

Aino Haapio

Inka Sivill

SELKÄLEIKKAUSPOTILAAN PRE- JA POSTOPERATIIVINEN OHJAUS Kuntoutus ja Leiko-näkökulma

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitajakoulutus

2024



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

| | |
|-----------------|--|
| Tutkintonimike | Sairaanhoitaja (AMK) |
| Tekijä/Tekijät | Aino Haapio, Inka Sivill |
| Työn nimi | Selkäleikkauspotilaan pre- ja postoperatiivinen ohjaus, kuntoutus ja Leiko-näkökulma |
| Toimeksiantaja | Kymenlaakson hyvinvointialue |
| Vuosi | 2024 |
| Sivut | 29 sivua, liitteitä 4 sivua |
| Työn ohjaaja(t) | Sari Engelhardt |

TIIVISTELMÄ

Selkäkipujen- ja sairauksien takia Suomessa on paljon työikäisiä ihmisiä työkyvyttömyyseläkkeellä. Sairauspäivärahat aiheuttavat Suomelle suuria kustannuksia ja selkäsairaudet ovat yksi suurimpia kustannuksien aiheuttajia. Selkäkivut johtuvat usein esimerkiksi lihasten jännittymisestä, huonoista elintavoista, vähäisestä liikunnasta tai fyysisestä kuormittavasta työstä. Selkäkipuja yritetään usein parantaa fysioterapialla ja elämäntapamuutoksella mutta toisinaan selkäleikkaus on ainoa vaihtoehto. Selkäleikkauspotilaiden toipumista koitetaan edistää hyvällä pre- ja postoperatiivisella ohjauksella. Tavoitteena on saada potilaista taas kivuttomia ja mahdollisesti työkykyisiä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjausvideot Kymenlaakson hyvinvointialueen Leiko-yksikölle (leikkaukseen kotoa -yksikkö). Tavoitteena on, että Leiko-yksikkö voi käyttää videoita selkäleikkauspotilaiden ohjauksessa.

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistutkimuksena, jonka tueksi tehtiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkimuskysymys, johon etsittiin vastausta oli: miten ohjata potilasta selkäleikkauksen jälkeen? Tutkimuksia mukaan valikoitui kuusi, joista viisi oli suomenkielisiä ja yksi englanninkielinen. Nämä kaikki olivat vuotta 2012 uudempia sekä vähintään ylemmän ammattikorkeakoulun tasoisia. Tutkimusaineiston analysointi toteutettiin teemoitteluna.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että potilaat kaipaavat ohjausta useammassa eri muodossa, kuten kirjallisena ja suullisena. Ohjaustilanteen tulisi olla rauhallinen ja keskeytyksetön sekä ohjausta tulisi antaa useammalla eri kerralla. Hoitajat toivoivat ohjauksen tueksi erilaisia ohjausmateriaaleja kuten ohjausvideota, demonstraatiövälaineitä sekä potilasohjeita. Varhainen preoperatiivinen ohjaus myös edistää leikkauksesta toipumista. Leikkaustuloksiin vaikuttavia tekijöitä olivat kipulääkityksen käyttäminen ennen leikkausta sekä tupakoimattomuus. Tutkimuksista kävi myös ilmi, että usein ohjausta annetaan liian aikaisin operaation jälkeen. Liian aikaisesta ohjaamisesta potilaille ei jää mitään mieleen tai asiat muistetaan väärin. Jatkotutkimuksena voisi tutkia, miten potilaat kokevat ohjausvideot ohjaustilanteessa ja onko niistä hyötyä.

Asiasanat: potilas, selkä, leikkaus, leikkauksekelpoisuuden arviointi, postoperatiivinen hoito, potilasohjaus, kuntoutus

| | |
|------------------|---|
| Degree title | Bachelor of Health Care |
| Author (authors) | Aino Haapio, Inka Sivill |
| Thesis title | Pre and postoperative guidance for back operation patients, rehabilitation and Leiko aspect |
| Commissioned by | Kymenlaakso wellbeing services county |
| Time | 2024 |
| Pages | 29 pages, 4 pages of appendices |
| Supervisor | Sari Engelhardt |

ABSTRACT

Due to back pain and illnesses, many working-aged people are on a disability pension in Finland. Sickness allowances make big costs for Finland and one of the biggest causes of cost are back diseases. Back pain is often caused for example by muscular tension, a bad lifestyle, too little exercise or physically demanding work. Back pain is often treated with physiotherapy and lifestyle changes. Sometimes back operation is the only option. The aim is to promote the recovery of back operation patients with good pre- and post-operative guidance. The goal is to make patients painless again and possibly able to work.

The purpose of this thesis is to research the pre- and postoperative guidance of back operation patients. The goal of the investigation is to produce instructional videos for the Leiko –unit (surgery from home unit) of the Kymenlaakso wellbeing services county. The aim is that the surgery unit can use the videos to guide back operation patients.

The thesis was implemented as a development study, which was supported by a descriptive literature review. The research question was: how to guide the patient after a back operation? Six studies were selected for the literature review, of which five were in Finnish and one in English. All of those were published after the year 2012 and the studies had been conducted at least at the Master's level of university of applied sciences. The chosen materials was analysed by thematic content analysis

The research results show that patients need guidance in several different forms, such as written and oral. The guidance situation should be calm and uninterrupted, guidance should also be given several times. The nurses wished for different sorts of guidance material to support the guidance, such as guidance videos, demonstration tools and patient instructions. Early pre-operative guidance also promotes recovery from the operation. Factors affecting the operation results were the use of pain medication before operation and not smoking. The studies also revealed that guidance is often given too soon after the operation. Due to guidance given too early, patients do not remember the important facts, or the things are remembered incorrectly. As a follow-up study, we could examine how patients experience guidance videos in a guidance situation and whether they are useful.

Keywords: patient, back, operation, preoperative, postoperative, patient guidance, rehabilitation

SISÄLLYS

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | KEHITTÄMISTEHTÄVÄ OPINNÄYTETYÖNÄ JA YHTEISTYÖTAHO | 6 |
| 3 | SELKÄLEIKKAUSPOTILAS | 6 |
| 3.1 | Esitiedot ja kliininen tutkimus..... | 7 |
| 3.2 | Kuvantaminen..... | 8 |
| 3.3 | Leikkaushoito..... | 8 |
| 4 | PREOPERATIIVINEN VAIHE..... | 9 |
| 5 | POSTOPERATIIVINEN VAIHE..... | 11 |
| 5.1 | Kivun arviointi | 11 |
| 5.2 | Kivunhoito..... | 12 |
| 5.3 | Kuntoutus | 13 |
| 6 | POTILASOHJAUS..... | 13 |
| 6.1 | Asiakaslähtöisyys terveystaloudissa | 14 |
| 6.2 | Potilasohjausmenetelmät..... | 15 |
| 7 | TUTKIMUSMENETELMÄ KEHITTÄMISTYÖN TUKENA | 16 |
| 7.1 | Tiedonhaku..... | 17 |
| 7.2 | Aineiston analysointi | 18 |
| 7.3 | Tulokset | 18 |
| 8 | KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS..... | 20 |
| 9 | POHDINTA | 21 |
| | LÄHTEET..... | 23 |

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Ohjausvideoiden käsikirjoitukset

1 JOHDANTO

Huonoilla elämäntavoilla, kuten vähäisellä liikunnalla, lihavuudella ja tupakoinnilla saattaa olla vaikutusta selkäkipujen lisääntymiselle. Fyysinen kuormittava työ, stressi ja mahdollinen tyytymättömyys omaan työhön ovat syitä selkävai-voihin. 2012 vuonna sairauspäiväraha päiviä oli Suomessa yli 2,1 miljoonaa vain selkäkipujen ja selkäsairauksien takia ja ne aiheuttivat 119,8 miljoonan euron kustannukset. Samana vuonna 26 600 ihmistä oli työkyvyttömyyseläkkeellä selkäsairauksien takia ja tästä kustannukset olivat 346,6 miljoonaa euroa. (Alaselkäkipu 2017.) Selkäkipu tuo siis paljon kustannuksia Suomelle ja on hyvin yleinen syy jäädä sairauslomalle tai työkyvyttömyyseläkkeelle.

