

Tiia-Riikka Anttila ja Emmi Luoma

Voimavaraistava ja perhekeskeinen kirjallinen ohjaus tekonivelleikkauspäätöstä tekeville potilaille

Kirjallisuuskatsauksen tulosten vertaaminen potilasohjeisiin

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Tiia-Riikka Anttila ja Emmi Luoma

Työn nimi: Voimavaraistava ja perhekeskeinen kirjallinen ohjaus tekonivelleikkauspäätöstä tekeville potilaille

Ohjaajat: Helinä Mesiäislehto-Soukka, TtT, lehtori ja Katri Mäki-Kala, THM, lehtori

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 40

Liitteiden lukumäärä: 4

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kirurgian ja ortopedian poliklinikan tekonivelleikkaukseen liittyvää voimavaraistavaa ja perhekeskeistä potilasohjausta. Tarkoituksena oli selvittää tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan voimavaraistavan ja perhekeskeisen kirjallisen potilasohjeen sisältö ja verrata sitä olemassa oleviin potilasohjeisiin.

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 14 tutkimusta/artikkelia, joista kolme oli englanninkielisiä. Tiedonhaku rajattiin tutkimuksiin ja artikkeleihin, joiden julkaisuvuodesta oli kulunut korkeintaan kymmenen vuotta. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin mitä tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle tarkoitettun voimavaraistavan ja perhekeskeisen ohjeen tulisi sisältää. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja sairaalalta saatuja valmiita potilasohjeita verrattiin keskenään, minkä avulla selvitettiin niiden eroavaisuuksia.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, millaista on voimavaraistava ja perhekeskeinen ohjaus, mitä siinä tulee huomioida ja millainen kirjallisen ohjeen tulee olla. Vertailun tulokset osoittivat, että valmiit potilasohjeet ovat pääsääntöisesti selkeitä, potilasta voimavaraistavia ja perhekeskeisiä. Vertailussa ilmeni, että jokaista voimavaraistamisen ulottuvuutta ei ole käsitelty potilasohjeissa. Vertailun tuloksissa korostui kirjallisen ohjeen lisäksi suullisen ohjauksen merkitys potilasohjauksessa. Potilasohjeissa havaittiin joitain kehittämisen aiheita; ohjeiden ulkoasun voisi tarkistaa ja ohjeiden sisältöön voisi lisätä valmistautumiseen sekä perhekeskeisyyteen liittyviä asioita.

Avainsanat: potilasohjaus, potilasohje, voimavaraistaminen, perhekeskeisyys, tekonivelleikkaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor Degree Programme in Nursing

Authors: Tiia-Riikka Anttila and Emmi Luoma

Title of thesis: Empowering and Family-Centred Written Patient Guidance for Patients Making the Joint Replacement Surgery Decision.

Supervisors: Helinä Mesiäislehto-Soukka, PhD, Senior Lecturer and Katri Mäki-Kala, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2016

Number of pages: 40

Number of appendices: 4

The aim of this thesis was to develop surgical and orthopaedic outpatient unit's empowering and family-centred patient guidance related to joint replacement surgery. The purpose was to examine the contents of empowering and family-centred guidance in written patient information for the patients who are coming for a joint replacement surgery and to compare that to the current written patient information.

For the literature review, 14 research academic articles were chosen, out of which three were in English. Information retrieval was limited to research articles and academic articles published no more than ten years ago. With the help of literature review, we examined what an empowering and family-centred care should include in written patient information related to joint replacement surgery. The results of the literature review and the written patient information that were given to us from the hospital were compared. This way we examined the differences between them.

The results of the literature review showed the kind of empowering and family-centred care in patient education, what should be taken into account and how written patient information should be like. The results of the comparison indicated that the written patient information is mainly clear, empowering and family-centred. However, the comparison showed that each extent of empowering was not dealt with in the written patient information form. The meaning of oral patient education was highlighted along with written patient information. In the written patient information some things were noticed that should be developed, such as the aspect of written patient information and some things related to preparation instructions and family-centred care in written patient information should be added.

Keywords: patient education, written patient information, empowerment, family-centred care, joint replacement surgery

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Käytetyt termit ja lyhenteet	6
1 JOHDANTO	7
2 TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN VOIMAVARAISTAVA JA PERHEKESKEINEN POTILASOHJAUS.....	8
2.1 Tekonivelleikkaus.....	8
2.2 Voimavaraistuminen.....	8
2.3 Perhekeskeisyys	9
2.4 Potilasohjaus.....	9
2.4.1 Hyvä kirjallinen potilasohje.....	10
2.4.2 Tekonivelleikkaus-ohjaus.....	11
2.4.3 Voimavaraistava ohjaus.....	12
2.4.4 Perhekeskeisyys ohjauksessa	14
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	15
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	16
4.2 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku	17
4.3 Aineiston analyysi	18
5 TULOKSET	19
5.1 Yleisesti leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta	19
5.1.1 Voimavaraistava potilasohje	20
5.1.2 Perhekeskeinen potilasohje	22
5.2 Potilasohjeen ulkoasu	23
5.3 Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan ohjeen sisältö	24
5.3.1 Tietoa sairaudesta ja toimenpiteestä	25
5.3.2 Tietoa komplikaatioista.....	26
5.3.3 Tietoa tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta.....	26
6 POHDINTA	29

6.1 Pohdinta kirjallisuuskatsauksen tuloksista	29
6.2 Pohdinta kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailun tuloksista	30
6.3 Pohdinta opinnäytetyön eettisyydestä ja luotettavuudesta	31
6.4 Pohdinta opinnäytetyöprosessista.....	32
6.5 Jatkotutkimusaiheet	33
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	34
LÄHTEET	36
KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET	38
LIITTEET	40

Käytetyt termit ja lyhenteet

Anestesia	Puudutus tai nukutus toimenpiteen ajaksi
Dementia	Henkisen suorituskyvyn, etenkin muistin tai päättelykyvyn huomattava heikentyminen
Infektio	Tartunta
Injektio	Pistos, nestemäisen lääkevalmisteen antaminen ruiskua ja neulaa käyttäen
Intraoperatiivinen	Leikkauksen aikainen toiminta kirurgisen potilaan hoidossa
Komplikaatio	Alkuperäiseen tautiin tai sen hoitoon liittyvä erillinen tauti-tila tai lisävaikeus
Ortopedi	Luukirurgiaan erikoistunut lääkäri
Perioperatiivinen	Leikkausta edeltävää, leikkauksen aikaista ja leikkauksen jälkeistä toimintaa kirurgisen potilaan hoidossa
Postoperatiivinen	Leikkauksen jälkeinen toiminta kirurgisen potilaan hoidossa
Preoperatiivinen	Leikkausta edeltävä toiminta kirurgisen potilaan hoidossa

1 JOHDANTO

Potilasohjaus on olennainen osa hoitotyötä (Paavilainen 2013, 5). Ohjausta voidaan antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Potilasohjauksen tavoitteena on muun muassa potilaan voimavaraistuminen. Leikkauspäätöstä tekevien potilaiden potilasohjauksen tavoitteena on, että potilaat saavat tarvitsemansa tiedon ja tuen selviytymisensä kannalta. Potilasohjauksen tulee olla perhekeskeistä, joten on tärkeää, että myös potilaan läheiset huomioidaan ohjauksessa. Myös heidän tulee saada tarvitsemaansa tietoa, tukea ja apua, jotta he voivat olla läsnä potilaan hoidossa ja motivoitua potilasta koko hoitoprosessin ajan.

