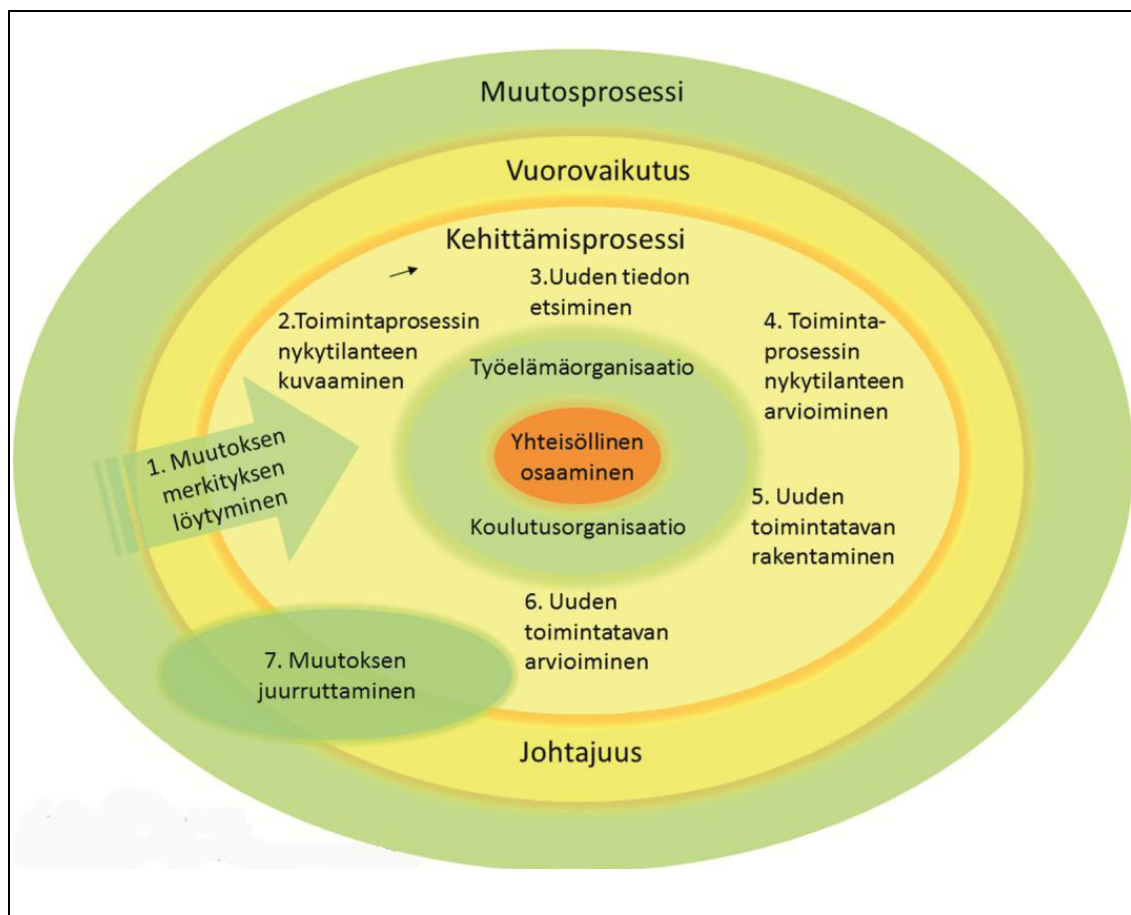
Neljännessä vaiheessa kokemuksellisesta ja teoreettisen tietoa vertaillaan ja muutoksen suunnittelu alkaa. Vertailun tavoitteena on, että muutoksen tarve ymmärretään työyhteisössä. Nykyisestä toimintatavasta voidaan tunnistaa myös hyviä puolia. Toisaalta kehittämiskohtetakin voi löytyä useampia, jolloin ne on laitettava tärkeysjärjestykseen. Muutoksen suunnittelussa tarvitaan esimerkiksi käytettävissä olevien resurssien hahmottamista. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

Uuden toimintatavan rakentaminen on viides vaihe ja siinä tiedon vertailun tuottamat oivallukset saattavat olla avaintekijä. Perusteita uudella toimintatavalle tuottavat sekä opiskelijat että työyhteisen jäsenet. Uutta toimintatapaa kokeillaan työyhteisön tarpeesta käsin. Syntyneen toimintatavan hyöty sekä työyhteisölle sekä asiakkaille kirjataan näkyviin. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

Kuudennessa vaiheessa uuden toimintatavan hyötyä arvioidaan eri toimijoiden näkökulmasta. Näin toimintatapaa voidaan pyrkiä hiomaan vieläkin paremmaksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

Viimeinen vaihe eli muutoksen varsinainen juurruttaminen osaksi yhteisön toimintaa, suunnitellaan työyhteisössä esimiehen johdolla. Siinäkin tapauksessa, että juurtuminen ei toteudu

toivotulla tai suunnitellulla tavalla, prosessia on hyödyllistä arvioida, jotta voidaan löytää uusia tapoja toteuttaa haluttuja muutoksia työyhteisössä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)



Kuva 1: Juurruttaminen (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 27)

4.2 Tutkimusmenetelmä

4.2.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskohteen on ihmisen kokemukset todellisesta elämästä ja tutkittavaa ilmiötä kuvataan kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa uusien tosiasioiden etsiminen ja löytäminen on olennaisempaa kuin vanhojen totuuksien vahvistaminen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Tilastollinen yleistäminen ei ole laadullisen tutkimuksen tarkoitus, vaan jonkin ilmiön ymmärtäminen tai teoreettinen tulkitseminen. Materiaalin valinta, esimerkiksi haastattelut, tehdään tarkoituksenmukaisessa laajuudessa. Haastatteluihin valitaan henkilöitä, joilla ajatellaan olevan parasta tietoa tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.)

Aiheen tarkka rajaaminen on tärkeää laadullisessa tutkimuksessa. Rajatusta aihealueesta kerätään huolellisesti kaikki tarvittavaksi katsottu tieto. Aineistosta etsitään ne teemat, jotka liittyvät valittuun tutkittavaan aiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93.)

Laadullista tutkimusta tehtäessä on tarpeen huomioida, että todellisuuden pilkkominen täysin erillisiin osiin on mahdotonta, koska tapahtumat vaikuttavat toinen toisiinsa samanaikaisesti. Siksi tutkimuksessa löydettävät vaikutussuhteet voivat olla monensuuntaisia. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadulliselle analyysimenetelmälle on luontaista, että aineisto kerätään arjen olosuhteissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 160-164.)

Laadullisen sisällönanalyysin perustana ei ole valmis teoria, vaan uusien ja usein odottamattomienkin ilmiöiden havainnointi ja tutkiminen. Tutkija antaa lopputuloksen määräytyä ennen kaikkea ihmisten kokemusten perusteella. Laadullisen tutkimuksen kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkimussuunnitelmaa voidaan muuttaa tilanteiden ja olosuhteiden mukaisesti tutkimuksen aikana. Tapahtumien ainutkertaisuus hyväksytään lähtökohtana, esimerkiksi haastatteluita ei voi tehdä samanlaisina uudestaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 160-164.)

4.2.2 Aineistonkeruumenetelmä

Teemahaastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista aineistokeruuta, jossa haastattelija esittää suulliset kysymykset joko ryhmä- tai yksilöhaastatteluna (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tiedon saamiseksi haastateltiin viittä hoitajaa ja kuutta potilaasta yksilöhaastatteluina. Tutkimushaastattelu on luonteeltaan systemaattista tiedonkeruuta, jonka tavoitteena on saada mahdollisimman luotettavaa ja pätevää tietoa. Yksilöhaastattelu on hyvä menetelmä tiedonkeruussa, koska siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa (Hirsjärvi ym. 2009, 204-208).

Tavoitteena oli saada tietoa leikkauksen jälkeisestä potilasohjauksesta ja sen kehittämistarpeista. Tärkeää oli tieto siitä, miten asiat nyt tehdään, mikä haastateltavien mielestä toimii hyvin ja missä kenties on kehittämisen tarvetta.

Haastattelu on kielellisen vuorovaikutuksen avulla tapahtuvaa henkilökohtaista tiedonkeruuta. Se on tyypillisin tapa kerätä laadullista aineistoa. Haastattelun alussa haastattelija tulisi kertoa tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta ja näin luoda kontakti haastateltaviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Teemahaastattelussa keskusteluaiheet ovat kaikille haastateltaville samoja ja niissä liikutaan joustavasti. Aiheiden järjestys voi vaihdella. Haastateltavien vapaalle puheelle annetaan tilaa, mutta ennalta päätetyt teemat pyritään käymään läpi kaikkien haastateltavien kanssa. Keskustelun aihepiiri on siis etukäteen suunniteltu, mutta kysymykset ovat avoimia. Tutkimustehtävä auttaa pitämään keskustelun oikeissa eli merkityksellisissä asioissa. Teemoihin keskit-

tynyttä haastattelua on luontevaa ryhtyä myös analysoimaan teemoittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.) Tässä työssä haastattelujen teemat on valittu potilasohjauksen teorian pohjalta.

Valitun tiedonkeruumenetelmän etuja on joustavuus ja mahdollisuus myötäillä tarpeen mukaan erilaisia haastateltavia. Haastattelun aikana on mahdollista vaihdella asioiden järjestystä sen mukaan mikä tuntuu perustellulta ja toisaalta haastattelutilanteen kannalta luontevalta. Haastattelujen tekeminen vaatii kouluttautumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin ja se vaatii suunnittelua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-201.)

Teemahaastattelussa on perusoletuksena, että ihmisten ajatuksia, uskomuksia, kokemuksia, tunteita näitä kaikki voidaan tutkia haastattelemalla. Teemahaastattelussa käydään läpi etukäteen luonnosteltuja teemoja. Teemoista voidaan keskustella eri laajuudessa ja eri järjestyksessä eri ihmisten kanssa, mutta etukäteen luonnostellut teemat pyritään aina käymään läpi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-75.)

Haastattelujen aluksi haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja taustasta. Paikan päällä tehdyt haastattelut nauhoitettiin ja lisäksi tehtiin muutama täydentävä puhelinhaastattelu. Tilanteista pyrittiin tekemään luontevaa vuoropuhelua. Teemat olivat kaikille haastateltaville samoja ja haastattelurungon kysymyksiä täydennettiin tilanteen mukaan lisäkysymyksillä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on riittävä silloin, kun samat asiat alkavat toistua haastatteluissa. Tällöin aineistoa voi todennäköisesti pitää riittävänä. Tutkimuksen tekijän haasteena on kuitenkin etsiä ja kaivella uusia näkökulmia tarvitsemassaan laajuudessa. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2010, 182.)

4.2.3 Otos

Tässä työssä on haastateltu sekä hoitajia että potilaita, koska molemmat ryhmät vaikuttavat ohjaamisen onnistumiseen. Ohjaaminen on vuorovaikutusprosessi, jossa myös ohjauksen vastaanottajalta tarvitaan osallistumista.

Tavoitteena oli haastatella vakituisia työntekijöitä tai vähintään kaksi vuoden työskennelleitä sijaisia. Kyselytutkimuksen vastausten luotettavuuteen on tutkimusosuutta suunniteltaessa ajateltu vaikuttavan sen, onko vastaaja vakituinen työntekijä, pitkäaikainen sijainen vai lyhytaikainen työntekijä. Vakituksilla työntekijöillä ja pitkäaikaisilla sijaisilla on enemmän kokemusta leikkauspotilaiden ohjaamisesta kuin lyhytaikaisia sijaisilla. Seitsemästä haastattelusta hoitajasta kaikki olivat olleet työssä ainakin kahden vuoden ajan ja useat jopa yli kymmenen vuotta.

Haastateltujen valinnasta vaikuttaa paljon myös se, ketkä ovat suostuvaisia haastatteluun. Kaikki pyydyt potilaat ja hoitajat olivat suostuvaisia haastatteluun. Alkuperäisenä tavoitteena oli saada saamaan mukaan myös sellaisia potilaita, jotka ovat olleet useassa leikkauksessa, koska heillä on oletettavasti kokemuksia monista ohjaustilanteista ja mahdollisesti myös useista ohjausmenetelmistä. Mukaan saaduista potilaista kolme oli leikattu kerran ja kaksi kahdesti lonkka ja polvi. Otantatapaa voi pitää harkinnanvaraisena eli otantaan valitaan ne henkilöt, joilta uskotaan parhaiten saatavan tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86).

4.2.4 Aineiston analyysimenetelmä

Sisällönanalyysi on perinteinen aineistojen perusanalyysimenetelmä jonka ideaa sovelletaan erilaisissa laadullisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Aineiston analyysi alkaa usein jo aineiston keräämisen aikana. Nauhoitettu materiaali litteroidaan tekstiksi sanasta sanaan. Tutkijan on myös tässä vaiheessa päätettävä, mitkä haastattelun ja puheen piirteet on tarkoituksenmukaista kuvata auki litteroinnissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131-133.)