Joka kolmas suomalainen työkäinen on kokenut selkäkipua viimeisen kuukauden aikana. Lääkärissä vuoden aikana selkävun takia on käynyt joka kymmenes. Tavallisimmin selkävun syyt ovat lihasperäisiä, mutta hoitoa vaativia syitä esiintyy myös, kuten välilevytyrät tai selkäydinkanavan ahtautuminen. Selkäongelmia voidaan välttää keskittymällä välttämään tupakointia, ylipainoa sekä pitkiä ajomatkoja. On myös tärkeää kiinnittää huomiota nosto-asetoihin ja harrastaa kuntoliikuntaa. (Selkäkipu 2022.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausvideoita selkäleikkauspotilaiden ja heidän omaistensa ohjaukseen. Aihe valikoitui, koska aihe on kiinnostava ja ajankohtainen. Potilaiden ohjauksen tarkastelu ja kehittäminen on aina ajankohtaista. Potilaiden ohjaus Leiko-näkökulmasta (leikkauksesta kotiin -yksikkö) on ajankohtaista erityisesti, kun leikkausjonot ovat pitkiä ja niitä halutaan purkaa. Leiko-toiminnan avulla leikkausjonojen purkaminen tehostuu, kun osa potilaista tulee leikkaukseen suoraan kotoa ja leikkauksen jälkeinen sairaalassa olo aika lyhenee merkittävästi. Lyhyempi sairaalassa olo aika mahdollistaa useampien potilaiden leikkaamisen ja lyhentää jonoja. Opinnäytetyössä tutkitaan ohjauksen merkitystä potilaiden kuntoutuksessa ja Leiko-toiminnassa. Aihe rajataan koskemaan leikkauspotilaiden ohjausta kuntoutuksen ja Leiko-toiminnan näkökulmista.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ OPINNÄYTETYÖNÄ JA YHTEISTYÖTAHO

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistehtävänä. Kehittämistutkimuksen tavoitteena on aina kehittää jostakin ilmiöstä, prosessista tai asiantilasta parempi. Tutkimukselle tyypillistä on, että aiheet usein tulevat työelämästä tai kirjoittajan mahdollisesta työ- tai harjoittelupaikasta, eli aiheet ovat usein ammattisidonnaisia. Kehittämistutkimuksessa voidaan käyttää useampaa eri tutkimusmenetelmää, jotka valitaan kehittämiskohteen ja tilanteen mukaan. Tutkimusmenetelmiä ovat kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen eli laadullinen ja määrällinen. Kehittämistutkimuksen rinnalla on usein kirjallisuuskatsaus, eli kehittämistutkimus pohjautuu aina teoriaan. (Kananen 2012, 13–31.)

Kehittämistyön prosessi alkaa aina tutustumisella ilmiöön ja sen teoriaan perehtymisellä. Tämän jälkeen tulee määrittää tutkimuksen ongelma, joka usein voidaan kääntää tutkimuskysymykseksi. Tarkoituksena on saada ratkaisu tutkimuskysymykseen ja soveltaa saatua ratkaisua johonkin toimintaympäristöön. (Kananen 2012, 52–63.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda potilasohjausvideoita, teoria ja tutkimustiedon pohjalta Leiko-yksikön potilaiden käyttöön. Videoilla ohjataan erityisesti potilasta, mutta myös potilaan omaisia leikkauksen jälkeisessä liikkumisessa ja kivunhoidossa. Ohjaus aloitetaan jo ennen leikkausta videoiden avulla. Kehittämistyö on Kymenlaakson hyvinvointialueen Leiko-yksikön tilaama. Leiko-yksikkö on leikkaukseen kotoa -yksikkö. Kymenlaakson keskussairaalassa sijaitsevassa yksikössä suoritetaan suunniteltuja leikkauksia, joihin potilaat valmistautuvat sairaalasta saatujen suullisten ja kirjallisten ohjeiden avulla. Suuri osa yksikön leikkauksista toteutetaan päiväkirurgisesti eli potilaat pääsevät leikkauspäivänä kotiin. (Kymenlaakson hyvinvointialue 2023.) Ohjausvideoiden tavoitteena on, että Leiko-yksikkö pystyy käyttämään niitä potilaita ohjatessaan ennen ja jälkeen toimenpiteen. Tavoitteena on myös, että potilailla jäisi videoiden katselun jälkeen käsitys mahdollisista liikeratartoituksista ja kivun hoidosta.

3 SELKÄLEIKKAUSPOTILAS

Huonoilla elämäntavoilla, kuten vähäisellä liikunnalla, lihavuudella ja tupakoinnilla saattaa olla vaikutusta selkäkipujen lisääntymiselle. Fyysinen kuormittava

työ, stressi ja mahdollinen tyytymättömyys omaan työhön ovat syitä selkävaivoihin. (Alaselkäkipu 2017.) Usein selkäkipu kohdistuu alaselän alueelle ja tällöin kipu usein johtuu lihasten jännittymisestä, jota voi edesauttaa selkänikamien rappeumat ja kulumat (Selkäkipu 2022). Selkäpotilaat jaetaan kolmeen eri ryhmään oireiden keston perusteella. Ryhmät ovat akuutti eli lyhyt kestoinen selkäkipu, jonka kesto on alle kuusi viikkoa, subakuutti eli pitkittyvä selkäkipu, jonka kesto on 6–12 viikkoa ja krooninen eli pitkäaikainen kipu, jonka kesto on yli 12 viikkoa. (Alaselkäkipu 2017.) Elämäntavat eivät vaikuta vain selkävaivojen syntyyn vaan myös selkäleikkauksista toipumiseen. Tupakointimattomuus vaikuttaa myönteisesti leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Jos selkävaivoja ei ole ollut aiemmin, leikkauksella saadaan paremmat tulokset, myös sillä on väliä, minkälaiseksi potilas itse tuntee terveyden tilansa. Potilaan keskivertoa paremmaksi tuntema terveydentila parantaa leikkaushoidon tuloksia. (Aalto ym. 2012.)

3.1 Esitiedot ja kliininen tutkimus

Selkäleikkauspotilaiden ja ylipäätään kaikkien selkäpotilaiden kohdalla anamneesi on todella tärkeä. On tärkeä selvittää potilaan elämäntilanne, työ ja poissaolot sekä psyykkiset oireet. Pitää poissulkea vakavat sairaudet sekä hermojuurikivun mahdollisuus ja selvittää, millaista kipu on ja missä se sijaitsee. (Alaselkäkipu 2017.) Keski- tai alaselän kipua voivat aiheuttaa myös munuaisperäiset vaivat (Selkäkipu 2022). Tärkeää on myös tietää, mitkä potilaan odotukset hoidolle ovat (Alaselkäkipu 2017).

Lääkärin kliinisessä tutkimuksessa tutkitaan potilaan liikkuvuutta sekä tarkastellaan potilasta, tutkitaan lihasvoimat, jänneheijasteet, testataan ihontunto sekä palpoidaan selkää. Potilaan tarkastelussa lääkäri seuraa potilaan kävelyä, istumista, ylösnousua, riisuutumista sekä miten potilas nousee tutkimuspöydälle sekä kääntyy siinä. (Alaselkäkipu 2017.) Potilaan tarkastelu toteutuu käytännössä kaiken aikaa, kun potilasta haastattelee ja tekee muita tutkimuksia. Selän liikkuvuus testeillä saadaan käsitys selän toimintakyvystä sekä selän tilan seuranta helpottuu, kun on jotain mihin verrata. Liikeratojen rajoittuneisuus kuvaa yleensä selän kivun vaikeusastetta. Selän palpoinnissa kokeil-

laan selkärankaa ja testataan koputusarkuus. Yli 50-vuotiaat, joilla on katkokävelyoireita, tutkitaan joko Doppler-tutkimuksella tai tunnustelemalla alaraajojen valtimoita tai sitten molemmilla tavoin. (Alaselkäkipu 2017.)

3.2 Kuvantaminen

Kuvantaminen on aiheellista, jos epäillään vakavia sairauksia, uusiutuvan, pitkittyvän tai kroonisen selkävun tutkimisessa. Myös leikkaushoitoa harkittaessa kuvantaminen on syytä tehdä. Akuutissa selkävussa kuvantaminen ei ole välttämätöntä. Selkäpotilaiden erilaisia kuvantamisvaihtoehtoja ovat magneettikuvaus, lannerangan röntgenkuvaus, TT eli tietokonetomografia, TT-myelografia eli selkäydinkanavan varjoainekuvaus. (Alaselkäkipu 2017.)

Kuvantamistutkimus valitaan aina sen mukaan, millaisesta selkävusta on kyse. Magneettitutkimus on aiheellinen, jos kyseessä on iskiaskipu tai diagnoosia varten tarvittava kuvantamistutkimus. Kroonisessa selkävussa seisallaan tehtävä lannerangan röntgen on perustutkimus. Kun kyseessä on nuori tai lisääntymiskykyisessä iässä oleva henkilö, on magneettitutkimus usein ensisijainen valinta. TT-kuvaus ja TT-myelografia ovat korvaavia tutkimuksia, jos magneettitutkimusta ei ole mahdollista tehdä päivystyksellisessä tapauksessa. (Alaselkäkipu 2017.)