Ihmisten elinikä on nousussa. Ikääntymisen myötä ihmisen kehossa tapahtuvien muutosten myötä useimpien tautien todennäköisyys kasvaa. (Koskinen 2009.) Todennäköisesti siis myös nivelrikkoa sairastavien ihmisten määrä kasvaa. Nivelrikko on useimmiten syynä tekonivelleikkaukselle (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Opinnäytetyön aihe on tärkeä kyseisille potilaille parhaan mahdollisen kirjallisen ohjauksen saamiseksi. Opinnäytetyöstä on hyötyä myös kaikille hoitotyöntekijöille, sillä potilasohjausta on kaikessa hoitotyössä (Paavilainen 2013, 5). Opinnäytetyöstä on taloudellista hyötyä yhteiskunnalle, sillä hyvän ohjauksen myötä potilaat toipuvat nopeammin. Lisäksi opinnäytetyöstä on hyötyä sen tekijöille ammattitaidon kehittymisen kannalta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kirurgian ja ortopedian poliklinikan tekonivelleikkaukseen liittyvää voimavaraistavaa ja perhekeskeistä potilasohjausta. Tarkoituksena oli selvittää tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan voimavaraistavan ja perhekeskeisen kirjallisen potilasohjeen sisältö ja verrata sitä olemassa oleviin potilasohjeisiin. Opinnäytetyössä keskityttiin edellä mainittuihin asioihin kirjallisten potilasohjeiden sisältöä analysoitaessa. Opinnäytetyön aihe saatiin Seinäjoen keskussairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalta.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin, mitä tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle tarkoitetun voimavaraistavan ja perhekeskeisen ohjeen tulisi sisältää. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja sairaalalta saatuja valmiita potilasohjeita verrattiin ja selvitettiin niiden eroavaisuuksia. Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailu on liitteessä (Liite 2.).

2 TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN VOIMAVARAISTAVA JA PERHEKESKEINEN POTILASOHJAUS

2.1 Tekonivelleikkaus

Nivelrikko on yleisin nivelsairauksista. Se aiheuttaa jäykkyyttä ja kipua nivelissä, ja lopulta se saattaa heikentää huomattavasti ihmisen toimintakykyä. Syytä nivelrikoon ei tarkasti tiedetä, mutta usein taustalla on lihavuutta, nivelvamma tai raskas ruumiillinen työ. Nivelrikkoa ei voi parantaa. Hoidon perustana on hyvä kivunhoito, mahdollinen painon pudotus, sopiva terapeuttinen harjoittelu ja liikunta. Jos nivelrikkokipuihin ei auta mikään muu hoitokeino tai potilaan toimintakyky on esimerkiksi virheasennon takia huomattavasti heikentynyt, saattaa kirurgi ehdottaa kirurgista hoitoa. Tekonivelleikkaus vähentää potilaan nivelkipua sekä parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014.)

Leikkauspäätös on yksilöllinen. Siinä tulee huomioida potilaan kokema haitta ja pyrkiä mahdollisimman luotettavasti arvioimaan leikkauksesta saatava hyöty. Tästä syystä potilaalle tehdään ennakoivia tutkimuksia, jotta mahdolliset riskitekijät voidaan tunnistaa ajoissa. Puntaroitaessa leikkausta hoitovaihtoehtona toisessa vaa-
kakupissa ovat leikkaukseen liittyvät riskit ja toisessa potilaan elämänlaatu, kuten esimerkiksi muut sairaudet ja lääkitykset. (Vainikainen 2010, 34–35.)

2.2 Voimavaraistuminen

Voimaantuminen eli voimavaraistuminen (empowerment) on potilaasta itsestä lähtevä prosessi, joka on yhteydessä potilaan kykyihin, mahdollisuuksiin, vaikutusval-
lan lisääntymiseen sekä hyvinvointiin. Voimaantuminen auttaa potilasta tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyään kohdata omat tarpeensa, ratkaisemaan omat terveysongelmansa ja säätelemään omia voimavarojaan säilyttääkseen kontrollin omaan elämäänsä. (Routasalo & Pitkälä 2009, 13–14.) Mitä parempi tietämys potilaalla on omista oikeuksistaan, velvollisuuksistaan ja terveydellisistä ongelmistaan sekä mitä vähäisempi vaikutus terveydellisillä ongelmilla on potilaan toimintakykyyn, sitä voimaantuneempi potilas on (Tuorila 2013, 666). Tämän seurauksena

potilas pystyy asettamaan ja saavuttamaan päämääriä sekä ottamaan vastuuta elintavoistaan. Tällöin potilas tuntee oman elämänsä olevan hallinnassa ja toiveikkuus tulevaisuutta kohtaan kasvaa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 13–14.)

2.3 Perhekeskeisyys

Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan potilaan huomioimista paitsi yksilönä myös osana hänen perhettään, sukuaan, työyhteisöään ja muuta lähipiiriään. Perhekeskeisen työn lähtökohtana on, että perhe on ihmisen tärkein sosiaalinen konteksti ja, että perheellä on voimakas vaikutus yksilön terveyteen, sairastumiseen ja sairaudesta toipumiseen. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 19–20.)

Perhe voidaan määritellä biologisin perustein, eli perheenjäsenet ovat sukua toisilleen tai emotionaalisin perustein, jolloin lähin ihminen on henkisesti läheinen ja tärkeä ihminen, kuten esimerkiksi ystävä. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 11–12.) Terveystieteissä potilas on kuitenkin aina se, joka määrittelee itse perheensä (Paavilainen 2011).

2.4 Potilasohjaus

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja tukee vuorovaikutuksen avulla potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä (Eloranta & Virkki 2011, 7). Lain mukaan Suomessa potilaan on saatava tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista seikoista, joilla on vaikutusta hänen hoitoonsa liittyviin päätöksiin (L 17.8.1992/785). Potilaalle tulee tarjota tietoa kattavasti ja esitellä mahdolliset hoitoon liittyvät eri vaihtoehdot tasavertaisina mahdollisuuksina. Lyhentyneet hoitoajat ja niukat hoitajaresurssit johtavat potilaiden lisääntyneeseen vastuuseen omasta hoidostaan. Ohjauksen avulla on mahdollista tukea potilasta ottamaan vastuuta hoidostaan ja sitoutumaan siihen. Hoitotyöntekijät ohjaavat potilaitaan lähes päivittäin. Tietoa annetaan sekä asioista, joita potilas haluaa tietää, että asioista, joita hoitaja haluaa potilaan tietävän. Laadukkaassa hoitotyössä tavoitteena on käyttää parasta ajan tasalla ole-

vaa tietoa tarkasti ja arvioidusti. Ohjaussuhteelle tyypillistä on luottamus, vastavuoroisuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö. Kirjallisella ohjauksella voidaan täydentää ohjaustilannetta. (Eloranta & Virkki 2011, 7, 8, 22, 54, 55, 73.) Kirjallisen ohjeen tarkoituksena on lisätä potilaan tietoisuutta ja helpottaa ymmärtämistä käsiteltävästä asiasta (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124–127).