Sisällönanalyysin luonne voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista. Aineistolähtöisessä analyysissä aineisto ohjaa pelkistettyjen ilmausten ja ala- ja yläkategorioitten muodostumista. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysin ohjaajana on jokin teema tai käsittekartta joka yleensä perustuu johonkin teoriaan. Tällöin tietoa kerätään haastattelemalla teemojen mukaisesti sekä omien havaintojen avulla. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä luodaan ensin teemarunko. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135-136.) Tässä työssä sisällönanalyysin tekotapaa voi pitää deduktiivisena, koska käytän analyysissä apuna teemoja, jotka olen jo etukäteen valinnut haastatteluun.

Kun litterointi on tehty, valitaan analyysiyksikkö, jonka avulla etsitään vastausta tutkimusongelmaan. Analyysiyksikkö voi kooltaan olla teema, ajatuskokonaisuus, virke, sana tai jossain tapauksessa jopa kirjainmerkki. Tutkimuksen tekijän on päätettävä analyysiyksikkö ennen analyysin aloittamista. Myös päätökset siitä tarkastellaanko materiaalin ilmisältöä tai piilosisältöjä tulee tehdä tässä vaiheessa. Tutkija tehtävän on saada selvää aineistostaan ja siitä mitä kokonaisuudessa tapahtuu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136.) Tässä työssä analyysiyksikkö tulee olemaan virkkeen tai muuten selkeä jakamaton ajatuskokonaisuus.

Analyysiyksikön valinta korostuu varsinkin ilmisällön analysoinnissa. Esimerkiksi litteroidusta tekstistä nostetaan esiin virkkeet, joitten ilmiviestistä tehdään pelkistetty versio. Tämä pelkistys taas sijoitetaan kategoriaan, ja tämä kategoria tarpeen mukaan taas ylätasoon kategoriaan. Pääkategoriat ovat analyysin tuloksia. Alakategorioihin sijoittuva aineisto kuvaa kunkin pääkategorian korostumista tai vähäisyyttä materiaalissa. (Kankkunen, & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137-139.)

Aineistosta on myös mahdollista hakea piilossa olevia viestejä. Ne ilmenevät esimerkiksi keskustelusta tai puheesta hiljaisuus, huokauksissa ja naurussa. Tällaisessa teorialähtöisessä analyysissä teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Tässä työssä analysoitiin vain ilmisältöä. Kuitenkin haastattelutilanteissa piiloviestintää on pyritty havainnoimaan, koska se saattaa auttaa löytämään asioita, joista keskustelua on syytä jatkaa.

Analysoinnissa päätavoitteena on saada tutkittavasta asiasta uutta ja merkityksellistä tietoa. Jotta tähän päästäisiin, tarvitaan selkeytyneen kuvan muotoutumista saadusta materiaalista. Kun aineistosta on pelkistämisen ja luokittelun avulla saatu esiin tärkein aines, siitä aletaan tehdä tulkintoja. (Eskola & Suoranta 2005, 150.)

Analyysiin voi jakaa neljään vaiheeseen: aineiston lukeminen, aineiston luokittelu, yhteyksien löytäminen sekä raportointi (Hirsjärvi & Hurme 2009, 144). Analyysistä tulee näkyä prosessi, jolla sen lopputuloksiin on päädytty.

Deduktiivinen sisällönanalyysiä käytetään silloin, kun analyysin ohjaajana on jokin teema. Tällöin kerätään tietoa haastattelemalla teemojen mukaisesti sekä omien havaintojen avulla. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä yleensä luodaan ensin teemarunko. Tämän sisälle luodaan sellaisia luokkia, jotka noudattavat aineistolähtöisen eli laadullisen sisällönanalyysin menetelmän periaatteita. (Tuomi & Sajajärvi 2009, 113-115.)

4.3 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Eettinen ajattelu on pohdintaa oikeasta ja väärästä, joka tapahtuu arvojen pohjalta. Niinpä se on tärkeä osa arkista elämää. Tutkimuksen eettisyys aina on mukana tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. (Kuula 2006, 11-21.) Myös tässä työssä etiikka on mukana tutkimussuunnitelmasta lopputuotokseen asti.

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella normatiivisen etiikan kautta. Tällöin pyrkimyksenä on vastata kysymykseen siitä, mitkä ovat oikeat eettisyyden säännöt. Normatiivisen etiikan teoriat voidaan jaotella kolmeen eri kategoriaan: teleologisiin, deontologisiin ja konsekventialistisiin teorioihin. (Kuula 2006, 22.) Tätä työtä tarkastellaan näiden kaikkien kategorioiden kannalta.

Deontologinen eli velvollisuusetiikka liittyy esimerkiksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuteen (Kuula 2006, 22). Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista eikä se myöskään vaatinut osallistujilta kohtuuttomia ponnistuksia tai ajallisia uhrauksia. Laadullinen tutkimus ei vaadi suurta määrää haastateltavia, vaan tärkeämpää on, että heillä on tietoa tai kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä.

Konsekventialistinen eli seurausetiikka on arviointia, jota sovelletaan muun muassa silloin kun arvioidaan miten tutkittavista asioista voidaan kirjoittaa niin, että asioita ei silotella, mutta toisaalta tutkittava ihmisryhmä ei myöskään tule negatiivisesti leimatuksi. (Kuula 2006, 23.) Tässä työssä seurausetiikka huomioidaan esimerkiksi niin, että tutkimustuloksissa tunnistettaviin henkilöihin viitataan mahdollisimman vähän ja jos mahdollista, ei lainkaan.

Eettisyys ja eettiset valinnat yleensä tulevat esiin kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Eettisyydellä tutkimuksessa tarkoitetaan tutkijan rehellisyyttä ja luotettavuutta muita ihmisiä kohtaan ja esimerkiksi ihmisarvon kunnioitusta. Lisäksi tutkija on oltava rehellinen itselleen. (Anttila 2005, 506.) Tässä työssä pyritään kaikissa vaiheissa rehellisyyteen ja luotettavuudessa, myös silloin, kun vastaan tulee ongelmia. Kaikkiin osallisiin ihmisiin on pyritty suhtautumaan heidän ihmisarvoaan ja oikeuksiaan kunnioittaen.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta toimii tutkimusetiikan asiantuntijana ja edistää Suomessa tutkimusetiikkaa koskevaa keskustelua ja tiedotustoimintaa. Se tekee aloitteita tutkimusetiikan edistämiseen liittyvissä asioissa. Neuvottelukunta on laatinut tutkimuksenteon eettiset ohjeet, joiden tarkoituksena ja tavoitteena on edistää tieteenteon eettistä laatua kaikissa tutkimusta tekevissä organisaatioissa, kuten yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja erilaisissa tutkimuslaitoksissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Luottamuksellisuus, yksityisyyden suoja, suostumus tutkimukseen sekä riskit suhteessa tutkimuksesta saatavaan hyötyyn ovat laadulliselle tutkimukselle tärkeitä eettisiä kysymyksiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Tässä työssä osallistujille ei ole terveydellisiä tai muun tyyppisiä riskejä. Tähän työhön liittyvässä kehittämistoiminnassa yhtenä lähtökohtana on erittäin perusteltua pitää sekä hoitajien että potilaiden näkökulmien kuuntelua, jotta muodostuva kuva nykytilanteesta olisi todenmukainen. Kummallekaan ryhmälle tutkimuksesta ei koidu riskejä.

Hyvin tehdyssä tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia huolellisia ja rehellisiä toimintatapoja sekä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettiset normit täyttäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Tässä työssä hyvät toimintatavat otettiin huomioon lähdeviitauksissa, tutkimusluvan hakemisessa, analyysin huolellisuudessa ja luotettavuudessa ja haastateltavien eettisessä kohtelussa.

Tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin tulisi olla tieteen normien mukaista jotta tieteelliseksi katsottavaa tietoa siinä voi syntyä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Tässä työssä on pyritty avaamaan tutkimusprosessia mahdollisimman hyvin, että johtopäätöksiin johtanut prosessi olisi läpinäkyvä ja luottamusta herättävä. Joka vaiheessa on pyritty analyttiseen ajatteluun. Haastattelun teemarunkoa suunnitellessa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että kaikki tutkimuskysymysten kannalta tärkeät teemat olisivat

mukana ja että olisi suunnitelmia siitä, millaisten kysymysten ja kenties johdatteluiden avulla eri teemoja kannattaa lähestyä.

Tutkijan puolueettomuus tutkittavan aiheen suhteen lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tulisi pyrkiä säilyttämään puolueeton ajattelu koko tutkimusprosessin aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen eri vaiheista parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston tuottamisen olosuhteet mahdollisten ongelmien kuten häiriötekijät on syytä raportoida totuudenmukaisesti. Analyysissa keskeistä on luokittelujen tekeminen. Siksi myös lukijalle tulisi kertoa mihin luokittelu perustuu ja miten se syntyi. Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia. Lukijan olisi hyvä saada tietää, mihin lopputulokset päätelmiseen perustuvat. Tutkimusselostetta voidaan rikastaa suorilla haastatteluotteilla. (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233.) Näihin edellä mainittuihin tavoitteisiin on myös tässä työssä pyritty.

Luotettavuus lisääntyy tarkoilla yksityiskohtaisilla kirjauksilla ja asian kuvauksilla sekä tutkijan perusteluilla päätelmillä ja kuvauksilla työn kulusta. Yksityiskohtaisen kerronnan avulla tutkija voi selkeyttää ja tehdä ymmärrettäväksi lukijalle tutkimuksen kokonaisuutta. Raportin tulisi olla selkeä kuvaus tutkitusta ilmiöstä ja tutkimusprosessista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus ja toteutus eivät ole toisistaan erillisiä tapahtumia. Tutkijan rehellisyys on laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden tärkein kriteeri, koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan omassa tutkimuksessaan tekemät ratkaisut. Tutkijan tulee arvioida valintojensa luotettavuutta koko tutkimusprosessin ajan. (Vilkkä 2005, 158-159.)

4.4 Muutos kehittämistoiminnassa

Tavoiteltu muutos opinnäytetyöhöni liittyvässä kehittämistoiminnassa on leikkauksen jälkeisen sähköisen potilasohjauksen tehostuminen, helpottuminen ja laadullinen kehittyminen.

Hoitotyön johtaja tarvitsee tietoa organisaation nykytilanteesta suhteessa toimintaympäristöön sekä valmiuksia muutoksesta selviytymiseen. Lisäksi hänellä on hyvä olla kykyä ja halua kehittää oppimista ja osaamista. Hoitotyön johtaja tarvitsee tietoa laaja-alaisesti, myös oman vastualueensa ulkopuolelta. Myös muista toimintayksiköistä ja -ympäristöistä hän tarvitsee ajantasaista tietoa. Tiedonvälityksen riittävä avoimuus on hänen onnistumiselleen tärkeää. (STM 2009, 32.)

Osallistava johtaminen tarkoittaa yhteistyöhön perustuvaa johtamistapaa. Tässä johtamisavassa edistetään työntekijöiden ammatillisuutta ja osallistumista päätöksentekoon. Itsenäisen toiminnan ja toisista riippuvaisuuden toiminnan oikea tasapaino on osa ammatillisuutta. Yhteinen päämäärän tulisi ohjata yhteistyöhön. Henkilökunnan ja johdon yhteistyön olisi

tärkeää olla mahdollisimman kitkatonta, vaikka kitkaa ei kokonaan voisi välttää. Osallistuvaan johtamiseen kuuluu, että meneillään olevan projekti määrittelee toimintaa enemmän kuin osallistuvien henkilöiden virallinen asema. (STM 2009, 34.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Kehittämistyön prosessi käynnistyi tammikuussa 2013, jolloin saatiin aiheet. Alkuvaiheessa oli myös hoitotieteen luentoja ja ohjausta tutkimuksen tekoon liittyvistä sähköisestä ohjauksesta tekonivelleikkauksen jälkeisestä ohjauksesta, laadullisesta tutkimuksesta, kehittämistoiminnasta, tieteen etiikasta, hoitotyön etiikasta ja juurruttamisesta. Ohjaajan ja yhteistyöryhmän tapaaminen oli toukokuussa. Siellä käsiteltiin kehittämistoiminnan tavoitteita, aikataulua ja muita keskeisiä asioita.

Kesäkuussa ja lokakuussa tehtiin haastattelut hoitajille ja potilaille. Marraskuussa lähetettiin yhteistyöosastolle tuotokset ja arviointilomakkeet. Täytetyt arviointilomakkeet saatiin takaisin joulukuussa. Kehittämistyö esiteltiin sairaalassa tammikuussa. Kehittämistoiminnan prosessin kulku ja aikataulu on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1: Kehittämistoiminnan eteneminen

5.1 Aineiston luokittelu

Haastattelut luokiteltiin alaluokkiin ja pääluokkiin taulukon avulla. Luokittelussa otettiin huomioon se, että sähköisen ohjauksen kehittäminen oli kehittämistoiminnan päätavoite. Nykytilaa kuvasivat seuraavat kolme pääluokkaa: vahvuudet, kehittämiskohteet, ja ohjauksen onnistumisen reunaehdot. Tulevaisuutta kuvasivat seuraavat kolme pääluokkaa: mahdollisuudet, epävarmuustekijät ja kehittämistoimintaa ohjaavat reunaehdot.