3.3 Leikkaushoito

Leikkauspäätöksen tehdessään lääkäri keskustelee potilaan kanssa perusteellisesti. Leikkauksen odotettavat hyödyt ja mahdolliset komplikaatiot ja riskit tulee olla potilaan tiedossa ja lääkärillä varmuus siitä, että ne on ymmärretty. Leikkaus on syytä tehdä, jos potilas kärsii virtsaummesta ja ulosteenpidätyskyvyn häiriöstä, jalkaterän ojentaja- tai koukistajalihasten tai reisilihaksen voimien heikentymisestä, sekä alaraajaan säteilevästä kivusta, joka ei helpotu voimakkailta opioideilla. (Alaselkäkipu 2017.) Muita syitä leikkaushoidolle voivat olla välilevytyrä, selkäydinkanavan ahtauma, nikamasiirtymä, osteoporootinen murtuma, hyvän- tai pahanlaatuisen kasvain, etäpesäke tai jokin rakenemuutos. Selkäleikkausten jälkeen on odotettavissa pitkä kuntoutusjakso. Leikkaavan hoitoyksikön antamia ohjeistuksia on syytä noudattaa. (Selkäliitto s.a.)

Välilevyn pullistumisissa leikkaushoitoa voidaan tarvita, jos esiintyy lihasheikkoutta. Lihashheikkous voi esiintyä esimerkiksi nilkan voimattomuutena, joka tekee kävelystä mahdotonta, tällöin pullistuma todennäköisesti painaa hermoa. Päivystyksellisesti pullistumat leikataan, jos esiintyy virtsan tai ulosteen pidätyskyvyttömyyttä. Selkäydinkanavan ahtauman avartamista harkitaan, jos arkisista toiminnoista tulee mahdottomia tai kipu on sietämätöntä. Murtumien hoitaminen leikkauksella arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Joissakin leikkauksissa joudutaan poistamaan nikamankaaria tilan tekemiseksi ja sen jälkeen tekemään luunsiirto luutumisen varmistamiseksi. (Selkäliitto s.a.)

4 PREOPERATIIVINEN VAIHE

Potilaiden leikkaushoitoon kuuluu kolme vaihetta preoperatiivinen, intraoperatiivinen sekä postoperatiivinen vaihe. Opinnäytetyössä keskitytään preoperatiiviseen sekä postoperatiiviseen vaiheeseen. Leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksestä ja päättyy potilaan siirtyessä leikkauksosaston henkilökunnan vastuulle. Preoperatiivisen vaiheen kesto määräytyy leikkauksen kiireellisyyden mukaan. Preoperatiiviset ajat vaihtelevat kuuden kuukauden hoitotakuu ajasta välittömästi tehtäviin hätäleikkauksiin. Selkäleikkauspotilaiden preoperatiivisen ajan pituus on tapauskohtaista, selkäydinvauriot on korjattava päivystyksellisesti kuuden tunnin kuluessa. Elektiivisten selkäleikkausten kohdalla leikkaus suoritetaan viimeistään kuuden kuukauden kuluttua, jotta hoitotakuu toteutuu. (Aura & Kinnunen 2022, 10-13.)

Preoperatiivisella ajalla edistetään potilaan leikkauksen jälkeistä toipumista, ruokavalion ja liikkumisen avulla. Preoperatiivisen vaiheen tavoitteena on saada potilaan fyysinen sekä psyykinen terveys mahdollisimman hyvään kuntoon ennen leikkausta, joka edistää leikkauksen jälkeistä toipumista. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu erilaisia mittareita ja luokituksia, joiden avulla on tarkoitus kartoittaa potilaan toimintakykyä, sekä leikkauksriskejä. Potilaan arvioinnissa käytettäviä mittareita ovat FRAT-kaatumisriski ikääntyneille, NRS-vajaaravitsemusriski, NYHA- potilaan toimintakykyä kuvaava luokitus sekä ASA-luokitus, jolla selvitetään perussairauksia ja niiden hoitotasapainoa (Aura & Kinnunen 2022, 7–10.)

NYHA-luokitus on potilaan toimintakykyä arvioiva luokitus. Luokituksessa on neljä pistevaihtoehtoa. Potilas saa yhden pisteen, mikäli hänen toimintakykynsä ei ole rajoittunut ja neljä pistettä, mikäli fyysiset aktiviteetit aiheuttavat potilaalle oireita, kuten väsymystä tai hengenahdistusta. Potilas saa neljä pistettä myös, jos oireita esiintyy levossa. (Lommi ym. 2017.).

ASA-luokituksen avulla arvioidaan potilaan perussairauksia ja niiden hoitotasapainon vaikutuksia anestesia-riskiin. ASA-luokituksessa on kuusi luokkaa: ASA I -luokkaan kuuluvat perusterveet tupakoimattomat ja maltillisesti alkoholia käyttävät. ASA II -luokkaan kuuluvilla on jokin lievä perussairaus, joka ei rajoita toimintakykyä merkittävästi. ASA II -luokkaan kuuluvat myös raskaana olevat, sekä ylipainoiset, joiden BMI on 30–40. ASA III -luokkaan kuuluvat ne henkilöt, jotka sairastavat vakavaa yleissairautta, kuten huonolla hoitotasapainolla olevaa diabetesta. ASA IV -luokka sisältää jatkuvasti henkeä uhkaavat vakavat yleissairaudet, kuten aivoverenvuodot. ASA V -luokkaan kuoleman sairast potilaat, joilla ei ole ennustetta ilman leikkausta. ASA VI -luokkaan kuuluvat kuolleet elinluovuttajat. (Aantaa ym. 2015.)

ASA-luokituksen avulla arvioidaan potilaan anestesiaan liittyviä riskejä. ASA-luokituksen pohjalta päätetään, onko potilaalle tarvetta anestesia-lääkärin vastaanottokäynnille ennen leikkausta. Vastaanotolla anestesia-lääkärin apuna ovat yleisimpien preoperatiivisten tutkimusten tulokset, sekä muut potilaan taustatiedot. (Aura & Kinnunen 2022, 10.) Preoperatiivisiä tutkimuksia ei tehdä, mikäli potilas on perusterve ja alle 50-vuotias. Kaikilta yli 50-vuotiailta potilailta otetaan sydänfilmi, sekä perusverenkuva. Tutkimukset tehdään myös muille potilaille, joilla on sydän- ja verisuonitauti, verenpainetauti tai diabetes. Thorax-röntgen otetaan preoperatiivisesti kroonisesti keuhkosairailta. Diureettilääkitystä käyttäviltä otetaan elektrolyytti verikokeet ja verenohennuslääkettä käyttäviltä otetaan verenhiyytymiskokeet. Raskaudesta on syytä ottaa preoperatiivisesti, jos raskautta epäillään. (Aura & Kinnunen 2022, 11.)

Potilas saa preoperatiivisia ohjeita ravinnosta olosta, lääkelistan mukaisten lääkkeiden ottamisesta leikkausta edeltävinä päivinä, leikkaukseen liittyviä peseytymisohjeita, ohjeita ihon kunnosta, sairaalaan saapumisesta, leikkauksen kulusta ja menetelmästä, sekä leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Elektiivisen leikkauspotilaan ohjausta varten voidaan varata vastaanottoaika. Ohjaus

voidaan toteuttaa myös puhelulla leikkausyksiköstä. Päivystyspotilaiden leikkausohjaus pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. (Aura & Kinnunen 2022, 12–13.)

5 POSTOPERATIIVINEN VAIHE

Leikkauksen jälkeinen postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirtyessä leikkauksen jälkeiseen yksikköön heräämööseen tai valvonta yksikköön. Postoperatiivisessa vaiheessa potilaan elintoiminnot halutaan saada vähintäänkin samalle tasolle kuin ennen leikkausta. (Aura & Kinnunen 2022, 14.)

5.1 Kivun arviointi

Potilaiden saamalla kivunhoito ohjauksella on vaikutusta kivun hallitsemiseen ja sen kovuuteen (Salanterä ym. 2013). Kivunhoidossa apuna käytetään kivunmittaamista (Kontinen ym. 2015). Kivun mitattavaan muotoon muuttamiseen on kehitetty mittareita. Kipumittareita ovat VAS, NRS, VDS sekä FPS. VAS on kipujana, jolla on kaksi päätä toinen niistä kuvaa sietämätöntä kipua ja toinen kivuttomuutta. NRS-mittarissa asteikko on numeroin 0 kuvaa kivuttomuutta, kun 10 kuvaa sietämätöntä kipua. VDS-mittarissa potilas kertoo kivustaan sanallisesti vaihtoehtoinaan: ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakas kipu ja sietämätön kipu. FPS-mittarissa kipua kuvataan kasvon ilmein, myös FPS-mittarissa kipu asteikko on kivuttomuudesta sietämättömään kipuun. Lisäksi käytössä on kipukiila, jonka kapeampi pää kuvaa kivuttomuutta ja leveämpi pahinta mahdollista kipua. (Salanterä ym. 2013.)