2.4.1 Hyvä kirjallinen potilasohje

Kirjalliseen potilasohjaukseen on monia syitä. Potilaat haluavat tietää itse enemmän omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Potilailta myös odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. Hoitoajat ovat lyhentyneet, joten henkilökohtaiseen suulliseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän aikaa. Ajanpuute tosin ei ole ainoa syy kirjallisten potilasohjeiden käyttöön; kirjalliset potilasohjeet ovat tarpeellisia suullisen ohjauksen tukena silloinkin, kun aikaa on riittävästi henkilökohtaiseen ohjaukseen. Tiedon antaminen potilaalle on terveydenhoitohenkilöstön velvollisuus. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7–8.)

Kirjalliset potilasohjeet eivät ole vain tiedon siirtoa terveydenhuollon ammattilaiselta potilaalle. Kaikki potilaalle annettavat ohjeet sisältävät tiedon lisäksi myös merkityksiä. Informaation lisäksi potilasohjeet sisältävät muun muassa käsityksen potilaan asemasta terveydenhuollon järjestelmässä. Olennaista potilasohjeissa ei siis ole vain se, mitä sanotaan, vaan myös se, miten sanotaan. Siihen, miten potilas ohjetta tulkitsee, vaikuttavat monet eri tekijät. Ohjeen tulkintaa ohjaavat muun muassa konteksti ja kulttuuri. Kontekstilla tarkoitetaan tekstin lajityyppiä, eli että lukijalla on tietynlaiset odotukset potilasohjetta kohtaan. Potilasohjeelta odotetaan yleensä pääasiassa selkeästi kirjoitettuja, tarpeellisia ja asiallisia neuvoja. Kontekstilla tarkoitetaan myös tekstin lukutilannetta, esimerkiksi kotona rauhassa lukeminen on erilaista kuin sairaalan hälinässä lukeminen tai lukeminen väsyneenä. Kulttuuri on kontekstia laajempi tekstin tulkintaan vaikuttava taustatekijä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11, 16–19.)

Jotta potilas voi päättää itse hoidostaan, pitäisi hänen saada tietoa hoitoon ja hoitokäytäntöihin liittyvistä tekijöistä mahdollisimman laajasti. Tiedontarve vaihtelee potilaskohtaisesti, sillä kaikki potilaat ovat yksilöitä. Potilasohjeen tiedot ovat vasta silloin oikein, kun potilas on lukenut ohjeet ja ymmärtänyt ne. Ohjeiden toimivuutta pitäisikin katsoa potilaan näkökulmasta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 13–14.)

Hyvässä potilasohjeessa kirjoittaminen on aloitettu pohtimalla kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan. Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Erityisen tärkeää potilaan puhuttelu on silloin, kun ohjeessa on käytännön toimintaohjeita, kuten esimerkiksi ohjeita toimenpiteeseen valmistautumiseen. Potilasohjeessa olisi hyvä olla tärkein asia ensin, myös senkin takia, että vain ohjeen alun lukeneet saavat tietoonsa tärkeimmän ja oleellisimman asian ohjeesta. Ohjeen luettavuuden kannalta tärkeimmät osat ovat otsikko ja väliotsikot. Hyvä otsikko kertoo ohjeen aiheen ja herättää lukijan mielenkiinnon. Väliotsikot jakavat tekstin sopivan mittaisiin lukuosioihin ja toimivat kuten pääotsikko, eli kertovat alakohdan olennaisimman asian. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36, 39–40.)

Potilasohjeen tekstin tulisi yksinkertaisesti olla havainnollistavaa yleiskieltä. Sairaalaslangia ja monimutkaisia virkkeitä tulisi välttää. Loogisen esitysjärjestyksen ohella selkeä kappalejako lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Yksi asiakokonaisuus kerrotaan siis yhdessä kappaleessa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 43–43.)

Potilasohjeessa viimeisenä ovat yhteystiedot, tiedot ohjeen tekijöistä sekä mahdolliset lisätiedot. Tärkeimpiä ovat luonnollisesti yhteystiedot. Hyvä potilasohje kertoo minne potilas voi ottaa yhteyttä, jos hän ei ymmärrä ohjetta tai hänelle tulee jotain muuta kysyttävää. Ohjeen päivitys- ja tekijätiedot näkyvät tulostetuissakin ohjeissa ja ovat olennaisia myös palautetta varten. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 44–46.)

2.4.2 Tekonivelleikkaus-ohjaus

Asiakaslähtöisen ja laadukkaan potilasohjauksen avulla voidaan lisätä potilaan hyvinvointia sekä ennaltaehkäistä leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden syntymistä.

Hoitohenkilökunnan on hallittava ohjattavat asiat ja osattava perustella antamansa ohjeet, jotta ohjaus olisi onnistunutta. Tekonivelleikkaukseen tultaessa on potilaan yleisen terveydentilan oltava mahdollisimman hyvä, jotta leikkausolosuhteet olisivat hyvät ja toipuminen ongelmaton. Preoperatiivisen ohjauksen merkitys tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle on suuri, koska perussairauksien hyvä hoitotaso, paino ja komplikaatioiden ehkäisy ovat tärkeitä asioita leikkaukseen valmistautuessa. Kun potilas saa ajoissa laadukasta preoperatiivista ohjausta, saa hän kokonaiskuvan suunnitellusta toimenpiteestä. Tällöin potilaalla on enemmän aikaa valmistautua leikkaukseen sekä motivoitua itsehoitoon. (Fagerlund & Lehto 2010, 70.)

Lyhytkestoisissa ja usein kertaluonteisissa pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen ohjaustilanteissa on omat erityispiirteensä. Perusperiaatteet leikkaukseen liittyviin ohjeisiin ovat kuitenkin samanlaisia. Tyypillisiä preoperatiivisen ohjauksen aiheita ovat muun muassa painon pudottaminen tai syömisen ja juomisen rajoittaminen ennen leikkausta. Ohjaus vaihtelee leikkauskohtaisesti. (Kygäs ym. 2007, 30.)

Tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle annetaan potilasohjausta ennen toimenpidettä. Lonkan tekonivelleikkausta edeltävä terapeutinen harjoittelu saattaa jonkin verran kohentaa potilaan toimintakykyä ja vähentää kipua ennen leikkausta sekä edistää leikkauksen jälkeistä liikuntakykyä. Perioperatiivinen terapeutinen harjoittelu ja lonkan tekonivelleikkausta edeltävä ja sen jälkeinen ohjeistus saattavat lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja jonkin verran edistää myös pitkäaikaista toiminta- ja kävelykykyä. Polven tekonivelleikkausta edeltävä terapeutinen harjoittelu ei juurikaan kohenna potilaan toimintakykyä ennen leikkausta, mutta saattaa lisätä potilaan lihasvoimia. (Polvi- ja lonkanivelrikko 2014.)

2.4.3 Voimavaraistava ohjaus

Potilaan tarpeista lähtevää ohjausta voidaan kutsua voimavaraistavaksi ohjaukseksi, jossa potilas itsemääräämisoikeutensa turvin määrittää hoidon ja ohjauksen tarpeensa. Ohjauksessa korostuu potilaan oma vastuu. Yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa keskustellen tuetaan potilasta löytämään riittävät tiedot, taidot ja asenteet, jotta hän pystyy vaikuttamaan omaan käyttäytymiseensä parantaakseen elämänlaatuaan. (Poskiparta 2010, 50.)