Lisäksi käytössä oli myös kaksi tiedonlajittelua avustavaa pääluokkaa. Ohjauksen nykykäytännöt -pääluokka oli niitä mainintoja varten, jotka lähinnä kertoivat neutraalia tietoa nykykäy-

tänteistä. Huomiot ohjauksen sisältöpainotuksista -pääluokkaa sovellettiin niihin mainintoihin, joissa potilaat kertoivat, mitkä ohjauksen aihealueet olivat heille joko tärkeitä tai vähemmän tärkeitä. Liitteenä olevassa luokittelussa (liite 4) ei ole tilansäästön vuoksi kaikkia rivejä Ohjauksen nykykäytänteet -pääluokasta, koska kyseinen pääluokka on normaalia perustiedonkeruuta. Ne maininnat, jotka päätyivät lainauksina tekstiin, on kuitenkin haluttu jättää liitteeseen.

Alaluokkia muodostui sisällön perusteella 25 kappaletta. Käytetyimpiä niistä oli muistaminen, ymmärtäminen ja kiireettömyys (pääluokissa kehittämiskohteet ja/tai ohjauksen onnistumisen reunaehdot), epätietoisuus vaikutuksista hoitotyöhön (pääluokka epävarmuustekijät), potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan (pääluokka epävarmuustekijät), internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta (pääluokka mahdollisuudet) sekä internetavusteisen ohjauksen hyvä saavutettavuus (pääluokka mahdollisuudet). Joskus ilmaukset sopivat useampaan alaluokkaan samassa pääluokassa. Tällöin molemmat sopivat alaluokat laitettiin alaluokaksi. Joskus taas ne sopivat jopa useampaan pääluokkaan. Tällöin selvyiden vuoksi ilmauksesta tehtiin vastaava määrä rivejä taulukkoon.

Taulukkoon 1 on koottu 12 ilmausta esimerkinomaisesti. Koko luokittelu on liitteessä 4.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
P: Sain henkilökohtaista ohjausta ja ohjeita monisteina. Monisteita oli helppo ymmärtää ja suulliset ohjeet olivat riittäviä...Mikään asiat eivät askarruttaneet minua erityisesti leikkausten jälkeen. Sain hyvää - täydellistä - palvelua enkä löydä erityistä kehitettävää.	Potilas sai henkilökohtaista ohjausta ja monisteita. Monisteet olivat helppotajuisia ja suulliset ohjeet riittäviä. Mikään ei jäänyt erityisesti askarruttamaan leikkauksen jälkeen. Potilas oli palveluun täysin tyytyväinen.	Henkilökohtainen ohjaus	Vahvuudet
P: Kivunhoidon osalta ohjaus oli hyvää ja selvää.	Potilaan kohdalla kivunhoidon ohjaus oli hyvää ja selvää.	Kivunhoidon ohjaaminen	
P: Puhelinneuvonnan kanssa oli jonkin verran vaikeuksia. En meinannut saada kiinni aluksi puhelimella, joten lopulta jätin soittopyynnön. Minulle soitettiin, mutta myöhempään kuin olisin toivonut. Asia kerrottiin puhelimesta muuten hyvin, mutta melko nopeasti, joten oli vaikeaa tehdä muistiinpanoja asiasta samalla.	Potilaan kohdalla puhelinneuvonnan käynnistyminen viivästy, koska se alkoi vasta soittopyyntöön vastattaessa. Asia kerrottiin muuten hyvin, mutta liian nopeasti, koska muistiinpanojen tekeminen oli vaikeaa.	Puhelinohjauksen vasteaika Puhelinohjauksen rytmittäminen Tiedon välittämisen tarkistaminen	Kehittämiskohteet
P: Hoitaja puhui aluksi normaalilla voimakkuudella puhelimesta, mutta aloitti sitten puhua hiljempaa, ja minun piti painaa korva puhelimeen että kuulisin. Toivottavasti hoitavat voisivat tarkistaa aina, kuuluuko hyvin.	Hoitajan äänen voimakkuus vaihteli ja välillä oli hankalaa kuulla.	Tasainen äänen voimakkuus	
H: No, osittain, suurimmalla osalla varmaan, ohjaustilanne sujuu ihan sillä lailla sujuvasti, ja potilas tekee kysymyksiä - ja niitä selvennetään jos ei ole ymmärtänyt - ja ymmärtää sen viestin, mutta on tietenkin joukossa sitten potilaita, jotka... tuntuu että se viesti ei mene millään perille, että niitä asioita kerrata moneen kertaan.	Henkilökohtainen ohjaustilanne sujuu useimmilla sujuvasti: potilaan kysymysten pohjalta asioita selvennetään ja potilas ymmärtää viestin, mutta on myös potilaita joiden kohdalla tuntuu, että viesti ei mene perille millään ja kertausta tarvitaan paljon.	Ymmärtäminen Muistaminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
H: Esimerkiksi lääkkeitä on hankalaa potilaan hahmottaa, että miten esimerkiksi Panadolia ja Panacodia otetaan ja miten niitten kanssa pelataan. Että jos ollaan siirtymässä Panacodista Panadoliin, ne tarvitsevat sitten sitä Panacodia ja [myös] Panadolia -tämmöisessä tapauksessa että [potilas] on Marevanin käyttäjä, että näillä Panacodeilla ja Panadoleilla pelataan - että kuinka paljon niitä sitten saa ottaa.	Potilaan voi olla hankala ymmärtää, miten useita samanaikaisia kipulääkkeitä käytetään oikein ja miten otetaan huomioon muiden lääkkeiden yhteisvaikutus.	Ymmärtäminen Kivunhoidon onnistuminen	
P: Nettiohjeisiin pääseminen pitää neuvoa kunnolla.	Nettiohjauksen käyttäminen vaatii asianmukaiset ohjeet etukäteen.	internetavusteisen ohjauksen käyttö-opastus	Kehittämistoimintaa ohjaavat reunaehdot
P: ... ja sitten sähköiseen ohjaukseen pitää olla kunnan ohjeet ja se ei saa olla liian monimutkaista käyttöä.	... sitten sähköiseen ohjaukseen tulee olla kunnan ohjeet ja eikä se saa olla liian	Internetavusteisen ohjauksen käyttö-opastus	
P: Sähköinen ohjaus sopii hyvin osaksi ohjausta leikkauksen jälkeen, jos potilaalle ennen kotiutumista annetaan riittävästi henkilökohtaista ohjausta ja hän saa harjoitella esimerkiksi liikkumista hoitajien kanssa.	Sähköinen ohjaus tukee henkilökohtaista ohjausta, jota potilas saa ennen kotiutumista.	internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta	Mahdollisuudet
P: Pidän internetiä hyvänä vaihtoehtona silloin, jos henkilökohtaista ohjausta ei ole tarjolla. Itse en ole kaivannut muuta ohjausta ja henkilökohtainen ohjaus on minulle mieluisin. Koen sen helpoksi. Internetiä käytän muuten kylä.	Potilas pitää internetiä hyvänä vaihtoehtona, jos henkilökohtaista ohjausta ei ole tarjolla. Henkilökohtainen ohjaus riitti hyvin potilaalle.	internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta	
H: Uudet asiat ovat aina haasteellisia. Nykyaikana tekniikka kehittyy ja aina kun tulee uutta, se aiheuttaa jännitystä ja on haaste varsinkin ikäihmisille.	Uudet asiat ovat haasteellisia ja jännittäviä erityisesti ikäihmisille.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Epävarmuuskijät
H: Sähköisen ohjauksen toteuttaminen on haasteellista. Vanhuksille sähköinen ohjaus voi olla vaikeaa,...	Sähköisen ohjauksen toteuttaminen on haasteellista. Vanhuksille sähköinen ohjaus voi olla vaikeaa.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	

Taulukko 1: Aineiston luokittelu

5.2 Nykytilanteen kuvaus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksella ja sisällönanalyysillä. Aineisto kerättiin haastatteleamalla yksilöhaastatteluina seitsemää hoitajaa ja viittaa potilasta. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Lauserakenteita muunnettiin litteroitaessa lähemmäksi kirjakieltä tekstin luettavuuden kannalta, mutta lauseiden merkitys ei muuttunut. Ennen opinnäytetyön julkaisua haastattelutallenteet tuhottiin tietosuojaan vuoksi. Hoitajien vastaukset on merkitty siteerauksiin H-kirjaimelle ja potilaiden P-kirjaimella. Hoitajien haastattelujen analyysi on taulukkona liitteessä 3 ja potilaiden haastattelujen analyysi liitteessä 4.

Haastateltuja hoitajia oli seitsemän ja potilaita viisi. Haastatteluista saatiin tietoa sekä ohjauksen nykykäytännöistä että hoitajien ja potilaiden kokemuksista ohjaustilanteista. Lisäksi saatiin tietoa, minkälaisia ajatuksia - esimerkiksi odotuksia tai epäilyksiä - internet-avusteisen ohjauksen kehittäminen herätti haastatteluissa. Potilaiden haastattelut tehtiin ortopedian poliklinikalla. Haastatteluista varten saatiin käyttöön rauhallinen huone. Hoitajien haastattelut tehtiin vuodeosaston 3 yhteydessä olevassa rauhallisessa huoneessa. Sekä hoitajien että potilaiden haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina ja ne voitiin tehdä riittävän kiireettömässä tilanteessa.

Osastolla on käytössä puhelinohjaus, henkilökohtainen ohjaus sekä erilaisia monisteita ohjauksen apuna. Video- tai audiokasetteja ei käytetä. Myöskään puhelintallenteita tai internetavusteista ohjausta ei ole käytössä.

H: Henkilökohtainen ohjaus. Sitten on monisteet käytössä ja puhelinneuvontaa. [...] Näitä muita juttuja ei meillä ole, äänikasetteja, videoita, eikä puhelintallennetta eikä internetohjeitakaan periaatteessa. Yleisohjeita löytyy, mutta ei mitään semmoista tiettyä.

Hoitajien ja potilaiden vastauksissa on nähtävillä hyvin heidän tapansa ja tottumukset asioiden hoitamisessa: toiset potilaat ja hoitajat käyttävät internetiä ja teknisiä laitteita paljon sekä taitavasti ja osa haluaa selvästi pysyä perinteisissä tavoissa uusien kanssa tai erikseen.

5.2.1 Henkilökohtaisen ohjauksen nykytila

Henkilökohtainen ohjaus on yksilöllistä. Postoperatiivinen ohjaus alkaa heti leikkauksen jälkeen heräämössä. Ohjaus vaatii kuitenkin paljon kertausta, sillä leikkauksen jälkeen saadut ohjeet eivät aina pysy mielessä.

H: Kun potilas haetaan leikkaussalista, niin hänelle ihan selitetään [...] mitä tullaan tekemään, mitä lääkityksiä tulee, miten saa liikkua, ja mikä on sen ensimmäisen leikkauspäivän tarkoitus - että kerätään voimia ja levätään ja ei vielä auteta ylös silloin ollenkaan.

H: Asioita on paljon ja vaikka heräämössä on annettu ohjeita, ne unohtuvat kotona...

Yksilöllisesti valikoidut monisteet tukevat potilasta kotona, sillä niissä on samat asiat, jotka on käyty yhdessä potilaan kanssa osastolla. Monisteita annetaan mukaan kivunhoidosta ja haavanhoidosta sekä proteeseista. Monien annettujen ohjeiden muistaminen - esimerkiksi jälkitarkastus ja ompeleiden tai hakasten poistopäivämäärä - olisi hankalaa ilman monisteita. Potilaat kokivat monisteet hyödyllisiksi. Ainoa kritiikki koski tilannetta, jossa eri aikoina annetut monisteet menivät kotona sekaisin. Onneksi omainen auttoi ja tilanne selvisi. Kyseinen tilanne kuvasti kuinka paljon vaikuttaa se, ovatko omaiset mukana kotiutumisen toteutuksessa ja onko kotiutuneella potilaalla joko kotona asuvia perheenjäseniä tai omaisia, jotka voivat käydä katsomassa häntä kotona tarpeen mukaan.

H: Ja monisteet annetaan mukaan liittyvät siihen kanssa, että annetaan vähän kirjallisenakin niitä, koska ei ne välttämättä muista niitä asioita...

P: Monisteita oli helppo ymmärtää ja suulliset ohjeet olivat riittäviä [...] Mitkään asiat eivät askarruttaneet minua erityisesti leikkausten jälkeen.

P: Monisteiden kanssa minulla kävi niin, että aiemmat ohjeet ja uudet ohjeet meinasivat mennä kotona sekaisin, mutta onneksi omainen auttoi löytämään oikeat ohjeet.

Lääkärien ohjeiden läpikäyminen on tärkeä osa ohjausta. Toimiminen ongelmatilanteissa, kivun lääkehoito, haavanhoito, liikkuminen ja muu toimiminen arjessa ja jatkotoimenpiteet (hakasten poisto ja jälkitarkastus) ovat tärkeitä teemoja (liite 3).