Kivun määrä arvioidaan jollakin kipumittareista, jonka avulla valitaan potilaalle sopiva kivunhoito menetelmä. Kivun mittaaminen kipumittarin avulla on tärkeää, mutta sitäkin tärkeämpää on kivun hoitaminen mittarin tulosten mukaan (Kontinen ym. 2015.). Kivun arviointia tulee tehdä säännöllisesti ennen ja jälkeen kipulääkkeiden tai lääkkeettömien menetelmien, sekä kirjata huolellisesti, jotta kivunhoidon tuloksia on mahdollista seurata (Salanterä ym. 2013.). Leikkauspotilaiden kipua tulee arvioida levossa sekä liikkeessä, vaikka potilas olisi levossa kivuton voivat liikkeen aiheuttamat kivut vaikeuttaa kuntoutumista (Kontinen & Hamunen 2015). Kivunhoitoon on käytössä useita erimenetelmiä. Leikkauskipuja voidaan hoitaa joko lääkkeellisesti tai lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käyttäen.

5.2 Kivunhoito

Lääkkeellinen kivunhoito toteutetaan portaittain potilaan kivun määrän mukaisesti. Leikkauskivun hoidossa käytetään multimodaalista kivunhoitoa, jonka tarkoituksena on yhdistää eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä ja näin vähentää hoidon haittavaikutuksia ja tehostaa kivunlievitystä. Multimodaalinen kivunhoito vähentää opioidilääkkeiden tarvetta ja niiden haittavaikutuksia. (Kontinen & Hamunen 2015.) Leikkauskivun hoito aloitetaan portaittain tulehduskipulääkkeistä tai/ ja parasetamolista, mikäli niille ei ole vasta-aiheita. Vasta-aiheet tulehduskipulääkkeille ovat suurentunut verenvuotoriski, verenhyytymiseen vaikuttava lääkitys, leukotrieeni herkkä astma, sairastettu ulkustauti, sydän- ja verisuonisairaudet tai munuaisten vajaatoiminta. Tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin yhteisvaikutuksilla voidaan saada aikaan parempi kivunhoitotulos kuin pelkillä tulehduskipulääkkeillä. Parasetamolia käyttämällä voidaan vähentää tarvetta opioidilääkkeille 20 % ja tulehduskipulääkkeillä 30–40 %. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden lisäksi leikkauskivun hoitoon tarvitaan opioideja erityisesti suurten leikkausten jälkeen. Suomessa eniten käytetty opioidi leikkauskivun hoitoon on oksikodoni. Pienempien leikkausten yhteydessä voidaan käyttää kodeiinia ja tramadolia, jotka ovat heikkoja opioideja. Leikkauskivun hoidossa käytetään myös buprenorfiinia, joka kuuluu keskivahvoihin opioideihin. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Leikkauksen jälkeistä kipua voidaan hoitaa myös puudutusten avulla, jolloin voidaan saavuttaa jopa 100 % pienempi opioidien tarve. Leikkauskivun hoitoon voidaan käyttää infiltraatiopuudutusta, epiduraalipuudutusta tai erilaisia regionaalisia puudutuksia. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Potilaiden kotiutuessa leikkauksen jälkeen kivunhoidossa tulee huomioida potilaan riittävä ohjaus kivun hoidosta, kipulääkkeiden haittavaikutuksista ja siitä mihin ottaa yhteyttä haittavaikutuksia ilmetessä tai kipulääkityksen riittämättömydessä. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Lääkkeettömiä kivunhoito menetelmiä on paljon ja ne tulee muistaa osana leikkauspotilaan kivunhoitoa lääkehoidon lisäksi. Lääkkeettömät kivunhoito-menetelmät jaotellaan kolmeen osaan fysikaaliset ja kognitiiviset hoitomenetelmät sekä kivunhallintamenetelmät. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat hieronta, akupunktio, kylmähoito, asentohoito, liikehoito, rentoutus menetelmät, musiikki, huomion suuntaaminen muualle, ohjattu mielikuvitus ja kofeiini. (Salanterä ym. 2013.)

5.3 Kuntoutus

Potilaita on hyvä ohjeistaa leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta jo ennen leikkausta. Selkäpotilaille on hyvä ohjeistaa oikeanlainen vuoteesta nouseminen ja millaisia liikeratoja leikkauksen jälkeen saa tehdä. Mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen aloitettu liikkuminen edistää toipumista.

Selkäleikkauksen jälkeen vuoteesta ylös nouseminen on tehtävä kyljen kautta. Istuminen, seisomin ja kävely ovat mahdollisia kivun salliessa. Alkuun liikkumissa voi olla hyvä käyttää apuvälineitä, esimerkiksi evafordia. Selkäleikkauksen jälkeen tulee välttää selkään kierto liikettä aiheuttavia liikkeitä, raskaita nostoja ja kumarruksia. Fysioterapeutti antaa liikeharjoitteita, jotka soveltuvat selkäleikkauksen jälkeen tehtäviksi. (Terveyskylä 2020.) Myös kuntoutuksessa tulee muistaa riittävä kivunhoito.

6 POTILASOHJAUS

Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään ja tasa-arvoiseen hoitoon, hänen ihmisarvoaan tai vakaumustaan loukkaamatta. Potilaalla on oikeus saada potilasohjausta omalla äidinkielellään sekä hänen kulttuurinsa tulisi huomioida mahdollisuuksien mukaan. Potilaalla tulee olla riittävät tiedot omasta terveydentilastaan ja päätökset hoidosta tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidoista tai hoitotoimenpiteistä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3.–6. §.)

Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta sairaudestaan ja toimintakyvystään sairauteen peilaten. Potilasohjausta antavalla ammattilaisella on oltava joko vankka kliinisen kokemuksen tietotaito aiheesta tai ohjauk-

sen on pohjaututtava tutkittuun tietoon. Ohjaus on kahden henkilön keskinäistä vuorovaikutusta, joka sisältää tiedon jakamista, neuvontaa sekä mahdollisesti opetusta. (Koivisto 2019.) Ohjauksella voi myös olla rohkaisevia vaikutuksia potilaalle ja hänen osallistumiseensa häntä koskevissa päätöksenteoissa (Eloranta & Virkki 2011, 15). Vuorovaikutuksen olisi tarkoitus olla dialogista, tasa-arvoista, kunnioittavaa keskustelua. Jokainen kokee vuorovaikutuksen eri tavalla, ja vuorovaikutus on aina suhteessa elämänhistoriaan sekä elämäntilanteeseen. Ammattilaisen on vuorovaikutustilanteessa tarkoitus olla turvallinen, empaattinen, läsnä oleva henkilö, jonka kanssa potilaan on helppo rakentaa luottamusta. (Koivisto 2019.) Hyvällä potilasohjauksella voidaan mahdollisesti estää tai edesauttaa muutostilanteisiin tai sairauteen liittyvää ahdistusta ja pelkoa (Eloranta & Virkki 2011, 15). Ohjauksen ollessa tarpeeksi laadukasta voidaan myös vähentää sairaudesta aiheutuvia kustannuksia, hoitokäyntejä ja lääkkeiden käyttöä (Koivisto 2017).

6.1 Asiakslähtöisyys terveystalveissa

Jo 1990-luvun lopulla on alettu Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa linjaamaan keskeiseksi asiaksi asiakslähtöisyyttä. Suomessa laki potilaan oikeuksista (785/1992), terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä sosiaalihuoltolaki (1301/2014) edistävät asiakslähtöisyyttä. Asiakslähtöisessä kohtaamisessa potilas kohdataan yksilönä, joka on oman elämänsä asiantuntija. (Koivunen 2017.)

Monien organisaatioiden toimintatapoihin liittyy käsite asiakslähtöisyys ja -osallisuus (THL 2020). Nykyään monet ohjelmat, uudistukset, kansalliset ja alueelliset strategiat perustavat kehittämistyötään asiakslähtöisyyteen (Koivunen 2017). Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilas tai asiakas pääsee itse osallistumaan hoitoonsa, kertomaan omat kokemuksensa, kehittämään ratkaisuja itse sekä hänen ajatuksensa otetaan huomioon, on se asiakslähtöisyyden ja -osallisuuden tarkoitus. Ammattilaisen on myös osattava hyväksyä se, että kun toimitaan asiakslähtöisesti ei hoito välttämättä etene aina ammattilaisen odotusten mukaisesti. Kun potilas itse pääsee osallistumaan esimerkiksi hoitonsa tai postoperatiivisen vaiheen kuntoutuksen suunnitteluun, voivat hoidot tai kuntoutus sopia hänen arkeensa ja tilanteeseensa

paremmin, vaikka asiakkaan ajatukset kuntoutumisesta tai hoidosta eivät välttämättä ole niin tehokkaita kuin ammattilaisen. (THL 2020.)