Voimaannuttavassa ohjauksessa on tärkeää, että potilaalle annettava tieto on laadukasta ja ymmärrettävää, mikä auttaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja tekemään perusteltuja päätöksiä (Tuorila 2013, 667). Hoidon ohjauksessa tulisi olla motivoivan haastattelun vuorovaikutuksellisia keinoja, kuten potilaan aktiivista kuuntelua ja myönteinen ilmapiiri. Ohjauksen tulisi rakentua potilaan omista tarpeista. Tärkeää on, että potilas itse osallistuu mahdollisen hoitotoimenpiteen valintaan sen sijaan, että ammattihenkilö arvioisi ongelman hänen puolestaan. (Poskiparta 2010, 50.)

Voimavaraistavassa potilasohjauksessa käsiteltävä tieto tulee olla moniulotteista. Tieto voidaan jakaa biofysiologiseen, toiminnalliseen, kokemukselliseen, eettiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen tietoon. (Leino-Kilpi, Johansson, Heikkinen, Kaljonen, Virtanen & Salanterä 2005, 308, Leino-Kilpi & Kulju 2012, 4.)

Taulukko 1. Voimavaraistumisen ulottuvuudet (Leino-Kilpi ym. 2005).

Ulottuvuus	Ilmeneminen potilasohjauksessa
Biofysiologinen	Tieto oireista, tutkimuksista, hoidosta ja komplikaatioista.
Toiminnallinen	Tieto päivittäisistä toiminnoista, liikkumisesta, levosta, ravitsemuksesta, hygieniasta ja apuvälineistä.
Kokemuksellinen	Tieto omista tunteista, aiemmasta terveydestä ja sairaa- lakokemuksista.
Eettinen	Tieto päätöksenteosta, potilaan oikeuksista ja salassapidosta.
Sosiaalinen	Tieto sukulaisten, läheisten ja potilasjärjestöjen antamasta tuesta.
Taloudellinen	Tieto kuntoutumisesta, vakuutuksesta, hoidon jatkuvuudesta ja lääkehoidosta.

2.4.4 Perhekeskeisyys ohjauksessa

Hoitopäätös on aina potilaan oma päätös, mutta on kuitenkin tavallista, että potilas haluaa tukea perheeltään. Tällöin perhe on myös osallisena päätöksenteossa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 127.) Potilas tarvitsee perhettä tueksi, seuraksi, saattajaksi, tiedonantajaksi, kuuntelijaksi ohjaustilanteissa sekä hoitoavuksi terveydenhuollossa. Perhe tarvitsee terveydenhuollossa myönteistä asennoitumista ja huomioiksi tulemistä, tukea, tietoa, keskustelua, kuuntelemista, hoitajien aktiivisuutta, ohjausta sekä hyvää moniammatillista yhteistyötä. (Paavilainen 2011.)

Yksilön terveys ja perheen terveys ovat yhteydessä toisiinsa. Perheenjäsenten vointi vaikuttaa koko perheen terveyteen sekä perheen toimivuudella on merkitystä yksittäisen perheenjäsenen kokemukseen voinnistaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 16.) Perheen kutsuminen yhteiseen tapaamiseen hoitohenkilökunnan kanssa on sinänsä jo osoitus perheen mukanaolon tärkeydestä hoidossa. Joskus perheenjäsenet voivat oudoksua kutsua, mutta pääosin potilaan läheiset ovat kiinnostuneita siitä, mitä heidän läheiselleen on tapahtumassa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 92–93.) Hyvään hoitamiseen kuuluu perhekeskeisyyden näkökulmasta katsoen perheiden kunnioitava kohtelu, perheenjäsenten avoin kohtaaminen, myönteinen ilmapiiri perheenjäsenen mukanaololle, keskustelu, yhteistyö sekä perheen osallistumisen tukeminen (Paavilainen 2011).

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kirurgian ja ortopedian poliklinikan tekonivelleikkaukseen liittyvää voimavaraistavaa ja perhekeskeistä potilasohjausta. Tarkoituksena on selvittää tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan voimavaraistavan ja perhekeskeisen kirjallisen potilasohjeen sisältö ja verrata sitä olemassa oleviin potilasohjeisiin.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

1. Mitä tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle tarkoitetun voimavaraistavan ohjeen tulisi sisältää?
2. Mitä tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle tarkoitetun perhekeskeisen ohjeen tulisi sisältää?
3. Miten saadut tutkimustulokset eroavat käytössä olevista potilasohjeista?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaukset ovat koottua tietoa jostakin aihealueesta. Tiedonhaku on rajattua ja tarkoituksena on löytää kirjallisuuskatsauksen avulla vastaus johonkin kysymykseen tai tutkimusongelmaan. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsaus on tutkimus, jossa kootaan kokonaiskuva aikaisemmista tutkimuksista. Ilman kirjallisuuskatsausta tutkittavaa aihealuetta ei voi ymmärtää kokonaisvaltaisesti. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 23.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kirjallisuuskatsaus, koska opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin haluttiin saada vastauksia tutkitusta tiedosta. Käytännössä etsittiin tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia aiheeseen liittyen. Niela-Vilén ja Kauhanen (2015, 23–33) määrittelevät kirjallisuuskatsaukseen viisi vaihetta, jotka pätevät kaikenlaisten kirjallisuuskatsausten tekemiseen ja joita noudatimme kirjallisuuskatsauksen teossa:

1. Ensimmäinen vaihe on katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Tarkoituksen määrittäminen antaa suunnan koko tutkimusprosessille. Tutkimusongelman tai -kysymyksen tulee olla todellinen, aiheeseen sovellova ja realistinen eli toteutettavissa oleva. Aiheen rajaaminen on tärkeää; se ei saa olla liian suppea eikä liian laaja.
2. Toinen vaihe on kirjallisuushaku ja aineiston valinta, mikä sisältää varsinaiset haut ja kirjallisuuden valintaprosessin. Hakuprosessi on katsauksen luotettavuuden kannalta tärkein vaihe. Tietokantahakuja varten tutkijan tulee määrittellä aiheensa kannalta keskeiset hakusanat ja tutkija voi luoda hakustrategiaan mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Kirjallisuushaku on katsauksen aikaa vievin osuus.
3. Kolmas vaihe on hakuprosessin perusteella valittujen tutkimusten arviointi. Arvioinnin tarkoituksena on tarkastella tutkimuksista saadun tiedon kattavuutta ja sopivuutta omaan tutkimusongelmaan ja –kysymykseen.

4. Neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi, joiden tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista. Analyysimenetelmä riippuu käytettävästä katsausmenetelmästä. Kun tutkija on tutustunut hyvin aineiston sisältöön, voi hän lopulta muodostaa loogisen kokonaisuuden tutkimustuloksista.
5. Viides vaihe on tulosten raportointi eli katsauksen kirjoittaminen lopulliseen muotoonsa. Raportoinnissa on huomioitava kriittisyys ja pohdittava tulosten hyödynnettävyyttä sekä katsauksen luotettavuutta eri näkökulmista. Kirjallisuuskatsaukseen liitetään taulukko, jossa kuvaillaan valittuja tutkimuksia.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin myös jatkuvaa vertailua tutkimusmenetelmänä. Jatkuvan vertailun menetelmä on systemaattinen analyysiprosessi, jonka avulla voi luoda teorian. Vertailuperusteena on tapauksista löydettävät yhteneväisyydet eli tapauksia verrataan toisiinsa. (Tuominen-Eilola, [viitattu 7.4.2016].) Opinnäytetyössä verrattiin kirjallisuuskatsauksen tuloksia sairaalalta saatuihin potilasohjeisiin.