Henkilökohtainen ohjaustilanne sujuu useimmilla sujuvasti: potilaan kysymyksiä pohjalta asioita selvennetään ja potilas ymmärtää viestin, mutta on myös potilaita joiden kohdalla tuntuu, että viesti ei mene perille millään ja kertausta tarvitaan paljon. Potilaan voi olla hankala ymmärtää, miten useita samanaikaisia kipulääkkeitä käytetään oikein ja miten otetaan huomioon muiden lääkkeiden yhteisvaikutus. Lääkeohjauksessa tarvitaan kynää ja paperia ja se pitää tehdä potilaan kanssa yhdessä, että potilas ymmärtää ohjeet. Lääkehoidon ohjeistus voi olla potilaan kannalta haastavaa, koska lääkkeet voivat olla nimeltään samantyyppisiä, kuten Panadol ja Panacod, ja annostukset voivat olla kuntoutumisen eri vaiheissa erilaisia. Tulee myös varmistaa, että monisteissa on oikeat ohjeet eivätkä lääkkeiden nimet ole menneet sekaisin.

H: tämmöisessä tapauksessa että [potilas] on Marevanin käyttäjä, että näillä Panacodeilla ja Panadoleilla pelataan - että kuinka paljon niitä sitten saa ottaa.

H: ... suurimmalla osalla [...] ohjaustilanne sujuu ihan sillä lailla sujuvasti [...] mutta on tietenkin joukossa sitten potilaita, jotka... tuntuu että se viesti ei mene millään perille, että niitä asioita pitää kerrata moneen kertaan.

H: No kyllä tuntuu sitten että sitten se menee, mutta että niitä täytyy [toteuttaa] sillä tavalla, että sinulla on sitten välineenä kynää ja paperia.

Potilas saattaa jännittää kotiutumista ja toimintaa omassa arjessa. Hän voi olla epävarma siitä, miten tietyssä tilanteessa pitää toimia oikein. Potilaalla voi esimerkiksi olla kotona suihkukaappi ja siksi suihkussa käynti voi aiheuttaa jännitystä. Voi olla, että potilas ei uskalla kysyä kaikkia kysymyksiä, vaan hän ajattelee kysymysten aiheiden olevan sellaisia, jotka pitäisi itse osata ratkaista. Potilaille täytyy luoda varmuus siitä, että hän voi kysyä mitä asiaa tahansa. Hoitajat voivat sitten ohjauksen avulla lievittää potilaan jännitystä ja esimerkiksi ohjata toimimaan kotona turvallisella tavalla.

H: ...jos esimerkiksi sellainen kysymys tulee, että hänellä on [ongelma], että miten minä pääsen kotona suihkuun, että minulla on suihkukaappi, no jos suihkukaapin reunaa on kymmenen senttiä että astutte suihkukaappiin ja suihkutatte itsenne, ja tulette suihkukaapista pois, että samalla tavalla kun mentäisiin suihkuhuoneeseen tai näin.

Hoitajien työtä varten on kehitteillä työtapa, että käytettäisiin tarkistuslistaa, jonka avulla voidaan varmistaa, ettei mikään asia jää käsittelemättä. Tämän avulla jokaisen potilaan kanssa käydään läpi kaikki asiat, jolloin vähennetään kiireen ja rutinoitumisen tuomia virheitä ja unohduksia.

H: ... tällaisia potilaitten mallikysymyksiä sinne, joihinka sitten vastattaisiin...

H: ... se on nyt semmoinen uusi kehitys ja se on minun mielestäni tosi hyvä juttu että käydään vähän kuin rasti ruutuun -listaa läpi että kaikki tulee käytyä läpi, kun saattaa kotiuttaa montakin proteesipotilasta päivän aikana, ettei vaan unohda jotain.

Potilaat olivat pääosin oikein tyytyväisiä henkilökohtaiseen ohjaukseen. Monisteiden helppotajuutta, kivun lääkehoidon ohjausta, voimisteluliikkeiden ohjausta sekä ohjauksen monipuolisuutta ja riittävää määrää kiiteltiin.

P: Sain hyvää - täydellistä - palvelua enkä löydä erityistä kehitettävää.

P: Kipuun liittyvä ohjaus oli kaikkein mieleisintä eli miten saada lievitystä kipuun.

P: ... henkilökohtainen ohjaus on minulle mieluisin.

P: Minulle ohjauksen tärkeintä sisältöä olivat voimisteluliikkeet.

P: Monisteita oli helppo ymmärtää ja suulliset ohjeet olivat riittäviä...

Ainoa kritiikin kohde oli ohjaustilanteiden kiireisyys. Joillekin potilaille jäi kokemus, että ohjaustilanteeseen oli varattu liian vähän aikaa ja siksi ohjaus oli kiireistä eikä aikaa lisäkysymyksille ollut.

P: Ohjaus tuntui pintapuoliselta ja kiireiseltä ja toivoin että olisi saanut hiukan enemmän aikaa.

P: Ohjaus oli liian kiireistä, joten en saanut kaikesta selvää ja kun kotiuduin oli osa asioista epäselviä, koska en ehtinyt kysyä monia kysymyksiä, joita minulla oli.

5.2.2 Sähköisen ohjauksen nykytila

Puhelinohjaus on ainoa käytössä sähköinen ohjausmenetelmä. Kotiutuvia potilaita ohjataan soittamaan ennen kaikkea virka-aikana kello 10-14, mutta puhelimeen vastataan silti aina. Potilas saa osaston numeron mukaansa ennen kotiutumista. Potilas voi soittaa kysyäkseen kaikkea mitä mieltä askarruttaa. Kivun lääkehoito, haavanhoito ja ja kotona liikkuminen ovat tyypillisiä puhelinohjauksen aihepiirejä. Puhelinohjauksen tarvetta aiheuttaa myös aiemmin annettujen ohjeiden unohtaminen.

H: ... sanotaan silloin kotiin lähtiessä, että tässä on osaston numero, että jos on jotain kysyttävää, lähinnä nyt haavanhoitoon liittyen kysymyksiä, niin sitten saatte soittaa, mutta ei rajata sitä [...] jos mikä askarruttaa niin voi soittaa.

H: Asioita on paljon ja vaikka heräämössä on annettu ohjeita, ne unohtuvat kotona, ehkä jännityksenkin takia ja sitten soitellaan osastolle ja kysytään samoja asioita.

Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä puhelinohjaukseen. Potilailla oli myönteisiä kokemuksia puhelinohjauksesta ja he olivat kokeneet sen hyödylliseksi.

P: Minusta nykyinen puhelinneuvonta on hyvä...

P: Asia kerrottiin puhelimesta muuten hyvin, mutta melko nopeasti...

Puhelinohjauksen vasteaika tuli esiin yhtenä kehittämiskohteena. Potilaat toivoivat parannusta takaisinsoiton aikataulutukseen, sillä takaisinsoittoa oli jouduttu odottamaan liian kauan. Avun akuutti tarve saattaa mennä ohi tai odottaminen voi sekoittaa arkea.

P: En meinannut saada kiinni aluksi puhelimella, joten lopulta jätin soittopyynnön. Minulle soitettiin, mutta myöhempään kuin olisin toivonut.

P: ... aina ei saa kiinni ja voi joutua jättämään soittopyynnön ja odottamaan takaisinsoittoa ja sitten oma arki on vähän sekaisin...

Puheluneuvonnassa ei aina ollut huomioitu sitä, että potilaan voi olla tarpeen toisessa päässä tehdä samalla muistiinpanoja. Puhelunopeuteen ja ohjauksen rytmitykseen vaikuttaa olevan syytä kiinnittää huomiota. Lisäksi voisi esimerkiksi kysyä potilaalta onko hän saanut kaiken tarpeellisen kirjoitettua ylös ja onko lisäkysymyksiä.

P: Asia kerrottiin puhelimesta [...] melko nopeasti, joten oli vaikeaa tehdä muistiinpanoja asiasta samalla.

P: Välillä myös hoitajille tuntuu olevan kiire puhelimesta ja he puhuvat liian nopeasti. Pitäisi puhua hitaammin ja olla enemmän aikaa.

P: Kun vielä mietin mitä kysyisin, hoitaja sanoikin kiitoksia, palataan asiaan.

Yhden potilaan kohdalla tuli ilmi, että puhelin ohjaustilanteessa hoitaja oli vaihdellut puheen voimakkuutta ja potilas oli joutunut keskittymään hiljaisen puheen aikana saadakseen selvää. Potilaalla ei ollut kuulovaurioita.

P: Hoitaja puhui aluksi normaalilla voimakkuudella puhelimesta, mutta alkoi sitten puhua hiljempaa, ja minun piti painaa korva puhelimeen että kuulisin.

Internetavusteista ohjausta ei ole osastolla käytössä. Sekä hoitajilta että potilailta kysyttiin heidän ajatuksiaan internetavusteisen ohjaukseen liittyen. Osa potilaista näki internetin myönteisenä mahdollisuutena, muiden suhtautumien oli varovaista tai neutraalia. Mieli-eroihin näyttäisi vaikuttavan eniten potilaiden tavat ja tottumukset. Esimerkiksi erään potilaan mielestä paperilta on helpompi lukea ohjeita kuin internetistä ja toinen potilas taas piti internetohjeita hyvänä ajatuksena, koska ne olisivat luettavissa myös älypuhelimien selaimen kautta. Paperit taas saattavat unohtua kotiin tai olla väärässä käsilaukussa muualle lähdetäessä.

P: Pidän paperia parempana kuin nettiohjeita, koska ne tulevat paremmin luetua.

P: Käytän nettiä myös kännykän kautta. Siksi netti on aina minulle saatavilla, kun taas paperit saattavat unohtua.

Neljä viidestä potilaasta käytti internetiä vähintään jonkin verran, osa enemmänkin. Eräs potilaista mainitsi sosiaalisen median ja nettikauppojen käytön, jotka ilmentävät jo varsin aktiivista internetin käyttöä. Potilaiden kohtuullisen suuri aktiivisuus internetin käytössä ei vaikuttaisi vahvistavan hoitajien otaksumia tai arveluita osaston pääsääntöisesti iäkkään potilaskunnan vaikeuksista oppia uusia asioita. Koska haastateltujen potilaiden määrä oli viisi, varmempien johtopäätösten tekeminen vaatisi kuitenkin laajempaa tutkimusta.

H: Nykyaikana tekniikka kehittyy ja aina kun tulee uutta, se aiheuttaa jännitystä ja on haaste varsinkin ikäihmisille.

H: Vanhuksille sähköinen ohjaus voi olla vaikeaa...

P: Esimerkiksi teen nettiosastoja ja käytän Facebookia.

P: Käytän internetiä, mutta lähinnä vain sähköpostiin ja laskujen maksamiseen.

Potilaista osa mainitsi sen, että internetavusteinen ohjauksen käyttö vaatii neuvonnan etukäteen ja että myöntyvät tähän ohjausmuotoon, koska se on nykyaikaa. Lisäksi internetavusteisen ohjauksen tulee olla helppokäyttöistä. Internetistä löytyy kyllä hakukoneiden avulla ohjeita myös tekonivelleikkauspotilaille, mutta niiden etsiminen on potilaiden oman aktiivisuuden ja taidon varassa, koska internetavusteinen ohjaus ei kuulu osaston toimintamenetelmiin.

P: ...ja sitten sähköiseen ohjaukseen tulee olla kunnon ohjeet ja eikä se saa olla liian monimutkaista käyttöä.

H: ...[potilas] voi ehkä käyttää [Googlea] kotona, jos nyt [joku asia tekonivelleikkauksesta] mietityttää niin katsoo sieltä, mutta ei me ohjata potilaita käyttämään internetiä.

Hoitajat olivat epävarmoja siitä, miten internetavusteinen ohjaus vaikuttaisi heidän työhönsä. Kuitenkin toisaalta internetiä pidettiin nykyaikaisena ohjausmenetelmänä, joka mahdollistaisi sen, että potilas voisi tutustua ohjeisiin etukäteen. Internetavusteinen ohjaus voisi olla mukana koko prosessin ajan alkaen jo ennen leikkausta, jolloin sisäistäminen voisi olla helpompaa ja kuntoutus voisi tältä osin olla vähemmän epävarmaa.

H: On vaikea sanoa, miten sähköinen potilasohjaus vaikuttaisi hoitajan työmäärään.

H: No tietenkin, kun ajattelee että kun ollaan menossa [sähköiseen ohjaukseen] - ja nyky maailma on sitä sähköistä menetelmää, niin että potilas voisi jo ennalta tutustua, että polviproteesileikkauksen jälkeen tulee jälkitarkastus ja tulee särkylääkkeitä ja kipua [...] ja miten liikutaan sauvojen kanssa...

Vastauksista oli sekä luettavissa että myös pääteltävissä, että internetavusteinen ohjaus voisi ennen kaikkea tukea henkilökohtaista ohjausta, mutta ei korvata sitä. Sekä puhelinohjaus nykytilanteessa että internetavusteinen ohjaus tulevaisuuden mahdollisuutena auttavat potilaita, jotka ovat unohtaneet jotakin hoito-ohjeista tai hukanneet saamiaan monisteita. Ohjausmenetelmä tulisi olla potilaan valittavissa, jolloin potilaan ei tarvitse käyttää aikaa uuteen menetelmään, kuten internetavusteiseen ohjaukseen.

P: Jos tulee sähköistä ohjausta lisää, se on tervetullutta, mutta joka tapauksessa pitää olla perinteistä ohjausta.