6.2 Potilasohjausmenetelmät

Potilasohjausmenetelmiä on useita kuten yksilöohjaus, ryhmäohjaus, sanallinen ja sanaton, puhuttu ja kirjoitettu. Ohjausta antavan on ymmärrettävä se, että oppimistyylejä on monia erilaista eivätkä kaikki ohjattavat välttämättä sisäistä asioita samalla tavalla. Ohjausta antavan on vähintään tiedettävä mitä eri oppimistyylejä on. Ihanne tilanne olisi se, että ohjausta antava tunnistaisi ohjattavan oppimistyylin. Ohjausta antaessa tulisikin käyttää monia eri tapoja varmistamaan, että ohjaus menee perille. (Eloranta & Virkki 2011 45–53.) Noin 40–80 % ohjaustilanteessa tulleesta tiedosta unohtuu välittömästi potilailla. Potilailla usein myös osa saadusta tiedosta on ymmärretty väärin tai virheellistä. (Pihlainen 2019.)

Myönteisen ilmapiirin tärkeys korostuu etenkin ensikontaktissa ohjattavan kanssa. Hyvä ensikohtaaminen antaa hyvät lähtökohdat ohjaussuhteelle. Ensikohtaamisen aikana potilas tai asiakas muodostaa oman käsityksensä ohjausta antavasta ammattilaisesta. Ohjattaessa tulisi sanattoman ja sanallisen viestinnän olla samansuuntaisia sekä kuuntelevan palautteen eli, että ohjaaja ei kiirehdi seuraavan kysymykseen vaan kuuntelee vastauksen ja kommentoi sitä rauhassa. Näillä tavoin on mahdollista luoda luottamuksellinen ilmapiiri keskustelulle. (Eloranta & Virkki 2011, 54–55.) Välillä ohjaussuhde ei aina vain toimi. Annettava ohjaus saattaa olla liian tasalaatuista, eikä ohjaus etene ohjattavan ehdoilla ja menee siihen, että ohjattava vain kuuntelee eikä vastavuoroisuutta ole. Toinen syy ohjaussuhteen epäonnistumiselle saattaa olla, että ohjattava tai ohjaaja suojaantuvat puolustusmekanismein. Potilas saattaa kieltää tapahtuneen, esimerkiksi kun pitää sopeutua pitkäaikaiseen sairauteen. (Eloranta & Virkki 2011, 55–57.)

Ryhmäohjaus ei korvaa yksilöohjausta. Se on resurssien järkevää käyttöä, jossa ryhmän jäsenet saavat tukea toisiltaan ja potilaiden tai asiakkaiden oma-toimisuus vahvistuu. Ryhmäohjaukselle tärkeä edellytys on, että ohjattavat ovat tiedoiltaan ja taidoiltaan samalla tasolla. Se helpottaa ohjauksen antamista. Ryhmäläisillä on mahdollisuus antaa toisilleen tukea ja he voivat jakaa

omaa tietoaan ja kokemuksiaan keskenään. Ryhmäohjauksen voima tulee ryhmäläisten erilaisuudesta. Tärkeää on, että jokaista ryhmäläistä kuunnellaan ja jokainen saa äänensä kuuluviin. Ohjaajan tulee olla avoin, kunnioittava, rohkeava ja aito ryhmäläisiä kohtaan. Ryhmien ohjaustavat voivat vaihdella ryhmän mukaan. Myös ryhmäohjauksessa voi olla vastarintaa. Usein se on passiivisuutta, tyytymättömyyttä tai vitsailua. Ohjaajan on osattava olla ajautumatta ristiriitoihin mukaan. Myös ohjaajan liiallinen vallankäyttö saattaa olla syy vastarintaan. (Eloranta & Virkki 2011, 77–78.)

Kirjallista ohjetta on hyvä hyödyntää oman viestinnän tukena ohjaustilanteissa. Harvemmin pelkkä kirjallinen ohje riittää, vaan se vaatii aina suullista ohjausta. Esimerkiksi hoito-ohjeita läpi käydessä potilaan kanssa harvoin potilaalle jäävät mieleen kaikki asiat, jotka ohjaaja on kertonut. Kirjallinen ohje mahdollistaa sen, että ohjeisiin voi tarvittaessa palata, jos ei muista tai jokin on epäselvää. Kirjalliset ohjeet tulisi olla kirjoitettuna puhuttelumudossa, silloin ohjeet on helpompi ymmärtää kuin passiivissa kirjoitetut. (Eloranta & Virkki 2011, 73–76.) Kirjallisissa ohjeissa tulisi käyttää myös selkokieltä, koska selkokieli on helposti luettavaa ja ymmärrettävää (Pihlainen 2019). Ohjeet toimivat myös kirjallisena tiedon lähteenä potilaalle, joten on sen pohjauttava ajantasaiseen tietoon. Ohjeiden tulisi olla selkeät ja helppolukuiset. Ohjeessa ei myöskään saa olla liikaa tekstiä, koska se ei välttämättä tule muuten kokonaan luetuksi. (Eloranta & Virkki 2011, 73–76.)

7 TUTKIMUSMENETELMÄ KEHITTÄMISTYÖN TUKENA

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä toimii narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kertoa ja kuvata aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia (Stolt ym. 2016, 9). Narratiivinen kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimusprosessien ja menettelytapojen kuvaamiseen. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan yleensä vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimuksia. (Stolt ym. 2016, 9.) Narratiivisessa, kuten kaikissa muissakin kirjallisuuskatsauksissa on samat vaiheet, kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen aloitetaan katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittämisellä. Toisessa vaiheessa toteutetaan kirjallisuushaku sekä aineiston va-

linta. Kolmanteen vaiheeseen kuuluu tutkimuksen arviointi ja neljänteen aineiston analyysi sekä synteesi. Viidenteen ja viimeiseen vaiheeseen kuuluu katsauksen tulosten raportointi. (Stolt ym. 2016, 23.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuudessa on huomioitava lähdetutkimusten taso. Kirjallisuuskatsaukseen pyritään valitsemana korkeatasoisimmat tutkimukset. Korkeatasoisten tutkimusten kohdalla tutkimusten laadun arviointi on tärkeää. (Stolt ym. 2016, 69.) Tutkimusartikkelien arvioinnissa tulee huomioida pätevyys, kliininen merkittävyys sekä yleistettävyys (Stolt ym. 2016, 68). Opinnäytetyössä kuvaileva kirjallisuuskatsaus tehdään potilasohjausvideoiden tueksi.

Tutkimuskysymys on: Miten ohjata potilasta selkäleikkauksen jälkeen?

7.1 Tiedonhaku

Lähteiden valinnan kriteerit olivat vuoden 2013 jälkeen julkaistut, ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt, pro gradu -tutkielmat sekä väitöskirjat. Aineistot ovat suomen- tai englanninkielisiä ja opinnäytetyön aiheeseen liittyviä.

Suomalaisia tietokantoja, joista tutkimuksia haettiin, olivat Finna ja Medic. Tutkimuksia haettiin hakusanoilla ”selkäpotilas”, ”preoperatiivinen ohjaus”, ”postoperatiivinen ohjaus”, ”kuntoutus” ja ”potilasohjaus”. Finnasta hakutuloksia tuli paljon. Niistä valikoitui viisi tutkimusta, jotka käsittelivät opinnäytetyön aihetta tai liittyivät potilasohjauksen pre- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. Medicistä hakusanoilla ei löytynyt juurikaan tuloksia. Saadut tulokset eivät välttämättä liittyneet opinnäytetyön aiheeseen. Medicistä ei valittu yhtään tutkimusta. Sage Journalista hakusanoilla ”back patient”, ”preoperative” ja ”postoperative” tuli paljon hakutuloksia. Niitä rajattiin vuosien 2012–2023 välille, sekä valittiin ”Research article” ja ”surgery” rajauksiksi. Hakutuloksia tuli tällöin 99. Niistä valikoitui yksi artikkeli. Artikkelin on vuodelta 2012, mutta se käsittelee niin vahvasti opinnäytetyön aihetta, että se valittiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Tiedonhaun tuloksista on koottu taulukko liite 1.

7.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineiston analyysissä käytettiin teemoittelua, teemoittelussa aineistoja jaotellaan teemojen mukaan. Aineiston käsittelyssä etsitään tutkimusten samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Teemoittelulla ryhmiteltyjä aineistoja voidaan vertailla ja tulkita. (Stolt ym. 2016, 31.) Aineistoja analysoidessa etsitään keskeisiä asiakokonaisuuksia ja niiden yhteneväisyyksiä. Asiakokonaisuuksia ei ole valmiiksi mietitty, vaan ne nousevat tuloksia analysoidessa. Tarkoituksena on löytää kaikista aineistoista samoja toistuvia teemoja. (Kallinen & Kinnunen s.a.)

7.3 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen teemoiksi nousivat aineistoa analysoidessa: ohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät, preoperatiivisen ohjauksen vaikutukset leikkausten peruuntumiseen, postoperatiivinen ohjaus sekä leikkaustulokseen vaikuttavat tekijät.