4.2 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku

Tietoa opinnäytetyöhön haettiin erilaisista tietokannoista. Käytettyjä tietokantoja olivat Aleksis, Medic, Melinda, JBI ja CINAHL. Hakusanoilla etsittiin tietoa myös Google Scholarista. Käytettäviä hakusanoja olivat potilasohje, potilasohjaus, potilasneuvonta, patient education, preoperative education, voimaantuminen, voimaannuttaa, voimavarainen, voimavaraistaa, voimavaraistaminen, voimavaraistava, empowerment, tekonivelet, tekonivelleikkaus, arthroplasty, endoprosthesis, replacement surgery, leikkaushoito, leikkauspäätös, surgery decision, perhekeskeisyys, perhe, perhehoitotyö, family-centered care ja family care. Hakusanoja yhdisteltiin ja lyhennettiin tietokantojen omien ohjeiden mukaan. Hakutuloksia saatiin vaihtelevasti, joillakin hakusanoilla tuhansia ja joillakin ei juuri mitään. Tiedonhaku rajattiin suomen- ja englanninkielisiin tutkimusartikkeleihin, joiden julkaisuvuodesta oli kulunut korkeintaan kymmenen vuotta.

Otsikoiden perusteella luettavaksi valittiin 38 tutkimusta/artikkelia. Ensimmäisen lukemiskerran jälkeen valittiin 27 tutkimusta/artikkelia, jotka luettiin vielä tarkemmin.

Englanninkieliset tutkimukset ja artikkelit suomennettiin. Lopulta kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä 14 tutkimusta/artikkelia. Valintaperusteina käytettiin tutkimuksen/artikkelin vastaavuutta opinnäytetyön aiheeseen ja soveltuvuutta tutkimuskysymyksiin.

4.3 Aineiston analyysi

Analysointivaiheeseen päästiin, kun sopivat tutkimusartikkelit oli valittu. Aineiston analysoinnin tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettava ja kattava kuva tutkittavasta ilmiöstä (Kangasniemi & Pölkki 2015, 83). Opinnäytetyön aineisto on analysoitu sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, siinä etsitään tekstin merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.) Valitut tutkimusartikkelit koottiin taulukkoon (Liite 1.) analysointia helpottamaan. Kun kirjallisuuskatsaus saatiin valmiiksi, koottiin sen keskeiset tulokset taulukkoon vertailua helpottamaan (Liite 2.).

Tämän jälkeen saimme sairaalalta kaksi kappaletta käytössä olevia tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan kirjallisia ohjeita (Liite 3. ja Liite 4.) ja muita kirjallisia materiaaleja, jotka annetaan potilaalle leikkauspäätöstä tehdessä. Muita materiaaleja olivat jalkojenhoidon perusohjeet, lomake hammaslääkärinä/suuhygienistiä varten, kuntoneuvoloitten yhteystiedot ja Nivelrikko kotihoito-opas potilaalle. Vertailuun valitsimme molemmat potilasohjeet, koska niissä ei ollut keskenään juurikaan eroavaisuuksia. Sairaalalta saatuja potilasohjeita verrattiin kirjallisuuskatsauksen tuloksiin ja etsittiin, esiintyikö ohjeissa kirjallisuuskatsauksen tuloksiin viittaavia sanoja, lauseita tai asiakokonaisuuksia. Näin saatiin selville, ovatko potilasohjeet voimavaroistavia ja perhekeskeisiä, ja sisältävätkö ne kaiken tarvittavan tiedon kirjallisuuskatsauksen tuloksiin perustuen.

5 TULOKSET

5.1 Yleisesti leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta

Potilaalle tulee antaa ohjausta ennen leikkausta, jotta hän saa valmiudet huolehtia itsestään ennen ja jälkeen leikkauksen. Ohjaus annetaan poliklinikkakäynnillä ennen leikkausta, jolloin tehdään leikkauspäätös. Ohjaus sisältää muun muassa kirjalliset potilasohjeet sekä ohjeet, miten kotona voi valmistautua leikkaukseen. Ohjaus on tehokkaampaa, kun sitä annetaan sekä kirjallisesti että suullisesti. (Erämies 2015, 1.) Tutkimusten mukaan leikkausta edeltävä ohjaus vähentää lonkka- ja polvitekonivelleikkausta odottavien potilaiden psyykkistä ahdistusta ja mahdollisesti myös vähentää potilaiden sairaalassaoloaikaa leikkauksen jälkeen (Gupta 2013, 2-4). Potilasohjauksella voidaan vahvistaa potilaiden elämänhallintaa leikkaukseen liittyvässä elämäntilanteessa (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015). Ohjauksen sisältö tulee muotoilla kunkin potilaan omien tarpeiden pohjalta (Erämies 2015, 1). Johanssonin, Katajiston ja Salanterän (2010) tutkimus osoitti tekonivelleikkausta odottavien potilaiden ohjaamisen olevan hyödyllistä kirjallisen materiaalin avulla. Kirjallisen ohjauksen avulla potilaiden tietoisuus hoitoon liittyvistä asioista lisääntyi.

Kynkään, Kukkuraisen & Mäkeläisen (2005) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla ei aina ollut käytettävissä nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjauksessa kirjallista materiaalia. Käytettävissä oleva kirjallinen materiaali oli usein heikkolaatuista. Tiedot saattoivat olla vanhentuneita ja vaikeaselkoisesti kirjoitettuja tai ulkoasu oli yksitoikkoinen eikä houkuttellut lukijaa lukemaan potilasohjetta. Lisäksi kirjallisia ohjeita ei ollut päivitetty sisällöllisesti. Myös Arifulla (2012) on tutkinut potilasohjeita. Hän tutki ohjeita neljän eri ominaisuuden kautta; ohjeen ulkoasua, opetussellisuutta, sisältöä sekä kieltä ja rakennetta.

5.1.1 Voimavaraistava potilasohje

Elorannan ym. (2015) tutkimuksessa käytettiin voimavaraistavuuden ulottuvuuksiin liittyviä kysymyksiä, koska potilaan voimavaraistumista tukeva tieto tulee olla sisällöltään riittävän moniulotteista. Tuloksista ilmeni, että voimavaraistavuuden biofyysiloginen ulottuvuus toteutui potilasohjauksessa ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien mielestä hyvin. Tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, että hoitovaihtoehtoja tulisi käsitellä enemmän. Toiminnallinen ulottuvuus toteutui ohjauksessa hyvin liikumisen, levon, peseytymisen ja apuvälineiden osalta. Tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, että ruokavaliosta, eritystoiminnasta ja kotona tapahtuvista järjestelyistä ei annettu tarpeeksi ohjausta. Tutkimuksen mukaan potilaat, läheiset ja hoitajat eivät olleet tyytyväisiä kokemuksellisiin, eettisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin ulottuvuuksiin, tai kokivat, että kyseisiä ulottuvuuksia ei käsitelty ohjauksessa tarpeeksi. Huonoimmin toteutuivat potilasasiamiehen toiminnasta kertominen, potilasasiakirjoihin tutustuminen sekä tukihenkilöistä, potilasjärjestöistä ja sairaalapäpistä kertominen. Taloudellista asioista annettiin ohjausta kaikkien tutkittavien mielestä heikoiten.