P: Pidän internetiä hyvänä vaihtoehtona silloin, jos henkilökohtaista ohjausta ei ole tarjolla.

P: Pidän paperia parempana kuin nettiohjeita, koska ne tulevat paremmin luettua.

P: Minulle tietokone- ja internetavusteinen ohjaus olisi paras...

5.3 Kehittämiskohteen valinta

Hoitajien käsityksistä on ymmärrettävissä, että nykyinen potilaanohjaustapa ei ole aukoton. On paljon asioita, joita pitää käydä läpi ja muistaa. Jokainen potilas tuntuu olevan oma erikoistapauksensa ja siksi on haasteellista ohjata. Eräs hoitaja oli mielissään uudesta "rastiruutuun" -tavasta, joka on vasta tulossa. Tämän pitäisi varmistaa, että mitään ei unohdu ja että ohjaus on tasalaatuista.

Vastuu tuntui monen mielestä jäävän potilaalle itselleen asioihin perehtymisessä. Myös hätäisestä ohjauksesta hieman valitettiin. Tärkeää potilaille oli, että asiat käydään huolella yhdessä läpi. Kaiken kaikkiaan potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen ja kokivat saaneensa tarvitsemansa avun.

Potilaista monet - etenkin ne, jotka muutenkin käyttävät päivittäin nettiä - pitivät siitä ajatuksesta, että sähköistä ohjausta tulisi lisää. Samalla nämä henkilöt olivat huolissaan, kuinka huomioidaan ne, jotka eivät käytä nettiä. Osaksi tämän huolenaiheen sekä selkeyden

vuoksi halutaan pitää vielä rinnalla ja tarvittaessa kokonaankin paperinen ohjausmenetelmä. Paperiset ohjeet olivat jollakin kuitenkin menneet sekaisin vanhojen ohjeiden kanssa, ja tästä oli aiheutunut potilaalle sekaannusta. Potilaiden mielipiteiden perusteella internetavusteinen ohjaus toisi toisille potilaille lisää laatua ohjaukseen, mutta olisi taas toisille potilaille haasteellista tai kokonaan sopimatonta.

Tässä työssä lähtökohtana oli sähköisen ohjauksen kehittäminen. Sisällönanalyysin perusteella valittiin kehittämiskohteiksi sisällönanalyysiin perustuen erityisesti puhelinohjaus ja internet-ohjaus, sekä jossain määrin alkuperäisen lähtökohdan ulkopuolelta myös henkilökohtainen ohjaus (kuvio 2). Vuorovaikutukseen liittyvistä huomiosta osa pätee sekä puhelinohjaukseen että osastolla tapahtuvaan henkilökohtaiseen ohjaukseen.

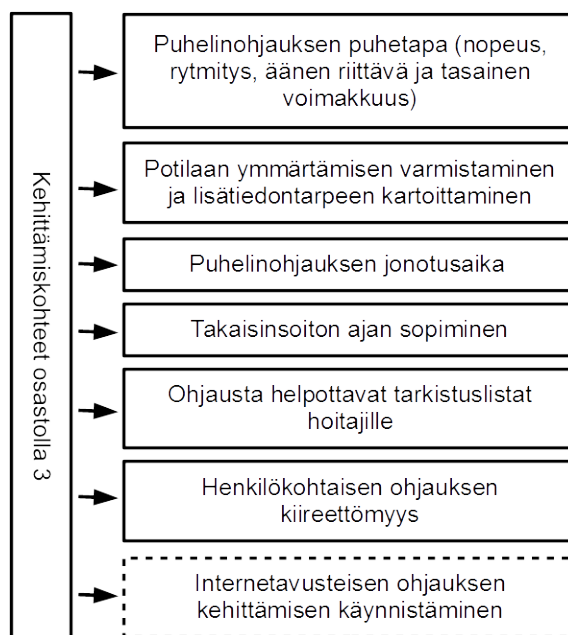
Tärkeimpiä kehittämiskohteita ovat puhelinohjauksen puhetapa ja ohjauksen kiireettömyys. Lisäksi internetavusteisen ohjauksen kehittämisen aloittaminen lienee ajankohtaista.

6 Uuden toiminnan rakentaminen ja uusi toimintatapa

Kehittämistoiminnan tavoitteena oli kehittää lonkkaleikkauksen jälkeistä sähköistä ohjausta. Osaston lähtökohdista käsin se tarkoittaa puhelinohjauksen kehittämistä sekä internetavusteisen ohjauksen kehittämisen mahdollista aloittamista.

Kehittämistoiminnan tuotoksena on tehty muistio osaston 3 sähköisen ohjauksen kehittämistoimintaa varten. Se löytyy liitteestä 5. Tuotoksessa käsitellään sekä puhelinohjauksen että internetavusteisen ohjauksen kehittämistä. Tuotos lähetettiin hoitajille.

6.1 Puhelinohjauksen kehittäminen



Kuvio 2: Kehittämiskohteet osastolla 3

Aineiston analyysissa esille tulleita ongelmia olivat jonottaminen puhelinohjaukseen, takaisinsoiton odottaminen ilman tietoa tarkemmasta ajasta, hoitajien puheen voimakkuus ja rytmi sekä se, ettei potilaalta tarkistettu aina huolellisesti, onko hänellä lisäkysymyksiä.

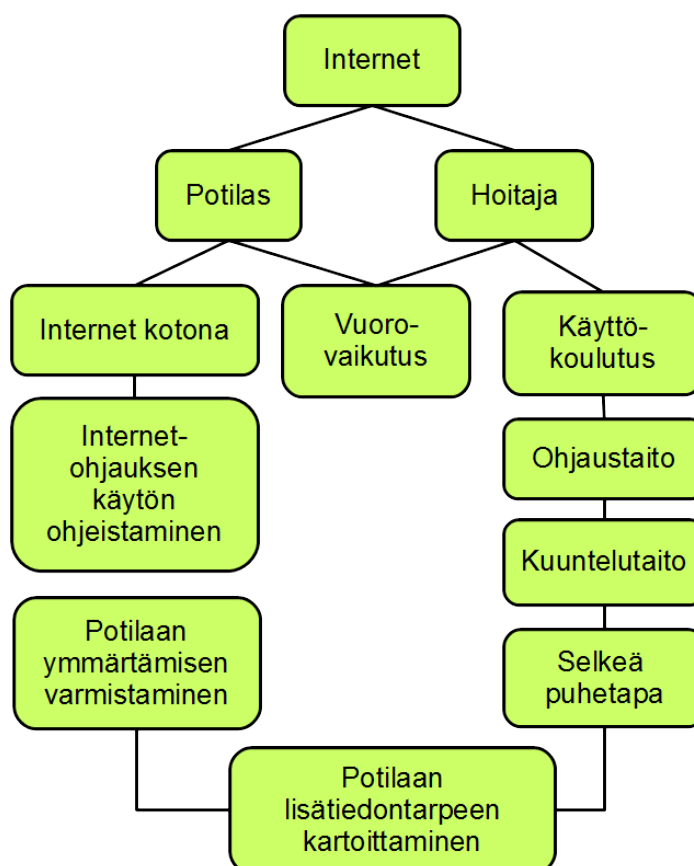
Jonotusaika voi olla ongelma joillekin potilaille. Tämän voisi välttää, jos puhelu kääntyisi toiseen puhelimeen. Potilas ei saa takaisin soitolle tarkkaa aikaa, vaan voi joutua odottamaan sitä epämääräisen ajan. Tuotoksessa ehdotetaan, että potilas saisi takaisin soittoaajan tunnin tarkkuudella. Hoitajien olisi hyvä kiinnittää huomiota riittävän suureen ja tasaiseen äänenvoimakkuuteen. Hoitajien tulee puhua riittävän hitaasti ja rytmittää puhetta niin, että potilaat ehtivät tehdä muistiinpanoja. Puhelun lopussa on tärkeää, että potilaalle annetaan mahdollisuus kysyä lisäkysymyksiä ja myös riittävästi aikaa miettiä, onko lisäkysymyksiä vai ei, koska kysymys ei välttämättä tule 1-2 sekunnissa mieleen.

6.2 Internetavusteisen ohjauksen kehittäminen

Ruotsissa tehdyssä pitkäaikaistutkimuksessa viiden vuoden aikana internetin käyttö terveystiedon hakuun lisääntyi selvästi alle 80-vuotiailla potilaille, mutta ei enää sen vanhemmilla. Siksi voidaan olettaa, että lähitulevaisuudessa ylivoimaisesti suurin osa potilaista myös käyttää internetiä sujuvasti. Hoitotyö lähtee nykyhetken potilaskunnan tarpeisiin vastaamisesta, mutta sen lisäksi on syytä rohkeasti ennakoida tulevaisuutta. (Lunnela 2011, 33.) Potilaiden haastatteluissa tuli esille, että internetavusteisen ohjauksen sisällön tulee olla riittävän helppotajuista, jotta kaikki potilaat pystyvät sitä käyttämään.

Internetavusteisen ohjauksen kehittämisessä on erityisesti huomioitava, että hoitajat saavat riittävän koulutuksen sen käyttöön, jotta he voivat antaa potilaille oikeat ja riittävät ohjeet (kuvio 3). (Kyngäs ym. 2007, 122.) Potilaiden haastatteluissa tuli myös esille, että internetissä olevien ohjeiden olisi hyvä olla riippumattomia siitä, millä laitteella niitä luetaan, koska monet käyttävät internetiä matkapuhelimen tai taulutietokoneen kautta, internetohjauksen tulisi sopia jokaiselle päätelaitteelle. Lisäksi muuta ohjausta tulee leikkauksen jälkeen olla tarjolla niillekin, jotka eivät käytä internetiä.

Kun potilaalle neuvotaan internetavusteisen ohjauksen käyttöä, neuvontatilanteeseen pätevät samat ohjaamisen periaatteet kuin muuhunkin potilasohjaukseen. Tulee tarkistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen sisällön ja onko hänellä kysyttävää. Neuvontatilanteeseen tulee olla varattu tarpeeksi aikaa. (Jylhä 2007, 36-44.)



Kuvio 3: Uuden toimintatavan elementit

6.3 Uuden toimintatavan kuvaus

Tämän opinnäytetyön tavoite on auttaa uuden toimintatavan luomisessa. Osastolla voidaan miettiä, mitä asioita lähdetään erityisesti kehittämään ja missä järjestyksessä. Sekä hoitajien että potilaiden haastattelut viittaavat siihen, että kun internetavusteista ohjausta kehitetään, sille sopivin rooli olisi muun ohjauksen tukeminen.

Internetin on jo useita vuosia sitten ennakoitu muuttavan merkittävästi terveydenhuollon toimintaa, koska internet auttaa sekä terveydenhuollon ammattilaisia työssään että potilaita itsehoidon toteutuksessa (STM 2003). Haastatteluaineiston analyysin mukaan internetavusteisen ohjauksen kehittäminen palvelisi kotiutuneita potilaita, koska internetissä voi käydä kellonajasta riippumatta (liite 4).

Internetavusteinen ohjaus sopii potilaille, joilla on internet käytössä ja jotka osaavat sitä käyttää. Sähköisen ohjauksen käyttöä tulee harkita siis potilaskohtaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 123).

6.4 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön

Kehittämishankkeet, jotka ovat lähellä organisaation perustoimintaa ja pureutuvat perustoituminnanpuutteisiin, herättävät eniten kiinnostusta. Johdon sitominen kehittämistyöhön edesauttaa kehittämisen tulosten juurtumista osaksi toimintaa. (Peltola & Vuorento 2007, 74-76, 83.)

Sähköisen ohjauksen juurruttaminen osaksi työpaikan käytäntöä käynnistyi toukokuun lopussa, kun tapasin hoitohenkilöstöä ensimmäistä kertaa. Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin sähköisen ohjauksen kehittämisestä. Hoitajien haastattelut olivat kesäkuussa. Hoitajat arvioivat tuotosta ja kehittämistoimintaa marras-joulukuun vaihteessa. Opinnäytetyö esitettiin osastolla tammikuussa.

7 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Kehittämistoiminnassa toimintaa arvioidaan mieluiten jatkuvasti (Toikko & Rantanen 2009, 66). Kehittämistoiminnan käyttökelpoisuutta voidaan arvioida sekä tulosten että prosessin näkökulmasta. Arvioinnissa olennaista on, kuinka sitä voidaan käyttää tavoitteiden tarkentamisessa. Kehittämistoiminnassa käyttökelpoisuus yleensä tarkoittaa kehittämisprosessissa syntyneen tuotoksen käyttökelpoisuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 125.)

Arvioinnissa on kunnioitettava organisaation, työyhteisön ja yksilön osaamista ja hiljaista tietoa. Ei siis tule olettaa, että ulkopuolelta voidaan noin vain tuoda jotain uutta ja velvoitettavaa työyhteisöön. Kunnioittava ja neuvotteleva ote sopii arviointiin. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 46.)

7.1 Arviointimenetelmät

Arvioinnin suunnittelussa valitaan ne näkökulmat, joista arviointia tehdään. Arvioinnin kohteina voi olla esimerkiksi asiakkaiden saama hyöty, työyhteisön toiminta, omistajien hyöty tai alueen menestys. Kun työyhteisö, opiskelija tai opettajat arvioivat kehittämistoimintaa, kyse on itsearviointista. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 46.)