Karihtalan (2019) tutkimuksessa tarkasteltiin ohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä, joiden mukaan potilailla ei ollut ongelmia ohjeiden ymmärtämisen kanssa, kun he saivat ohjeet usealla eri oppimistyyllillä. Tutkimuksessa havaittiin, että 75 % potilaista, jotka eivät nähneet jatkohoito-ohjeita kysyivät tarkentavia kysymyksiä. Jatkohoito-ohjeet tulisi kirjata potilaalle mukaan annettaviin materiaaleihin. (Karihtala 2019.) Potilaat ymmärtävät hoito-ohjeet paremmin mitä useammalla tavalla ne heille annetaan, potilaiden olisi tärkeää saada ainakin suulliset ja kirjalliset ohjeet. Hoitajista 95 % koki osaavansa suullisen ohjauksen ja 85 % osaavansa kirjallisen ohjauksen. (Lipponen 2014.) Myös potilaat itse kokivat tarpeelliseksi saada hoito-ohjeet suullisessa sekä kirjallisessa muodossa. (Punkari 2017.) Hoito-ohjeiden ymmärtämiseen vaikuttavat myös ohjausympäristö, keskeytykset, hoitajien osaaminen sekä asenteet. (Karihtala 2019; Lipponen 2014.). Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ovat ohjausmateriaalit, ohjausvälineet, ohjaukseen varattu aika, ohjaustilat, tutkimustieto, henkilöstön yhteistyö sekä kehittämismahdollisuudet. (Lipponen 2014.) Hoitajista yli puolella oli käytössään tarvittava ohjausmateriaali ja koulutukset, silti hoitohenkilökunta kaipasi lisää ohjausmateriaalia, kuten potilasohjeita, videoita sekä demonstraatiovälineitä (Lipponen 2014). Tutkimuksessa tuli esille

kehittämistarve ohjauksen kirjaamiseen sekä ryhmäohjaamiseen. Hoitohenkilöstön mielestä joissain toimenpiteissä olisi hyvä, jos ohjausta annettaisiin jo ensimmäisessä kontrollissa, koska operaation jälkeen potilaan kunto ja kyky vastaanottaa ohjausta ei ole niin hyvä. (Lipponen 2014.)

Potilaiden saamalla preoperatiivisella ohjauksella voidaan vähentää joitakin leikkausten peruuntumissyitä. Ohjauksen avulla potilaat osaavat huolehtia perussairauksien hoitotasapainosta ja hakeutua hyvissä ajoin tarvittaessa hammashoidon piiriin, jolloin lääketieteelliset leikkauksen peruuntumissyit voidaan minimoida. (Kari 2020.) Potilaan huonosta leikkaukelpoisuudesta johtuvaa leikkausten peruuntumista voitaisiin vähentää potilaiden systemaattisella tutkimisella hyvissä ajoin ennen leikkausta. Myös preoperatiivisilla yksiköillä on vaikutusta leikkausten peruuntumismääriin. (Turunen 2018.) Leikkausajan varmistuessa potilaat tulisi ohjata heti korjauttamaan leikkausta estäviä asioita esimerkiksi hampaiden huono kunto, jottei se olisi syy leikkauksen peruuntumiselle. Pitkäaikaissairauksien hoitotasapaino on myös selvitettävä hyvissä ajoin ennen leikkausta, jotta tilannetta voidaan tarvittaessa korjata tai päätös leikkauksen siirrosta tehdä hyvissä ajoin. (Kari 2020.) Preoperatiivista ohjausta voidaan toteuttaa preoperatiivisella soitolla 1–3 viikkoa ennen leikkausta. Preoperatiivisella soitolla kartoitetaan potilaan perussairauksien hoitotasapainoa, sekä anestesia- ja lääketieteellisen konsultaation tarvetta. (Karihtala 2019.) Aikaisella ja kattavalla preoperatiivisella vastaanotolla on vaikutuksia leikkausten peruuntumisten vähenemiseen Turusen (2018) sekä Karin (2020) mukaan. Mikäli potilaat saavat vaikuttaa leikkausajan valintaan, voidaan vähentää leikkausajan sopimattomuudesta johtuvia peruuntumisia. (Turunen 2018.)

Karihtalan (2019) mukaan postoperatiivista ohjausta annetaan usein liian nopeasti leikkauksen jälkeen, jopa kaksi tuntia leikkauksesta. Omaisen ottaminen mukaan ohjaustilanteeseen koettiin jopa hieman häiritsevänä tekijänä tiedonsaannin kannalta, koska he usein keskeyttävät ja esittävät kysymyksiä, jolloin ohjattavan ajatus saattaa herpaantua eikä ohjaus ole tällöin keskeytyksettöitä. Leikkauksen jälkeisen postoperatiivisen soiton merkitystä arvioitiin ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, sekä kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilaille riittäisi mahdollisesti vain muistutus, soittomahdollisuudesta olla yhteydessä hoita-

vaan yksikköön. Fysioterapia ohjeet tulisi kerrata kolmantena postoperatiivisena päivänä, mikäli hoitoyksiköllä on tarpeeksi resursseja. (Karihtala 2019.) Potilaiden mukaan postoperatiiviselle soitolle ei ole tarvetta. Potilaat ottavat tarvittaessa itse yhteyttä hoitoyksikköön. (Punkari 2017.) Hoitajille tehdyssä kyselyssä nousi esille toive ohjauksen laajentamisesta puhelinneuvontaan (Lipponen 2014). Postoperatiivinen lääkehoito pitäisi suunnitella ja kirjata selkeästi potilaan ohjeisiin virheiden välttämiseksi (Karihtala 2019).

Leikkaustuloksiin havaittiin vaikuttavan, onko kyseessä potilaan ensimmäinen leikkaus vai onko leikkauksia tehty aiemmin myös potilaiden ikä vaikuttaa leikkaustuloksiin, alle 75-vuotiailla havaittiin parempia leikkaustuloksia kuin sitä vanhemmilla. (Aalto ym. 2012.) Leikkaustulokseen vaikuttavia tekijöitä olivat myös säännöllinen kipulääkityksen käyttö ennen leikkausta sekä tupakoimattomuus. Potilaan kokemuksella terveyden tilastaan oli myös yhteys hyviin leikkaustuloksiin, keskimääräistä paremmaksi koettu terveydentila vaikutti positiivisesti leikkaustuloksiin. (Aalto ym. 2012.) Hyvällä leikkauspotilaiden preoperatiivisella ohjauksella voidaan lyhentää myös hoitajaksojen kestoa, vähentää potilaan pelkoa ja komplikaatioita (Kari 2020).

8 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyön aihe valikoitui Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun valmiiden aiheiden joukosta. Kehittämistehtävän toteutus aloitettiin alustavalla tiedonhaulla sekä keskusteluilla opinnäytetyön tilaajan Kymenlaakson hyvinvointialueen Leiko-yksikön kanssa. Leiko-yksiköstä oli hoitaja sekä kuntoutuksen puolelta fysioterapeutti, jotka olivat mukana opinnäytetyöprosessissa. Opinnäytetyön tilaajan antamien ohjeiden pohjalta kehittämistehtävästä tehtiin suunnitelma, joka esiteltiin idea- ja suunnitelma seminaarissa lokakuussa 2023. Suunnitelmaseminaarin ja alustavien tiedonhakujen jälkeen siirryttiin varsinaiseen tiedonhakuun sekä teoriaosuuden kirjoittamiseen. Kirjallisuuskatsauksen teoriaosuus esiteltiin toteutusvaiheen seminaarissa tammikuussa 2024. Tammi-helmikuussa 2024 toteutettiin tutkimusaineiston analysointi. Aineiston analysointi toteutettiin teemoittelulla.

Aineiston analysoinnin jälkeen analysoinnin tulokset kirjoitettiin ja tämän jälkeen alkoi ohjausvideoiden käsikirjoitusten kirjoittaminen (liite 2). Käsikirjoituksissa otettiin huomioon tutkimustuloksissa esille tulleet asiat, joiden on todettu vaikuttavan ohjaustuloksiin. Tutkimustuloksissa ilmi tuli useiden eri ohjausmenetelmien merkitys ohjauksen laatuun. Käsikirjoituksien tekemisen ohella yritettiin rekrytoida ohjausvideoihin näyttelijää. Kun käsikirjoitukset oli saatu tehtyä, lähetettiin ne Leiko-yksikköön ja kuntoutuksen fysioterapeutille tarkistettaviksi. Sieltä saatiin muutama korjausehdotus, jotka toteutettiin. Videoiden kuvaamista varten varattiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululta luokka, jossa videot kuvattiin. Videoihin saatiin rekrytoitua näyttelijä. Videoiden kuvauksen jälkeen oli videoiden editoinnin vuoro.