Arifullan (2012) tutkimuksessa arvioitiin potilasohjeiden sisältöä voimavaraistavuuden ulottuvuuksien kautta. Voimavaraistavan tiedon avulla potilaalla on tietoa, miten toimia ja tunne siitä, että osaa hoitaa itseään potilasohjeen mukaisesti. Biofyysiloginen alue tarkastelee potilaan fyysisiä oireita ja tuntemuksia terveyteen, sairauteen ja hoitoon liittyvien asioiden kautta. Toiminnallinen alue sisältää tiedot, miten potilas voi toimia itse ja miten hänen ei kannata toimia. Kokemuksellinen alue tarkastelee nykyisen terveysongelman hallitsemiseen ja selviytymiseen vaikuttavia aiempia kokemuksia ja tunteita. Eettisellä alueella tarkastellaan potilasohjeessa potilaan ainutkertaisuuteen, koskemattomuuteen ja oikeuksiin liittyvien asioiden ilmenemistä. Sosiaalinen alue sisältää tiedot siitä, miten toimenpiteeseen liittyvät asiat vaikuttavat tai estävät potilaan sosiaalista kanssakäymistä ja kuinka toimia sosiaalisen yhteisön jäsenenä kotona tai töissä. Taloudellinen alue tarkastelee selviytymiseen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi sairaalamaksuja, sairauslomaa, hoidon kustannuksia ja vakuutuskorvauksia.

Arifullan (2012) tutkimuksen mukaan biofyysilogista ja toiminnallista selviytymistä voidaan tukea parhaiten potilasohjauksessa. Kuitenkaan toiminnallisen selviytymi-

sen tukemiseksi potilasohjeissa ei varsinaisesti opastettu tai ohjeistettu miten potilas voi toimia itse tai miten jokin asia vaikuttaa johonkin toiseen asiaan, esimerkiksi miten kipu vaikuttaa liikkumiseen. Potilasohjaus perustuu hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen, johon vaikuttaa heidän taustatekijänsä. Voimavaraistumista voidaan tukea potilasohjauksessa antamalla tietoa ja ohjaamalla tiedon käyttämisessä.

Saarelan (2013) tutkimuksessa potilaan voimavaraistumista tutkittiin neljästä eri voimavarojen turvaamisen näkökulmasta; konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaamisesta. Konkreettisten voimavarojen turvaamiseen sisältyi muun muassa potilaan valmistaminen leikkaukseen, hoidon onnistumisen turvaaminen ja itsehoitovalmiuksien sekä kuntoutumisen tukeminen. Potilaan ohjauksella pyrittiin varmistamaan potilaan leikkauskelpoisuus ja vahvistamaan potilaan aktiivista asennetta itsehoitoon.

Henkisten voimavarojen turvaaminen ilmeni ohjauksessa luottamuksen luomisena, henkisenä tukemisena, turvallisuuden tunteen välittämisenä ja hoitoon sitoutumisen kannustamisena. Luottamuksen luomista auttaa hoitajan asiantuntemus, ohjauksen kiireettömyys ja hoitajan aito läsnäolo. Potilaan henkistä tukemista edesautetaan toivon ylläpitämisellä, tuen tarjoamisella ja tiedon jakamisella, mikä rauhoittaa potilaan mieltä. Turvallisuuden tunnetta voidaan luoda potilaalle poistamalla leikkaukseen liittyviä pelkoja ja ennakkoluuloja. Hoitoon sitoutumista voidaan lisätä motivoimalla potilasta ohjauksen avulla. (Saarela 2013, 30–31.)

Sosiaalisten voimavarojen turvaamiseen sisältyi muun muassa mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon (puhelimitse tai uudella käynnillä) ja läheisten huomioiminen ohjauksessa. Potilas voimavaraistui saadessaan jakaa leikkauksesta saamansa tiedon ja siitä mahdollisesti aiheutuvan taakan läheisensä kanssa. Potilaat saivat tukea läheisiltään myös kotona tapahtuvaan hoitoon ja kuntoutumiseen. (Saarela 2013, 31–32.)

Tiedollisten voimavarojen turvaaminen ohjauksen avulla koostui muun muassa oikean tiedon välittämisestä ja potilaan ymmärryksen varmistamisesta. Potilaalle täytyy antaa totuudenmukaista tietoa. Annetun tiedon tulee olla kattavaa, jotta potilas saa koko hoitoprosessiansa koskevan tiedon. Potilaan ymmärryksen voi varmistaa

antamalla potilaalle mahdollisuuden kysyä ja keskustella hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaan ymmärrys on hyvä varmistaa esimerkiksi kertaamalla yhdessä ydinasiat. (Saarela 2013, 33–34.)

Johanssonin ym. (2010) tutkimus osoitti, että potilaan voimavaraistuminen tukee potilaan kykyä tehdä päätöksiä omasta hoidostaan ja terveydentilastaan. Tutkimuksessa selvisi, että potilaiden voimavaraistumisen tunnetta lisäsi kirjallisen ohjeen lisäksi annettu puhelinohjaus. Johanssonin (2006) aiempi tutkimus osoitti, että käsitekartan käyttö kirjallisten ohjeiden lisäksi potilasohjauksessa ennen leikkausta lisäsi potilaan voimavaraistumisen kokemusta ja tietämystä hoitoonsa liittyvistä asioista.

5.1.2 Perhekeskeinen potilasohje

Elorannan ym. (2015) mukaan potilasohjauksella voidaan vahvistaa potilaiden lisäksi myös läheisten elämänhallintaa leikkaukseen liittyvässä elämäntilanteessa. Sairaalahoitojaksojen lyhentyessä on potilaiden selvittävä kotona läheisten avun turvin perustuen saamaansa potilasohjaukseen. Tämän vuoksi ohjauksessa olisi tärkeää huomioida myös läheiset. Elorannan tutkimuksen mukaan läheisiä ei kuitenkaan otettu ohjaustilanteessa tarpeeksi huomioon. Läheiset tulisikin kutsua aktiivisemmin ohjaustilanteisiin mukaan. Potilaiden lisäksi myös läheisille on tärkeää välittää tietoa potilaan sairaudesta, tutkimuksista, eri hoitovaihtoehdoista ja leikkaukseen mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista.

Auran ym. (2010) tutkimuksen tulokset osoittivat, että läheiset kokivat kohtaamiset hoitohenkilökunnan kanssa myönteisiksi, turvallisiksi, luottamuksellisiksi ja kunnioitaviksi. Hoitohenkilökunnan kohtaamiselta läheiset odottivat asiallista ja kohteliasta käyttäytymistä sekä empatiaa. Tutkimuksessa ilmeni, mitä asioita läheiset toivoivat enemmän kohtaamiselta hoitohenkilökunnan kanssa. Läheiset toivoivat enemmän potilaan ja läheisten kuulemista, huomioimista, tukemista ja mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. He kaipasivat enemmän apua tunteidensa ymmärtämiseen sekä tietoa perheenjäsenen hoitamiseen liittyvistä sosiaalipalveluista ja muutoksista, joita potilaan terveydentila aiheuttaa perhe-elämään.