Arvioinnissa tietoa voidaan kerätä useillakin erilaisilla menetelmillä. Voidaan käyttää numeerista arviointia, vapaamuotoisia vastauksia, käsitekarttoja ja muita menetelmiä. Olennaista on pyrkiä ymmärtämään, miksi tulokset saavutetaan tai miksi niitä ei saavuteta. Arvioinnissa tulosten hahmottamista helpottaa, kun käytetään sekä sanallista että numeraalista arviointia. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 47-48.)

Tässä opinnäytetyössä valittiin arviointitavaksi hoitajille annettava yksisivuinen lomake (liite 6), jossa oli sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Mukana oli myös tuotos (liite 5). Lomake pyrittiin tarkoituksella tekemään helposti ja nopeasti täytettäväksi. Tuotos ja arviointilomake lähetettiin osastonhoitajalle 21.11.2013 sillä toiveella varustettuna, että vastaukset saataisiin hoitajilta 4.12.2013. Arviointi tehtiin yhden kerran kehittämistoiminnan aikana.

7.2 Arvioinnin tulokset

Arviointilomakkeessa (liite 6) oli kolme kysymystä potilasohjauksen kehittämistoiminnasta sekä viimeisenä mahdollisuus vapaamuotoiseen palautteeseen kehittämistoiminnasta tuotoksesta.

Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan, auttaako tuotos kehittämään puhelinohjauksen toteutusta. Toisessa kysymyksessä kysyttiin, auttaako tuotos kehittämään internetavusteista toteutusta. Kolmas kysymys oli, auttaako tuotos kehittämään leikkauksen jälkeisen ohjauksen kokonaisuutta. Vastaukset oli mahdollista perustella. Lopuksi annettiin vielä tilaa vapaamuotoiselle palautteelle.

Palautteiden perusteella puhelinohjauksesta tulisi vastata yhden henkilön kokoaikaisesti, jolloin kaikkiin puheluihin ja soittopyyntöihin pystyttäisiin vastaamaan nopeammin. Tämä on kuitenkin nykyisillä resursseilla mahdotonta. Nyt tiedetään paremmin puhelinohjauksen kehittämiskohteita, joten näihin voidaan nyt panostaa resurssien mukaan. Tällöin asiakastytyväisyyskin todennäköisesti paranee.

Internetavusteinen ohjauksen kehittäminen on vielä alussa, joten kaikkiin mahdollisiin haasteisiin ei vielä osata täysin varautua. Monet asiat selviäisivät vasta käytännössä. Kuitenkin jo potilaiden haastatteluista avulla selvisi, että useimmat potilaat voisivat kokeilla internetavusteista ohjausta etenkin, jos saisivat siihen opastuksen ja sen käyttö olisi helppoa. Arvioinnin kommentit vahvistivat tätä käsitystä. Ikäihmisten kohdalla haasteita todennäköisesti olisi

eniten: heillä ei välttämättä ole taitoa tai välineitä tähän ohjaustyyppiin. Siksi rinnalla tulisi ainakin alussa olla monisteet ja muu perinteinen ohjaus, jotta kaikki potilaat saisivat heille kuuluvan ohjauksen ymmärrettävästi ja aiheuttamatta enempää stressiä heille.

Joku hoitajista arveli internetavusteisen ohjauksen toteutuksen olevan niin kallista, että se voisi viivästyttää toteutusta. Tämän asian jatkoselvittäminen jää osaston toimenpiteiden varaan.

Nyt tiedetään paremmin kehittämiskohteet leikkauksenjälkeisestä ohjauksesta. Nämä asiat huomioiden voidaan jälleen parantaa asiakaspalvelua kokonaisuutena, sillä pienetkin kehittämiskohteet, jotka ovat tulleet nyt esiin (esim. puhetapa puhelimessa), muokkaavat potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä palvelun laadusta. Isompia kehittämisen kohteita suunniteltaessa on hyvä huomioida nyt tuotoksesta saadut kommentit ja ajatukset. Esimerkiksi internetavusteisen ohjauksen kehittämisessä, joka on vuosia kestävä projekti. Siihen asti voi parantaa pienillä teoilla nykyistä toimintaa. Täytyy muistaa, että aina on kehittämiskohteita. Koskaan ei voi olla täydellistä toimintaa, mutta siihen tulisi kuitenkin pyrkiä.

Jatkotoimenpiteenä arvioinnista saadun palautteen perusteella tämän opinnäytetyön tekijän ehdotus on, että osastolla järjestetään sähköisen neuvonnan kehittämispäivä, johon sisältyy puhelinneuvonnan koulutusta ja internetavusteisen neuvonnan suunnittelua.

Lähteet

- Antila, P. 2005. Ilmaisu, Teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: AKATIIMI Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Harju, P. 2006. Sähköinen asiointi terveydenhuollon haasteena. Työntekijöiden kokemuksia puhelin- ja nettineuvonnasta. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- HUS 2013. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri Lohjan sairaala osasto 3 perehdytysopas 2013.
- Häggman-Laitila, A., Pietilä, A-M., Seppänen, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Video-ohjauksen edellytyksiä ja hyötyjä ehkäisevässä perhehoitotyössä. Tutkiva hoitotyö Vol.5, 12-15.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Väitöskirja. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta.
- Jylhä, V. 2007. Terveydenhuollon verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro gradu tutkielma. Kuopio yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Kirjapaino Oy.
- Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Tammi.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen Ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö Vol. 3, 3/2005, 27-29.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 6, nro 4, 10-15.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö 3 (2), 12-17.
- Nurminen. M - L. 2009. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOYpro Oy.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tanninen Salla & Koivula Anne 2007 Postoperatiivinen hoito. Teoksessa Mustajoki Marianne, Alila Anja, Matilainen Elina, Rasimus Mirja (toimi) 2007: Sairaanhoidajan käsikirja. Neljäs, uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Välämäki, M., Suhonen, R., Koivunen, M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. Hoitotiede Vol. 3/116-117.

Internet-lähteet

ACP 2008. American College of Physicians. Communicating with Patients Electronically (Via Telephone, Email, & Web Sites). Luettu 15.7.2013. http://www.acponline.org/running_practice/technology/comm_electronic.pdf

ATA 2011. American Telemedicine Association. Telehealth nursing fact sheet. Luettu 15.7.2013. http://www.americantelemed.org/docs/default-document-library/fact_sheet_final.pdf

Castrén, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Väitöskirja. Lääketieteen laitos. Tampereen yliopisto. Luettu 18.3.2013. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7519-1.pdf>

Kettunen, J., Häkkinen, A., Kangas, H., Multanen, J., Ulaska, M. & Virtapohja, H. 2009. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapia käytäntö. Suomen fysioterapeutit. Luettu 11.11.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001#s11

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT, Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita no 58. Luettu 8.9.2013. <http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>

Kontio, T., Kukkonen, J., Leiviskä, R., Leskinen, I., Murto, J., Mustonen, T., Nenonen, E., Orpana, H.-M., Pekkinen, N. & Törmä, A. 2006. Puhelinohjaus. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjauksmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Luettu 6.3.2013. http://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Koljonen, V. 2011. Palovamman leikkaus. Luettu 19.10.2013. [http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99832&p_haku=Palovamman%20leikkaus%202011;127\(20\):2139-47%20Virve%20Koljonen](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99832&p_haku=Palovamman%20leikkaus%202011;127(20):2139-47%20Virve%20Koljonen)

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Luettu 16.3.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Käypä hoito. 2007. Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054#s12_4

Käypä hoito 2011. Lonkkamurtuma. Käypä hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 7.9.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Luettu 7.8.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Luettu 7.8.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a559-1994>

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Luettu 8.7.2013. http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja. 4/2006. Luettu 8.9.2013. http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitoksen hoitotiede. Luettu 21.7.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>

Orringer, J., Fendrick, A., Trask, P., Bichakjian, C., Schwartz, J., Wang, T., Karimipour, D. & Johnson, T. 2005. The effects of a professionally produced videotape on education and anxiety/distress levels for patients with newly diagnosed melanoma: A randomized, prospective clinical trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol. 53/ 2 , s. 224-229. Luettu 12.7. 2013. [http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(05\)01095-9/abstract](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(05)01095-9/abstract)

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Luettu 28.3.2013. http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ja_kehitys/julkaisut/opetustyo_koulutus/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla_OraHyytiainen%20et%20al.pdf

Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Lääketieteellinen tiedekunta hoitotieteen laitoksen Pro Gradu -tutkielma. Tampere yliopisto. Luettu 15.9. 2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01622.pdf>

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistämispalvelujen kehittämishankkeista. *Kuntoutussäätiön Työselosteita* 33/2007. Luettu 22.10.2013. http://www.kuntoutussaaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf

Sairaala Orton. Polven tekonivelleikkaus lisää elämänlaatua. Luettu 27.12.2013. <http://www.sairaalaorton.fi/fi/sairaala-orton/vastaanotot/tekonivelkirurgia/polven-tekonivelleikkaus/>

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *TABU* 5/2006, 14. vuosikerta. Lääkelaitos. Luettu 21.10.2013. http://www.fimea.fi/download/16698_tabu_tabu52006.pdf

STM. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009.18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 16.04.2013. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1478007

STM. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003.33. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta 2004. Helsinki: Luettu 11.12.2013. <http://pre20090115.stm.fi/pr1075965105236/passthru.pdf>

Sun, G. 2012. The Digital Divide in Internet-Based Patient Education Materials. Julkaistu lehdessä *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 11/2012, vol 147. Luettu 17.11.2013. <http://oto.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/147/5/855.full>

Suomen Reumaliitto ry 2013. Lonkan tekonivelleikkaus. Luettu 9.12.2013. http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/lonkan_tekonivelleikkaus/

Tutkimuseettinen neuvottelukunta Helsinki 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Luettu 26.4.2013. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. 2.painos. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Luettu 3.11.2013. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_nettti_2.painos.pdf

Kuvat

Kuva 1: Juurruttaminen (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 27.).....	21
--	----

Kuviot

Kuvio 1: Kehittämistoiminnan eteneminen.....	26
Kuvio 2: Kehittämiskohteet osastolla 3.....	37
Kuvio 3: Uuden toimintatavan elementit.....	38

Taulukot

Taulukko 1: Aineiston luokittelu.....	38
---------------------------------------	----

Liitteet

Liite 1: Hoitajahaastattelujen teemarunko

Mitä potilasohjausmenetelmiä on tällä hetkellä käytössä tekonivelleikkauksen jälkeen?

- henkilökohtainen ohjaus
- monisteet
- äänikasetit
- videot
- puhelinneuvonta
- automaattinen puhelintalenne
- internet
- erillinen tietokoneohjelma jota potilas käyttää sairaalassa
- demonstraatio eli näyttäminen

Minkälaisia erilaisia kokemuksia Teillä on potilasohjaustilanteista tekonivelleikkauksen jälkeen?

Mitä potilasohjauksessa tulisi mielestänne kehittää?

Mitä haasteita kehittämisessä mielestänne voi olla odotettavissa?

Liite 2: Potilashaastattelujen teemarunko

Minkälaista ohjausta olette saanut tekonivelleikkauksen jälkeen?

- henkilökohtainen ohjaus
- monisteet
- äänikasetit
- videot
- puhelinneuvonta
- automaattinen puhelintalenne
- internet
- erillinen tietokoneohjelma jota potilas käyttää sairaalassa
- demonstraatio eli näyttäminen

Minkälaisia kokemuksia teillä on ohjauksesta?

Mitkä asiat askarruttivat tai huolestuttivat teitä omassa kuntoutumisessa ja arkielämässä leikkauksen jälkeen?

Mitä asioita ohjauksessa tulisi mielestänne kehittää?

Minkälainen ohjaus olisi teille kaikkein mieleisintä?

Kokisitteko luontevaksi jos osa ohjauksesta toteutetaan internetpalvelun tai erillisen sairaalassa käytettävän tietokoneohjelman kautta?