Videoita editoitaessa huomioitiin opinnäytetyön tuloksissa ilmi tulleita asioita, minkä vuoksi videoihin liitettiin ääni ja tekstitykset. Äänen ja tekstityksen avulla lisättiin myös videoiden saavutettavuutta. Tekstitykset ja ääni ovat selkokielellä, jotta ymmärtäminen olisi helppoa. Videolla näytetään liikkeet ensin kokonaisuutena suoritteena ja sen jälkeen ne on pilkottu osiin. Videoiden editoinnin jälkeen videot lähetettiin Kymenlaakson hyvinvointialueen yhteyshenkilöille hyväksyttäväksi. Kun videot oli hyväksytyt, opinnäytetyö oli tarkastusprosessia vaille valmis. Toukokuussa 2024 on julkaisuseminaari, jossa opinnäytetyö esitellään. Jatkotutkimuksena voisi tutkia kuinka potilaat kokevat ohjausvideot ohjauksessa ja onko niistä hyötyä.

9 POHDINTA

Kehitysprosessin tarkoituksena oli luoda ohjausvideot selkäleikkauspotilaille. Kaksi ohjausvideota tehtiin kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten ja opinnäytetyön tilaajan toiveiden pohjalta. Ohjausvideot soveltuvat hyvin potilaiden ohjaukseen leikkauksen jälkeisessä vaiheessa ja niillä voidaan ohjata potilaalle leikkauksen jälkeistä liikkumista jo ennen leikkausta. Kehittämisprosessin tulos saavutettiin.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on luonut ohjeet hyvälle tieteelliselle käytännölle. Uusimman vuonna 2023 julkaistun ohjeistuksen mukaan perusperiaatteita hyvälle tieteelliselle käytännölle ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Tieteellinen tutkimus on suoritettava hyvän tieteellisen

käytännön mukaisesti, että tutkimusta voidaan pitää hyväksyttävänä eettisesti sekä luotettavana ja tuloksiltaan uskottavana. Hyvän tieteellisen käytännön toteutumisen vastuu on tutkimuksen tekijällä. (TENK 2023.)

Opinnäytetyötä tehdessä valittiin mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, jotta luotettavuus säilyisi sekä valitsemaan korkeatasoisimmat tutkimukset. Lähteet on kirjoitettu Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeviittausmallin mukaisesti ja lähdeviitteet on merkitty luotettavuuden ja eettisyyden säilyttämiseksi. Lähteet on valittu lähdekriittisesti, joka tarkoittaa, että lähteitä valitessa on arvioitu tiedon luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Kirjallisuuskatsaukseen lähteitä valittaessa tehtiin rajaus, etteivät lähteet ole kymmentä vuotta vanhempia, muutaman lähteen kohdalla tehtiin poikkeus. Näissä poikkeuksissa katsottiin lähteen vastaavan opinnäytetyön tarpeita.

LÄHTEET

Aalto, T., Sinikallio, S., Kröger, H., Viinamäki, H., Herno, A., Leinonen, V., Turunen, V., Savolainen, S. & Airaksinen, O. 2012. Preoperative predictors for good postoperative satisfaction and functional outcome in lumbar spinal stenosis surgery- A prospective observational study with two-year follow-up. Scandinavian Journal of Surgery 4, 255-260. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/145749691210100406> [viitattu 20.2.2024].

Aantaa, R., Alahuhta, S., Olkkola, K., Reinikainen, M., Yli-Hankala, A. 2015. Asa-riskiluokitus on suomennettu uudelleen. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://say.fi/files/asa_luokitus.pdf [viitattu 11.12.2023].

Aura, S. & Kinnunen, T. 2022. Perioperatiivinen hoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Alaselkäkipu. 2017. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriayhdistyksen asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Julkaistu 5.5.2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi20001?tab=suositus> [viitattu 29.9.2023].

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Kallinen, T. & Kinnunen, T. Etnografia. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelma-opetus/> [viitattu 11.2.2024].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kari, N. 2020. Selkäleikkauspotilaan preoperatiivisen ohjauksen kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Ylempi AMK -opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [selkäleikkauspotilaan preoperatiivisen OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN \(theseus.fi\)](https://theseus.fi/thesis/2020/2122024/selkaleikkauspotilaan-preoperatiivisen-ohjauksen-kehittaminen) [viitattu 21.2.2024].

Karihtala, K. 2019. Postoperatiivinen soitto päiväkirurgian yksikössä. Lapin ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala. Ylempi AMK -opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [YAMK opinnäytetyöpohja \(theseus.fi\)](https://theseus.fi/thesis/2019/2022024/yamk-opinnäytetyöpohja) [viitattu 20.2.2024].

Koivisto, K. 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. ePooki 65/2019. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/> [viitattu 12.12.2023].

Koivunen, K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. ePooki 6/2017. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.oamk.fi/epooki/2017/asiakas-ja-ihmislahtoisuus-sosiaali-ja-terveysdenhuollossa/> [viitattu 12.12.2023].

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivunhoito. Duodecimlehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: [Leikkauksenjälkeisen kivun hoito \(duodecimlehti.fi\)](https://www.duodecimlehti.fi) [viitattu 11.12.2023].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Kymenlaakson hyvinvointialue. 2023. Leiko-yksikkö. WWW-dokumentti. Saatavissa: [Leiko-yksikkö - Kymenhva](https://www.kymenlaakson.fi) [Viitattu 28.9.2023].

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1236. PDF-dokumentti saatavissa: [Potilasohjauksen toimintaedellytykset \(oulu.fi\)](https://www.oulu.fi) [viitattu 21.2.2024].

Pihlainen, V. 2019. Potilasohjausta vaikuttavasti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ksshp.fi/elintapamuutosryhmat-ohjaajakasikirja/Pihlainen Vuokko Ohjaus.pdf](https://www.ksshp.fi/elintapamuutosryhmat-ohjaajakasikirja/Pihlainen_Vuokko_Ohjaus.pdf) [viitattu 23.2.2024].

Punkari, M. 2017. Heräämöstä kotiin (HERKO) -toimintamalli. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala. Ylempi AMK opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [punkari tutkimusra-portti.pdf \(theseus.fi\)](https://www.theseus.fi/punkari_tutkimusra-portti.pdf) [viitattu 20.2.2024].

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoito. PDF-dokumentti. Saatavissa: [kivunhoito-hs-lyh.pdf \(hotus.fi\)](https://www.hotus.fi/kivunhoito-hs-lyh.pdf) [viitattu 11.12.2023].

Saarelma, S. 2022. Selkäkipu. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00326> [viitattu 22.2.2024].

Selkäkipu. 2022. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00326> [viitattu 22.2.2024].

Sydämen vajaatoiminta. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen kardiologisen seuran asettama työryhmä. PDF-dokumentti. Saatavissa: [hoi50113.pdf \(kaypahoito.fi\)](https://www.kaypahoito.fi/hoi50113.pdf) [viitattu 11.12.2023].

Terveyskylä. 2020. Miten lähden liikkeelle selkäleikkauksen jälkeen. WWW-dokumentti. Saatavissa: [Selkäleikkauksen itsehoito-opas | Kuntoutumistalo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](https://www.terveyskyla.fi) [viitattu 13.12.2023].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. WWW-dokumentti. Päivitetty 17.10.2023. Saatavissa: [Hyvä tieteellinen käytäntö \(HTK\) | Tutkimuseettinen neuvottelukunta \(tenk.fi\)](https://www.tenk.fi) [viitattu 9.1.2024].

THL. 2020. Asiakaslähtöisyys. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.7.2020. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelusisallot/yksilotyoskentely/asiakaslahtoisuus> [viitattu 12.12.2023].

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelun vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumisiin. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Acta Universitatis Turkuensis PDF-dokumentti saatavissa: [\(uef.fi\)](#) [viitattu 22.2.2024].

Turun yliopistollinen keskussairaala. 2021. Kivun arviointi ja hoito - ohje ammattilaisille. PDF-dokumentti. Saatavissa: [Kivun arviointi ja hoito toimintaohje \(hoito-ohjeet.fi\)](#) [viitattu 11.12.2023].