Lisäksi läheiset odottivat tietoa sairaudesta, hoidosta ja siitä, mihin tarvittaessa voi ottaa yhteyttä.

Asunmaan (2010) tutkimuksen mukaan suurin osa tekonivelleikkauspotilaista ja heidän perheistään olivat tyytyväisiä kohtaamiseen hoitotyöntekijän kanssa ohjaustilanteessa. He kokivat tapaamisen myönteisenä ja ilmapiirin turvallisenä. Hoitohenkilöstö oli luottamusta herättävä ja perheeseen suhtauduttiin kunnioittavasti. Perheenjäsenet ja potilaat olivat saaneet hyvin tietoa potilaan terveydentilasta ja hoitamisesta. Potilaat kokivat hoitoon osallistumismahdollisuuden hieman paremmaksi kuin perheenjäsenet. Potilaat ja suurin osa perheenjäsenistä olivat sitä mieltä, että perheellä oli ollut mahdollisuus osallistua potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Heikoimpana osa-alueena perheet kokivat selviytymisessä tukemisen heidän elämäntilanteessaan sekä tiedon saamisen sosiaalipalveluista. Myös tietoa potilaan terveydentilan vaikutuksista perhe-elämään ja tietoa perheen jaksamisesta oli saatu heikosti. Potilaat ja perheet halusivat enemmän apua konkreettisten asioiden järjestämiseen, kuten esimerkiksi kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen.

Saarelan (2013) tutkimuksen mukaan perhekeskeisyys ohjauksessa sisältää läheisten läsnäolon ja roolin merkityksen ohjauksessa. Läheisten läsnäolo ohjauksessa on tärkeää potilaan hoidon, leikkauksen ja kuntoutumisen kannalta. Läheisillä on tärkeä rooli muun muassa potilaan motivoimisessa. Läheiset toivotettiin kutsukirjeessä tervetulleiksi ohjaukseen mukaan ja läheisille annettiin mahdollisuus osallistua aktiivisesti ohjaustilanteessa.

5.2 Potilasohjeen ulkoasu

Arifullan (2012) tutkimuksen mukaan yhtenäinen ulkoasu ja rakenne antoivat potilasohjeesta selkeän kuvan ja helpottivat potilasohjeen käyttäjää ohjeen lukemisessa. Tutkimuksessa potilasohjeiden toteutumisen ulkoasua tarkasteltiin kahden ominaisuuden avulla, joita olivat ulkoasu sekä kieli ja rakenne. Ulkoasussa tarkasteltiin kappalejaon selkeyttä, tekstin virheettömyyttä ja tekstin luettavuutta kirjaintyypin ja –koon avulla. Lisäksi tarkasteltiin ohjeiden otsikoita ja väliotsikoita, joiden tulee olla tiedottavia ja selkeitä. Kielen ja rakenteen ominaisuuksissa tarkasteltiin ohjeen ohjauksellisuutta, neuvovaa sävyä ja johdonmukaisuutta. Tekstissä tulisi olla

yhteenveto sisällöstä, joko alussa tai lopussa, ja tekstin pääasian tulisi erottua selvästi. Teksti tulisi olla aktiivimuodossa, lyhyillä ja yksinkertaisilla lauseilla. Potilasohjeessa ei tulisi olla ammattisanoja, tai jos niitä on, niin ne tulisi olla selitettynä ohjeessa. Suurimmat puutteet potilasohjeissa koskivat kappalejakoja, otsikoita ja sisällön yhteenvetoa.

5.3 Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan ohjeen sisältö

Potilaalle tulee antaa psyykkistä ja sosiaalista tukea ja leikkauksesta toipumisen kannalta tärkeää tietoa. Tietoa tulee antaa leikkausmenetelmästä, anestesiasta, tulevasta ajasta ja toimenpiteestä pelkojen vähentämiseksi ja siitä, miten potilaan odotetaan osallistuvan omaan hoitoonsa hoitoprosessissa. (Erämies 2015, 1.) Arifullan (2012) tutkimuksessa ohjeiden sisältöä arvioitiin opetuksellisuuden ominaisuuksien kautta. Ohje on opetuksellinen, jos ohjeessa on kuvattuna tavoite ja kenelle ohje on tarkoitettu. Siinä tulisi ilmetä miten potilaan tulee toimia, jotta tavoitteet saavutetaan ja sen selkeyttämiseksi olisi käytettävä esimerkkejä. Potilasohjeessa tulisi ilmetä myös, kuinka hoidon onnistumista seurataan ja ohjeen tulisi sisältää yhteystiedot mahdollisten lisäkysymysten varalta.

Arifullan (2012) tutkimuksessa ilmeni, että vain harvoissa potilasohjeissa oli ilmoitettu, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Potilasohjeita ei ollut kohdennettu lukijalle, vaan niissä oli käytetty verbimuotona passiivia. Tutkimuksessa ilmeni myös, että suurimmassa osassa potilasohjeista ohjeistettiin ottamaan yhteyttä, vaikka vain alle puolet potilasohjeista sisälsi yhteystiedot. Vain alle puolessa ohjeista oli kuvattu, miten potilas voi toimia hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi.

Pellisen (2014) mukaan nivelrikkoa sairastava potilas tarvitsee tietoa varsinkin kivun hoito- ja hallintakeinoista sekä liikuntaharjoittelusta. Tietoa tarvittiin enemmän hoitoon liittyvistä mahdollisista komplikaatioista ja niiden estämisestä sekä siitä, milloin tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan, jos oireet pahenevat. Potilaan tiedon tarpeita tutkittaessa selvisi myös, että potilas tarvitsi eniten biofysiologista, eettistä ja taloudellista tietoa. Vähiten tiedon tarvetta potilaat kokivat olevan kokemuksellisella ja toi-

minnallisella osa-alueella. Itsehoitoon liittyen potilas tarvitsi vähiten tietoa laihduttamisesta. Tutkimuksessa selvisi, että mitä enemmän nivelrikkoa sairastava potilas koki kipua, sitä enemmän hän kaipasi tietoa ja ohjausta terveydenhuollon ammattilaiselta.

Johansson (2006) selvitti tutkimuksessaan ortopedisten potilaiden ohjausta voimavaraistavuuden näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että potilaat pitivät tärkeimpinä tietoa komplikaatioista, oireista, lääkityksestä, hoidosta ja päivittäisistä toiminnoista. Vähiten tärkeinä he pitivät tietämystä yhteisöllisistä asioista, eli yhteisön tuesta, selviytyäkseen leikkaukseensa liittyvistä tilanteista.

5.3.1 Tietoa sairaudesta ja toimenpiteestä

Nivelrikko on yksi tärkeimpiä syitä lonkan tai polven tekonivelleikkaukselle (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005, 894). Nivelrikko syntyy, kun nivelruston soluväliaine tuhoutuu nopeammin kuin rustoa korjaava prosessi tapahtuu. Nivelrikko on koko nivelen sairaus, jossa rustopinta haurastuu ja nivelrusto häviää nivelpinnoilta. Nivelrikko voi aiheuttaa muutoksia luussa ja nivelkapselissa. (Kauppi 2007, 36.)