Liite 3: Hoitajahaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
On vaikea sanoa, miten sähköinen potilasohjaus vaikuttaisi hoitajan työmäärään. Äkkiseltään tuntuu, ettei se toisi helpotusta, mutta voi olla että jos sitä tarkemmin miettii niin sitten.	On vaikea tietää, helpottaisiko sähköinen potilasohjaus hoitajien työtä vai ei.	Epätietoisuus vaikutuksista hoitotyöhön	Epävarmuus-tekijät
H1:En osaa sanoa, helpottaisiko sähköisen ohjauksen lisääminen hoitajien työtä vai ei. H2: ... en tiedä helpottaako hoitajien tehtäviä.	On epätietoisuutta siitä, helpottaisiko sähköisen ohjauksen lisääminen hoitajien työtä.	Epätietoisuus vaikutuksista hoitotyöhön	Epävarmuus-tekijät
Uudet asiat ovat aina haasteellisia. Nykyaikana tekniikka kehittyy ja aina kun tulee uutta, se aiheuttaa jännitystä ja on haaste varsinkin ikäihmisille.	Uudet asiat ovat haasteellisia ja jännittäviä erityisesti ikäihmisille.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Epävarmuus-tekijät
Sähköisen ohjauksen toteuttaminen on haasteellista. Vanhuksille sähköinen ohjaus voi olla vaikeaa.	Sähköisen ohjauksen toteuttaminen on haasteellista. Vanhuksille sähköinen ohjaus voi olla vaikeaa.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Epävarmuus-tekijät
... tämmöisiä potilaitten mallikysymyksiä sinne, joihinka sitten vastattaisiin samantyyppisesti niin kuin tässä oli keskustelua silloin, kun me tavattiin ensimmäisen kerran, että jos on pölymuri rikki ja se ei toimi niin siellä on aina sitten se semmoinen että missä vika, että oletko tehnyt sitä, oletko tehnyt tätä, että vähän samantyyppisesti, tietenkin että huomioidaan se että tässä on potilas ja ihminen, että sillä tavalla kysymyksenasettelut on - että ei puhuta koneesta.	Potilaille voisi olla mallikysymyksiä, joiden avulla pystytään selvittämään, mistä ongelmat johtuvat.	Ohjauksen apumateriaali	Kehittämiskohteet
Proteesipotilaille lähtee etukäteen tietopaketti kotiin, jossa kerrotaan miten kauan sairaalassa ollaan, mutta kaikki ei lue tai muista sitä materiaalia kuitenkaan.	Proteesipotilaille lähtee etukäteen tietopaketti kotiin, mutta kaikki eivät tutustu siihen huolella.	Ohjauksen vastaanottaminen Muistaminen	Kehittämiskohteet
Asioita on paljon ja vaikka heräämössä on annettu ohjeita, ne unohtuvat kotona, ehkä jännityksenkin takia ja sitten soitellaan osastolle ja kysytään samoja asioita.	Vaikka potilaat saavat suullista ohjausta, niin tiedon määrän ja jännityksen takia ne unohtuvat ja potilas soittaa osastolle.	Muistaminen	Kehittämiskohteet
Potilaista suurin osa on iäkkäitä ja harvat heistä käyttävät tietokonetta. Tietenkin joi-tain nuorempiakin potilaita on seassa.	Suurin osa potilaista on iäkkäitä ja useimmat heistä eivät käytä tietokonetta.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Kehittämistoimintaa ohjaavat reunaehdot

Liite 3: Hoitajahaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
Videoiden ongelma saattaa olla iäkkäiden potilaiden kohdalla sama kuin netinkin, eli jos kotona ei olekaan videolaitteita.	Potilaalla ei välttämättä ole kotona videolaitteistoa.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Kehittämistoimintaa ohjaavat reunaehdot
No tietenkin, kun ajattelee että kun ollaan menossa [sähköiseen ohjaukseen]- ja nykymaailma on sitä sähköistä menetelmää, niin että potilas voisi jo ennalta tutustua, että polviproteesileikkauksen jälkeen tulee jälkitarkastus ja tulee särkylääkkeitä ja kipua - kipu kuuluu asiaan tietyillä kriteereillä - ja miten liikutaan sauvojen kanssa.	Sähköinen potilasohjaus mahdollistaisi sen, että potilas voisi paremmin ennalta varautua jälkitarkastukseen, kipuun, särkylääkkeiden käyttöön ja sauvoilla liikkumiseen.	Internet-ohjeet tukemassa hoitoketjua	Mahdollisuudet
...jos esimerkiksi sellainen kysymys tulee, että hänellä on [ongelma], että miten minä pääsen kotona suihkuun, että minulla on suihkukaappi, no jos suihkukaapin reunaan on kymmenen senttiä että astutte suihkukaappiin ja suihkutatte itsenne, ja tulette suihkukaapista pois, että samalla tavalla kun mentäisiin suihkuhuoneeseen tai näin. Elikkä semmoisia saattaa tulla, että osa jännittää sitä kotiin menoa niin että sitä niin kuin häviää se semmoinen tavallaan se käytännön [taju] että miten minä voin toimia, mikä on, miten minä suihkussa seison ja niin.	Potilaalla voi olla kotona suihkukaappi ja siksi suihkussa käynti voi aiheuttaa epätietoisuutta tai jännitystä omassa toiminnassa.	Potilaan itseluottamus Liikkuminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
No, osittain, suurimmalla osalla varmaan, ohjaustilanne sujuu ihan sillä lailla sujuvasti, ja potilas tekee kysymyksiä - ja niitä selvennetään jos ei ole ymmärtänyt - ja ymmärtää sen viestin, mutta on tietenkin joukossa siten potilaita, jotka... tuntuu että se viesti ei mene millään perille, että niitä asioita pitää kerrata moneen kertaan.	Henkilökohtainen ohjaustilanne sujuu useimmilla sujuvasti: potilaan kysymysten pohjalta asioita selvennetään ja potilas ymmärtää viestin, mutta on myös potilaita joiden kohdalla tuntuu, että viesti ei mene perille millään ja kertausta tarvitaan paljon.	Ymmärtäminen Muistaminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Esimerkiksi lääkkeitä on hankalaa potilaan hahmottaa, että miten esimerkiksi Panadolia ja Panacodia otetaan ja miten niiden kanssa pelataan. Että jos ollaan siirtymässä Panacodista Panadoliin, ne tarvitsevat sitten sitä Panacodia ja [myös] Panadolia - tällaisessa tapauksessa että [potilas] on Marevanin käyttäjä, että näillä Panacodeilla ja Panadoleilla pelataan - että kuinka paljon niitä sitten saa ottaa.	Potilaan voi olla hankalaa ymmärtää, miten useita samanaikaisia kipulääkkeitä käytetään oikein ja miten otetaan huomioon muiden lääkkeiden yhteisvaikutus.	Ymmärtäminen Kivunhoidon onnistuminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot

Liite 3: Hoitajahaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
No kyllä tuntuu sitten että sitten se menee, mutta että niitä täytyy [toteuttaa] sillä tavalla, että sinulla on sitten välineenä kynää ja paperia ja kirjoitat ja merkkäat ja suunnittelet sen potilaan kanssa sitä yhdessä, että ne [ohjeet] tulee ymmärretyksi.	Lääkeohjauksessa tarvitaan kynää ja paperia ja se pitää tehdä potilaan kanssa yhdessä, että potilas ymmärtää ohjeet.	Ymmärtäminen Ohjauksen kiireettömyys	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
... tällaisia potilaitten mallikysymyksiä sinne, joihinka sitten vastattaisiin samantyyppisesti niin kuin tässä oli keskustelua silloin, kun me tavattiin ensimmäisen kerran, että jos on pölymuri rikki ja se ei toimi niin siellä on aina sitten se semmoinen että missä vika, että oletko tehnyt sitä, oletko tehnyt tätä, että vähän samantyyppisesti, tietenkin että huomioidaan se että tässä on potilas ja ihminen, että sillä tavalla kysymyksenasettelut on - että ei puhuta koneesta.	Potilaille voisi olla mallikysymyksiä, joiden avulla pystytään selvittämään, mistä ongelmat johtuvat.	Potilaan kokonais-tilanteen hahmottaminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Suurin osa tarvitsee ohjeet paperille, että niitä voi käydä kotonakin läpi.	Suurin osa potilaista tarvitsee kirjalliset ohjeet, jotta niitä voi käydä kotonakin läpi.	Ohjeet paperilla	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Asioita on paljon ja vaikka heräämössä on annettu ohjeita, ne unohtuvat kotona, ehkä jännityksenkin takia ja sitten soitellaan osastolle ja kysytään samoja asioita.	Vaikka potilaat saavat suullista ohjausta, niin tiedon määrän ja jännityksen takia ne unohtuvat ja potilas soittaa osastolle.	Muistaminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Monesti on hyötyä jos potilaan mukana on omainen, jolle suulliset ohjeet voi antaa myös ja hän saattaa muistaa ne vaikka potilas unohtaisi.	On hyödyllistä jos potilaan mukana on omainen, jolle suulliset ohjeet voi myöskin antaa.	Muistaminen Potilaan omaisten osallistuttaminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Sitten että jos potilas soittaa... että me ilmoitetaan täältä tai sanotaan silloin kotiin lähtiessä, että tässä on osaston numero, että jos on jotain kysyttävää, lähinnä nyt haavanhoidon liittyen kysymyksiä, niin sitten saatte soittaa, mutta ei rajata sitä, että kaikenlaiset kysymykset tietenkin, lääkitykseen, jos mikä askarruttaa niin voi soittaa.	Potilaalle kerrotaan kotiutuksen yhteydessä, että voi soittaa osaston numeroon esimerkiksi haavanhoidosta, lääkityksestä tai muusta askarruttavasta.	Ohjauksesta tiedottaminen Puhelinneuvonta	(Ohjauksen nykykäytännöt)
Osa potilaista on omatoimisesti ottanut tietoa internetistä, he tietävät, mutta eivät tietenkään kaikki, ei varsinkaan nämä vanhemmat ihmiset.	Osa potilaista etsii itseään tietoa internetistä, mutta vanhemmat potilaat eivät.	Internet	(Ohjauksen nykykäytännöt)
Internetistä... ei meillä ole sellaista sivua mihin ohjataan, että potilas menkää sieltä tarkastamaan - varmaan jokainen itse tietää hakea Googlesta tietoa tekonivelistä ennen leikkaukseen tuloa, mutta että - ja voi ehkä käyttää kotona, jos nyt mietityttää niin katsoo sieltä, mutta ei me ohjata potilaita käyttämään internettiä.	Internetsivua ei ole käytössä eikä internetin käyttöön ohjata, mutta omatoimista tiedonhaku potilaat todennäköisesti harrastavat.	Internet	(Ohjauksen nykykäytännöt)

Liite 4: Potilashaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
Pidän paperia parempana kuin nettiohjeita, koska ne tulevat paremmin luettua.	Potilas koki, että monisteet ovat helpompikäyttöisiä kuin netti.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Epävarmuustekijät
Käytän internetiä ja tietokonetta, mutta mietin myös niitä jotka eivät osaa käyttää tietokonetta. En tiedä onko sähköinen ohjaus heille hyvä idea. Jos tulee sähköistä ohjausta lisää, se on tervetullutta, mutta joka tapauksessa pitää olla perinteistä ohjausta ja sitten sähköiseen ohjaukseen pitää olla kunnan ohjeet ja se ei saa olla liian monimutkaista käyttää. Internet on nykyaikaa, ja uutta pitää vaan yrittää oppia.	Potilas käyttää internetiä ja tietokonetta, mutta pohtii niiden tilannetta, jotka eivät osaa käyttää tietokonetta. Hän tiedä onko sähköinen ohjaus heille hyvä idea. Jos tulee sähköistä ohjausta lisää, se on tervetullutta, mutta joka tapauksessa pitää olla perinteistä ohjausta ja sitten sähköiseen ohjaukseen tulee olla kunnan ohjeet ja eikä se saa olla liian monimutkaista käyttää. Internet on kuitenkin nykyaikaa.	Potilaiden sopeutuminen uuteen teknologiaan	Epävarmuustekijät
Kipuun liittyvä ohjaus oli kaikkein mieleisintä eli miten saada lievitystä kipuun.	Potilas koki kipuun liittyvän ohjauksen kaikkien tärkeimmäksi itselleen.	Kivunhoidon ohjaaminen	Huomioid ohjauksen sisältöpainotuksista
Minulle ohjauksen tärkeintä sisältöä olivat voimisteluliikkeet.	Potilaan ohjauksen tärkeimpänä sisältönä olivat voimisteluliikkeet.	Voimisteluliikkeiden ohjaaminen	Huomioid ohjauksen sisältöpainotuksista
Ohjaus oli liian kiireistä, joten en saanut kaikesta selvää ja kun kotiuduun oli osa asioista epäselviä, koska en ehtinyt kysyä monia kysymyksiä, joita minulla oli.	Henkilökohtainen ohjaustilanne oli kiireinen, joten siinä ei ehtinyt kysyä kaikkea halumaansa ja osa asioista jäi sen takia epäselviksi.	Ohjauksen kiireettömyys Mahdollisuus kysyä	Kehittämiskohteet
Puhelinneuvonnan kanssa oli jonkin verran vaikeuksia. En meinannut saada kiinni aluksi puhelimella, joten lopulta jätin soittopyynnön. Minulle soitettiin, mutta myöhempään kuin olisin toivonut. Asia kerrottiin puhelimessa muuten hyvin, mutta melko nopeasti, joten oli vaikeaa tehdä muistiinpanoja asiasta samalla.	Potilaan kohdalla puhelinneuvonnan käynnistyminen viivästyi, koska se alkoi vasta soittopyyntöön vastattaessa. Asia kerrottiin muuten hyvin, mutta liian nopeasti, koska muistiinpanojen tekeminen oli vaikeaa.	Puhelinohjauksen vasteaika Puhelinohjauksen rytmittäminen Tiedon välittämisen tarkistaminen	Kehittämiskohteet
Hoitaja puhui aluksi normaalilla voimakkuudella puhelimessa, mutta alkoi sitten puhua hiljempaa, ja minun piti painaa korva puhelimeen että kuulisin. Toivottavasti hoitavat voisivat tarkistaa aina, kuuluuko hyvin.	Hoitajan äänenvoimakkuus vaihteli ja välillä oli hankala kuulla.	Tasainen äänenvoimakkuus	Kehittämiskohteet