TUTKIMUSTAULUKKO

| bibliografiset tiedot (tekijä- ja julkaisu- tiedot) | tutkimuksen tar- koitus ja tavoit- teet | tutkimusmene- telmä + aineisto | tulokset |
|---|---|---|---|
| Heräämöstä kotiin (HERKO)-toiminta- malli, Punkari Minna, Jy- väskylän ammatti- korkeakoulu, YAMK-opinnäyte- työ, 2017 | Tarkoitus selvittää potilaan kokemus- tiedonsaannista ja riittävydestä. Ta- voite nopeuttaa potilaan hoitopol- kua ja kotiutta- mista. | Laadullinen tutki- musmenetelmä, ai- neisto kerättiin tee- mahaastattelulla. Aineisto analysoi- tiin induktiivisella sisällönanalyys- sillä. | Tiedonsaanti oli riit- tävää potilaan oh- jauksessa. |
| Postoperatiivinen soitto päiväkirur- gian yksikössä, Karihtala Kimmo, Lapin ammattikor- keakoulu, YAMK- opinnäytetyö, 2019 | Tarkoitus selvittää potilaan kykyä ym- märtää annettuja ohjeita. Tavoit- teena parantaa potilaan kykyä ym- märtää annettuja hoito-ohjeita sekä kehittää potilasoh- jaus prosessia. | Toimintatutkimus, joka on yleensä laadullinen tutki- mus. Aineistoa ke- rettiin havainnoi- malla, Puolistruktu- roidulla teema- haastattelulla. | voidaan todeta, että ensimmäisenä pos- toperatiivisena päi- vänä tehdyllä soi- tolla on merkitystä. Puhelinhaastattelun ajankohdalla ei kui- tenkaan ollut merki- tystä kognitiiviseen ymmärtämiseen, vaikka leikkauksen lopusta ja kotiutu- misesta oli kulunut eri aika. |
| Potilasohjauksen toimintaedellytyk- set, Kaija Lippo- nen, Oulun yli- opisto, Väitöskirja, 20 14 | Kuvata potilasoh- jauksen toiminta- edellytyksiä kirur- gisessa erikoissai- raanhoidossa sekä perustervey- denhuollossa ja henkilöstön koke- muksia potilasoh- jauksen kehittymi- sestä. Tavoitteena tuot- taa tietoa potilas- ohjauksen toimin- taedellytyksistä ja siihen vaikutta- vista tekijöistä sekä potilasoh- jauksen kehittämi- sestä perustervey- denhuollon ja eri- koissairanhoidon hoitohenkilöstön yhteistyönä. | Induktiivinen sisäl- lön analyysi Kolme osatuki- musta Aineisto kerättiin strukturoidulla ky- selylomakkeella. Osa tutkimuksissa kuvailtiin potilaan ohjausta erikoissai- raan hoidossa, toi- sessa potilaan oh- jausta perustervey- den huollossa ja kolmannessa hoi- tohenkilöstön eh- dotuksia potilasoh- jauksen kehittämi- seen. | Hoitohenkilökunnan ohjaus taidot ja asenteet hyvää luokkaa, ohjaus menetelmien moni- puolisempaa käyt- töä kaivattiin, |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumiseen, Elina Turunen, Itä-Suomen yliopisto, Väitöskirja 2018</p> | <p>Tarkoitus arvioida strukturoidun preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin käyttöönoton vaikutuksia elektiivisten leikkauksien peruuntumiseen. Tavoitteena oli luoda preoperatiivinen hoidonsuunnittelumalli, joka perustuu näyttöön.</p> | <p>monimetodimene- telmä, koostuu neljästä osasta tutkimuksesta: integroitu kirjallisuuskatsaus, kvantitatiivinen tutkimus, leikkauksen peruuntumiseen johtaneet syyt, määriä ja ajankoh- tia seurantalomak- keella, leikkauspäi- vänä peruuntuneiden leikkausten kustannuksia</p> | <p>Preoperatiivisella hoidonsuunnitel- mallilla on keskei- nen tehtävä preoperatiivisessa prosessissa. Hoi- donsunnitelma- mallilla voidaan edistää potilaiden saapumista leik- kaukseen ja leik- kauksien peruuntu- misten vähene- mistä ja tätä kautta vaikuttaa kustan- nuksiin.</p> |
| <p>Preoperative predictors for good postoperative satisfaction and functional outcome in lumbar spinal stenosis surgery, T. Aalto, S. Sini- kalli, H. Kröger, H. Viinamäki, A. Herno, V. Leino- nen, V. Turunen, S. Savolainen, O. Airaksinen, Sage Journal, 2012</p> | <p>Selvittää lanneran- gan ahtaumatau- din leikkaus hoi- don tuloksiin vai- kuttavia tekijöitä.</p> | <p>Kyselytutkimus, kyselomakkeella kerättiin tietoja po- tilailta ennen leik- kausta ja kahden vuoden seuranta ajan jälkeen.</p> | <p>Hyvää leikkaustu- losta ennustivat alle 75 vuoden ikä, ei aiempia lanneran- gan leikkauksia, leikkausta edeltävä kipulääkkeiden käyttö, savutto- muus, sekä oma käsitys tervey- destä.</p> |
| <p>Selkäleikkauspoti- laan preoperatiivi- sen ohjauksen ke- hittäminen, Nina Kari, Turun am- mattikorkeakoulu, YAMK-opinnäyte- työ, 2020</p> | <p>Tarkoituksena ke- hittää toimintamalli selkäleikkaus poti- laiden leikkauk- seen valmistutumi- seen, tavoite vä- hentää leikkaus- aikojen peruuntu- mista ja siirtymi- sestä aiheutuvaa lisätyötä.</p> | <p>Kirjallisuuskatsaus ja vertaisarviointi menetelmä, ai- neisto kerättiin strukturoidulla ha- vainnointi lomak- keella, seuranta to- teutettiin ennen ja jälkeen toiminta- mallin ottamista.</p> | <p>Preoperatiivisen ohjauksen lisäämi- sellä sekä potilai- den leikkauskuntoi- suuden varhaisella arvioinnilla, voidaan mahdollisesti vä- hentää leikkausten siirtoja ja peruuntu- misia.</p> |

OHJAUSVIDEOIDEN KÄSIKIRJOITUKSET

Kiertoliike ja sen välttäminen (mikä on kierto liike ja kuinka korvata)

- Selkäleikkauksen jälkeen on suositeltavaa välttää selän voimakkaita kiertoja, taivutuksia, matalalla istumista sekä raskaiden yli 6 kilon taakkojen kantamista ja nostamista. Rajoitteiden keston määrittää leikannut kirurgi. (Teksti, voiceover)
- Mikä on kierto liike (voiceover & teksti)
 - Liike, jossa selkäranka kiertyy. (voiceover & teksti)
 - Pieni liike on kuntoutuksen kannalta hyväksi, mutta ääri liikkeitä on vältettävä, noudata annettuja ohjeita. (voiceover & teksti)
- Videolla näytetään kierto liike (Video)
- Kiertoliikkeitä vältetään kääntämällä koko vartaloa. (voiceover & teksti)
- Tavarantoimittaminen selän takaa kierto liikkeellä & ilman kierto liikettä (video)
- Tavarantoimittaminen vuoteen vierestä pöydältä kierto liikkeellä & ilman kierto liikettä (video)
- Kiertoliikettä selälle tulee myös kiinnittäessäsi auton turvavyön. (voiceover & teksti)
- Muista riittävä kivunhoito, noudata yksilöityä kipulääkemääräystäsi. (voiceover & teksti)

Vuoteesta nousu

- Selkäleikkauksen jälkeen on suositeltavaa välttää selän voimakkaita kiertoja, taivutuksia, matalalla istumista sekä raskaiden yli 6 kilon taakkojen kantamista ja nostamista. Rajoitteiden keston määrittää leikannut kirurgi. Ensimmäisessä ylösnousussa leikkauksen jälkeen avustavat hoitaja ja fysioterapeutti. (Teksti, voiceover)
- Ylösnousu vuoteesta tapahtuu kylkimakuun kautta (Teksti, voiceover & video)
- Potilas makaa sängyssä selällään (video)
- Potilas koukistaa polvensa (video), (teksti & voiceover) "Vedä polvet koukkuun"
- Potilas kääntyy kyljelleen (video), (teksti & voiceover) "Käänny kyljellesi"
- Potilas tuo jalat vuoteen laidan yli (video) "Tuo jalat vuoteen laidan yli" (voiceover & teksti)
- Potilas nousee istumaan kättä apuna käyttäen (video) "asetä ylempi kätesi patjalle rintakehäsi korkeudelle" (voiceover & teksti)
- Potilas nousee istumaan kättä apuna käyttäen (video) "Työnnä ylävartalo pystyyn kättä suoristamalla" (voiceover & teksti)
- Potilas istuu vuoteen laidalla (video)
- Potilaan jalat maassa (video) "asetä jalkasi tukevasti maahan" (voiceover & teksti)

- Potilas nousee seisomaan ammattilaisen avustuksella. (video)
"Ammattilainen avustaa sinut liikkeelle tarvittaessa apuvälineitä hyödyntäen" (voiceover & teksti)
- Takaisin vuoteeseen mennessä tee vaiheet käänteisessä järjestyksessä (voiceover, teksti & video)
- Varhainen ylösnousu aktivoi aineenvaihduntaa ja edistää leikkauksesta kuntoutumista (voiceover & teksti)
- Kävely on suositeltava liikuntamuoto toipumisvaiheessa. (voiceover & teksti)
- Muista riittävä kivunhoito, noudata yksilöityä kipulääkemääräystäsi. (voiceover & teksti)