Liite 4: Potilashaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
Toivoin että olisi saanut hiukan enemmän ohjausta kotiutumisasiässä. Ohjaus tuntui pintapuoliselta ja kiireiseltä ja toivoin että olisi saanut hiukan enemmän aikaa. Aikataulu oli vaikuttanut tiukalta silloin kun ohjausta tehtiin ja en ehtinyt kysyä kaikkia kysymyksiä. Moni asia jäi askarruttamaan.	Potilas toivoi että ohjaustilanne olisi ollut kiireettömämpi ja hänellä olisi ollut enemmän aikaa kysyä mieltään askartuttavia kysymyksiä.	Ohjauksen kiireettömyys Mahdollisuus kysyä	Kehittämiskohteet
En osaa sanoa, olisiko puhelintalenne hyvä idea vai ei, koska jos on puhelintalenne, ei voi kysyä vapaasti mitä haluaa. Minusta nykyinen puhelinneuvonta on hyvä, mutta parannettavaa on siinä, että aina ei saa kiinni ja voi joutua jättämään soittopyynnön ja odottamaan takaisinsoittoa ja sitten oma arki on vähän sekaisin, koska ei tiedä, mihin aikaan soitetaan ja pitää olla puhelin mukana. Välillä myös hoitajille tuntuu olevan kiire puhelimesta ja he puhuvat liian nopeasti. Pitäisi puhua hitaammin ja olla enemmän aikaa.	Puhelinneuvonnassa parannettavaa on kiinnisaaminen ja se, että takaisinsoittoa voi joutua odottamaan ja oma arki on sekaisin. Lisäksi hoitajilla tuntuu olevan liian kiire ja puhuvat nopeasti.	Puhelinneuvonnan vasteaika Puhelinneuvonnan kiireettömyys	Kehittämiskohteet
Puhelimesta ei kysytty minulta, onko kysymyksiä tai ymmärsinkö kaiken. Kun vielä mietin mitä kysyisin, hoitaja sanoikin kiitoksia, palataan asiaan. Ihmettelin että mitä palataan.	Potilaalta ei tarkistettu, ymmärsinkö hän kaiken tai onko lisäkysymyksiä.	Puhelinneuvonnan kiireettömyys	Kehittämiskohteet
Nettiohjeisiin pääseminen pitää neuvoa kunnolla.	Nettiohjauksen käyttäminen vaatii asianmukaiset ohjeet etukäteen.	internetavusteisen ohjauksen käyttöpastus	Kehittämistoimintaa ohjaavat reunaehdot
... ja sitten sähköiseen ohjaukseen pitää olla kunnan ohjeet ja se ei saa olla liian monimutkaista käyttöä.	... sitten sähköiseen ohjaukseen tulee olla kunnan ohjeet ja eikä se saa olla liian	Internetavusteisen ohjauksen käyttöpastus	Kehittämistoimintaa ohjaavat reunaehdot
Minulle tietokone- ja internetavusteinen ohjaus olisi paras, koska osaan käyttää aika hyvin tietokonetta. Esimerkiksi teen nettiosastoja ja käytän Facebookia. Siksi minun on helppo opetella uusia nettipalveluita jos vain saan kunnolliset ohjeet.	Nettiä ja tietokonetta käyttävälle potilaalle nettivälitteinen ohjaus sopii, jos siihen on kunnolliset ohjeet.	internetavusteisen ohjauksen saatavuus	Mahdollisuudet
Sähköinen ohjaus sopii hyvin osaksi ohjausta leikkauksen jälkeen, jos potilaalle ennen kotiutumista annetaan riittävästi henkilökohtaista ohjausta ja hän saa harjoitella esimerkiksi liikkumista hoitajien kanssa.	Sähköinen ohjaus tukee henkilökohtaista ohjausta, jota potilas saa ennen kotiutumista.	internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta	Mahdollisuudet
Pidän internetiä hyvänä vaihtoehtona silloin, jos henkilökohtaista ohjausta ei ole tarjolla. Itse en ole kaivannut muuta ohjausta ja henkilökohtainen ohjaus on minulle mieluisin. Koen sen helpoksi. Internetiä käytän muuten kyllä.	Potilas pitää internetiä hyvänä vaihtoehtona, jos henkilökohtaista ohjausta ei ole tarjolla. Henkilökohtainen ohjaus riitti hyvin potilaalle.	internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta	Mahdollisuudet

Liite 4: Potilashaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
En käytä internetiä. Silti pidän ajatusta hyvänä niille, joilla on tietokone kotona.	Potilas ei käytä internetiä mutta pitää ajatusta hyvänä niille, joilla on tietokone kotona.	internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta	Mahdollisuudet
P1: Käytän internetiä. P2: Käytän internetiä, mutta lähinnä vain sähköpostiin ja laskujen maksamiseen. P3: En käytä internetiä lainkaan. P4: Käytän internetiä, esimerkiksi nettikauppoja ja Facebookia. P5: Käytän internetiä ja tietokonetta, mutta mietin myös niitä jotka eivät osaa käyttää tietokonetta.	Viidestä haastattelusta potilaasta neljä käyttää internetiä.	Internetin käytön yleistyminen	Mahdollisuudet
Käytän internetiä ja tietokonetta, mutta mietin myös niitä jotka eivät osaa käyttää tietokonetta. En tiedä onko sähköinen ohjaus heille hyvä idea. Jos tulee sähköistä ohjausta lisää, se on tervetullutta, mutta joka tapauksessa pitää olla perinteistä ohjausta ja sitten sähköiseen ohjaukseen pitää olla kunnan ohjeet ja se ei saa olla liian monimutkaista käyttää. Internet on nykyaikaa, ja uutta pitää vaan yrittää oppia.	Potilas käyttää internetiä ja tietokonetta, mutta pohtii niiden tilannetta, jotka eivät osaa käyttää tietokonetta. Hän tiedä onko sähköinen ohjaus heille hyvä idea. Jos tulee sähköistä ohjausta lisää, se on tervetullutta, mutta joka tapauksessa pitää olla perinteistä ohjausta ja sitten sähköiseen ohjaukseen tulee olla kunnan ohjeet ja eikä se saa olla liian monimutkaista käyttää. Internet on kuitenkin nykyaikaa.	Internetavusteinen ohjaus tukemassa muuta ohjausta	Mahdollisuudet
Käytän nettiä myös kännykän kautta. Siksi netti on aina minulle saatavilla, kun taas paperit saattavat unohtua. Esimerkiksi menen sukulaisille kylään ja paperit jäävät toiseen käsilaukkuun, naisethan vaihtavat usein käsilaukkuja.	Potilas käyttää internetiä myös kännykän kautta. Siksi netti on aina hänelle saatavilla, kun taas paperit saattavat unohtua matkasta.	internetavusteisen ohjauksen saatavuus	Mahdollisuudet
Ohjaus oli liian kiireistä, joten en saanut kaikesta selvää ja kun kotiuduin oli osa asioista epäselviä, koska en ehtinyt kysyä monia kysymyksiä, joita minulla oli.	Henkilökohtainen ohjaustilanne oli kiireinen, joten siinä ei ehtinyt kysyä kaikkea halua maansa ja osa asioista jäi sen takia epäselviksi.	Ohjauksen kiireettömyys Muistaminen Mahdollisuus kysyä	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Olisi hyvä että potilaalle olisi tarpeeksi aikaa ennen kotiutusta, koska pitää varmistaa, että kotiutuva potilas on ehtinyt saada kaiken tiedon, mikä hänelle on tarpeellista kotona.	Potilaan mielestä on tärkeää että potilaalle on tarpeeksi aikaa ennen kotiutusta, koska pitää varmistaa, että kotiutuva potilas on ehtinyt saada kaiken tiedon, mikä hänelle on tarpeellista kotona.	Ohjauksen kiireettömyys	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot

Liite 4: Potilashaastattelujen analyysi

Alkup. ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka/-luokat	Yläluokka/-luokat
Monisteiden kanssa minulla kävi niin, että aiemmat ohjeet ja uudet ohjeet meinasivat mennä kotona sekaisin, mutta onneksi omaisen auttoi löytämään oikeat ohjeet.	Potilaalla eri tilanteissa annetut monisteet menivät kotona sekaisin, mutta omaisen auttoi tunnistamaan oikeat.	Tiedon oikeellisuus Potilaan omaisten osallistuttaminen	Ohjauksen onnistumisen reunaehdot
Kipuja oli hyvin vähän, tabletit riittivät, en tarvinnut muuta kipuun liittyvää ohjausta	Kipuja oli potilaalla hyvin vähän ja niihin kipulääkkeet riittivät ilman muuta ohjausta.	Kivunhoidon ohjaaminen	Vahvuudet
Kivunhoidon osalta ohjaus oli hyvää ja selvää.	Potilaan kohdalla kivunhoidon ohjaus oli hyvää ja selvää.	Kivunhoidon ohjaaminen	Vahvuudet
Sain henkilökohtaista ohjausta ja ohjeita monisteina. Monisteita oli helppo ymmärtää ja suulliset ohjeet olivat riittäviä...Mitkään asiat eivät askarruttaneet minua erityisesti leikkausten jälkeen. Sain hyvää - täydellistä - palvelua enkä löydä erityistä kehitettävää.	Potilas sai henkilökohtaista ohjausta ja monisteita. Monisteet olivat helppotajuisia ja suulliset ohjeet riittäviä. Mikään ei jäänyt erityisesti askarruttamaan leikkauksen jälkeen. Potilas oli palveluun täysin tyytyväinen.	Henkilökohdainen ohjaaminen	Vahvuudet

Liite 5: Kehittämistoiminnan tuotos

Puhelinohjauksen kehittäminen

Jonotuksen vähentäminen, esimerkiksi kaksi puhelinta käytössä

- Numero yhdistyy toiseen puhelimeen, jos pääpuhelin on varattu ja menee vastaajaan vasta sitten jos sekin on varattu tai siihen ei vastata.

Takaisinsoitolla määritelty aika, esim. tunnin tarkkuudella

- Tällöin potilaan päivä ei mene odottamiseen

Hoitajalla tasainen kuuluva äänenvoimakkuus

- Varsinkin iäkkäillä ihmisillä kuulo on usein muutenkin heikentynyt

Hoitajalla rauhallinen, selkeä puherytmi

- Ymmärtämisen tukeminen
- Muistiinpanojen tekeminen mahdollista

Potilaalla lopuksi aikaa miettiä ja kysyä lisäkysymyksiä

- Kysymykset eivät aina tule mieleen parissa sekunnissa
- Ymmärtämisen varmistaminen

Liite 5: Kehittämistoiminnan tuotos

Internetavusteisen ohjauksen kehittäminen

Internetin käyttö lisääntyy jatkuvasti ja myös merkittävä osa ikäihmisistä käyttää internetiä. Siksi voidaan olettaa, että lähitulevaisuudessa ylivoimaisesti suurin osa potilaista myös käyttää internetiä sujuvasti. Hoitotyö lähtee nykyhetken potilaskunnan tarpeisiin vastaamisesta, mutta sen lisäksi on syytä rohkeasti ennakoida tulevaisuutta.

Internetavusteinen ohjaus merkitsee yksinkertaisimmillaan internetissä olevaa julkista dokumenttia joka on sama kaikille, ja toisessa ääripäässä potilaan sisäänkirjautumista vaativaa ekstranetjärjestelmää, jossa jokaisella potilaalla on saatavilla henkilökohtaisia potilasohjeita.

Jos sähköistä ohjausta kehitetään varsinkin ekstranetin suuntaan, on erityisesti huomioitava, että hoitajat saavat riittävän koulutuksen sen käyttöön jotta hän voi antaa potilaalle oikeat ja riittävät ohjeet.

Koska monet käyttävät nykyään internetiä älypuhelimien tai tablet-tietokoneiden kautta, internetohjauksen olisi hyvä olla sopivaa jokaiselle päätelaitteelle.

Liite 6: Arviointilomake

Kehittämistoiminnan arviointikaavake

Hyvä hoitohenkilökunta

Pyydän Teitä arvioimaan oman käsityksenne mukaisesti kehittämistoiminnan tuotosta, joka on tullut teille. Tarkoituksena oli kehittää lonkkaleikkauksen jälkeistä sähköistä ohjausta.

1) Auttaako tuotos kehittämään puhelinohjauksen toteutusta?

- 1 = auttaa
- 2 = en osaa sanoa
- 3 = ei auta

Mahdollisuus perustella: _____

2) Auttaako tuotos kehittämään internetavusteista ohjausta?

- 1 = auttaa
- 2 = en osaa sanoa
- 3 = ei auta

Mahdollisuus perustella: _____

3) Auttaako tuotos kehittämään leikkauksen jälkeistä ohjausta kokonaisuutena?

- 1 = auttaa
- 2 = en osaa sanoa
- 3 = ei auta

Mahdollisuus perustella: _____

4) Muuta palautetta:

Kiitos palautteesta ja osallistumisesta opinnäytetyöhön!

ystävällisin terveisin
sairaanhoitajaopiskelija
Happines Pulkkinen
Laurea Lohja