Tekonivelleikkauksessa potilaan nivel korvataan tekonivelellä, joita on käyttöaiheeltaan ja ominaisuuksiltaan erilaisia (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005, 899), kuten esimerkiksi osa- ja kokotekonivel. Ortopedeilla on erilaisia käsityksiä tekonivelleikkauksen aiheista, eikä yksiselitteisiä aiheita tai oikeaa leikkausajankohtaa ole määritelty kirjallisuudessa. Leikkauspäätös onkin aina potilaskohtainen. (Remes, Viro-lainen, Kettunen & Miettinen 2008, 261, 265.)

Tekonivelleikkaukseen tulevalla potilaalla tulee olla nivelrikkoon sopiva löydös röntgenkuvassa sekä löydökseen sopiva oire. Useimmiten oireena on vaikea kipu tai nivelen havaittavissa oleva liikevajaus tai virheasento. (Remes ym. 2008, 265.) Kun nivelrikon parantamiseksi on käytetty kaikkia muita vaihtoehtoja, kuten esimerkiksi kipulääkitystä, kortisoni-injektioita ja nivelrustoa korjaavia valmisteita, on tekonivelleikkaus viimeinen keino vähentää potilaan kipua sekä parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua (Kauppi 2007, 37–38). Lehdon ym. (2005) mukaan tekonivel-

leikkauksia tehdään myös potilaille, joiden toimintakyky rajoittuu merkittävästi nivelrikon ja siitä aiheutuvan kivun takia eikä sitä voida hoitaa muilla kirurgisilla toimenpiteillä.

Tekonivelleikkauksen vasta-aiheita ovat yleisinfektio, dementia, alkoholismi ja akuutti sairaus, jotka lisäävät leikkaukseen liittyvää kuoleman riskiä. Leikkauspäätöstä tehdessä on huomioitava komplikaatoriskejä lisäävät tekijät, kuten esimerkiksi pitkäaikaissairaudet, ylipaino, tupakointi ja epäsosiaalisuus. (Remes ym. 2008, 266.) Tekonivelleikkauksen esteenä voivat olla myös esimerkiksi sääri- ja painehaavat, märkänäppylät ja tulehtuneet ihottumat (Erämies 2015, 2).

5.3.2 Tietoa komplikaatioista

Tekonivelleikkaukseen liittyy aina komplikaatioiden riski. Komplikaatioita on välittömiä ja myöhäisvaiheessa ilmeneviä. Välittömiä komplikaatioita ovat esimerkiksi tulehdukset, laskimotukokset ja haavan paranemiseen liittyvät ongelmat. Puolen vuoden ajan leikkauksen jälkeen potilaalla on lisääntynyt riski saada sydäninfarkti. Myöhäisvaiheessa ilmeneviä ongelmia ovat esimerkiksi tulehdukset ja tekonivelten osien rikkoutuminen. (Remes ym. 2008, 266.) Tekonivelleikatusta potilaista 3-6 prosenttia joutuu tekonivelen uusintaleikkaukseen kymmenen vuoden kuluessa. Tekonivelleikkaus voidaan joutua uusimaan, jos leikkauksessa käytetyt osat irtoavat tai kuluvat, tulee tulehduksia tai tekonivel menee sijoiltaan. (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005, 895.)

5.3.3 Tietoa tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta

Potilaan tulee käydä tarvittaessa *laboratoriokokeissa* ja erilaisissa *muissa tutkimuksissa*, kuten esimerkiksi sydänfilmissä, joiden avulla voidaan arvioida potilaan leikkauksekelpoisuus. Veri- ja virtsakokeiden sekä keuhkokuvan avulla selvitetään mahdolliset virtsatie-, hengitystie- tai muut tulehdukset. (Erämies 2015, 1.)

Alkoholia ei saa käyttää 24 tuntia ennen leikkaukseen tuloa, koska alkoholin käyttö lisää leikkaukseen liittyviä komplikaatioita. Alkoholilla voi olla myös vaarallisia yhteisvaikutuksia leikkauksessa annettavien lääkkeiden kanssa. *Tupakointi* tulisi lopettaa vähintään 3-8 viikkoa ennen leikkausta komplikaatioiden vähentämiseksi. Tupakoinnin haittavaikutuksia voivat olla leikkauksen jälkeiset hengitysongelmat sekä ongelmat haavan paranemisessa. Nikotiinikorvaushoitoa voidaan käyttää tupakoinnin lopettamisen apuna. (Erämies 2015, 1–2.)

Mahdollinen *painon pudotus* tulee huomioida potilaan ollessa ylipainoinen. Lihavuuteen liittyvät liitännäissairaudet, kuten esimerkiksi tyypin 2 diabetes ja kohonnut verenpaine, lisäävät anestesia-riskiä. Hyvä *yleiskunto ja lihasvoima* edesauttavat leikkauksesta toipumista ja toimintakyvyn paranemista. Monipuolinen ja terveellinen *ruokavalio* sekä riittävä *nesteensaanti* edistävät haavojen paranemista ja kudosten vastustuskykyä tulehduksille. (Erämies 2015, 2.)

Leikkausalueen ja sitä ympäröivän *ihon kunto* tulee olla hyvä, koska ihotulehdus lisää haavan tulehdusriskiä. Kroonista ihottumaa tai ihosairautta sairastava potilas on leikkauksekelpoinen, mikäli sairaus on mahdollisimman rauhallisessa vaiheessa. Ennen tekonivelleikkausta tulee kiinnittää huomiota varpaan väleihin ja jalkojen ihon kuntoon. Kynsivallintulehdus tulee hoitaa ennen leikkaukseen tuloa. Ihokarvojen omatoimista poistamista ennen leikkausta tulee välttää. (Erämies 2015, 2.)

Leikkausaamuna tai edellisenä iltana tulee käydä huolellisesti *pesemässä koko vartalo ja hiukset* suihkussa. Kynsilakka on poistettava ennen leikkaukseen tuloa. Leikkaukseen tullessa vaatteiden kannattaa olla puhtaat ja mahdollisimman väljät ja mukavat. (Erämies 2015, 2.)

Ennen tekonivelleikkausta on käytävä hammaslääkärissä, jossa tarkastetaan *hampaiden kunto*. Hammaslääkärissä tarkistetaan, ettei hampaissa ole oireettomia infektioita, jotka voisivat levitä verenkierron kautta leikattuun niveleeseen. Myös mahdolliset hampaiden poistot ja juurihoidot tulee suorittaa ennen tekonivelleikkausta. (Erämies 2015, 2.)

Useimpia *lääkkeitä* saa ja tulee jatkaa leikkaukseen asti eikä niitä tarvitse tauottaa. Jotkut lääkkeet, kuten esimerkiksi osa diabeteslääkkeistä tulee keskeyttää leikkauksen ajaksi. Lääkkeiden keskeyttämisestä keskustellaan lääkärin kanssa. (Erämies 2015, 3.)

Leikkausta ennen tulee olla *ravinnotta* eli kiinteän ruoan nauttiminen on lopetettava vähintään kuusi tuntia ennen leikkausta ja kirkkaiden nesteiden (esimerkiksi vesi, mehu, tee ja kahvi) nauttiminen vähintään kaksi tuntia ennen leikkausta. Leikkausta edeltävänä iltana saa syödä kevyen aterian. Kaksi tuntia ennen leikkausta tulee lopettaa purukumin ja tupakkatuotteiden käyttäminen. (Erämies 2015, 3.)

Sairaalaan tullessa mukana on oltava kutsukirje, lääkeresepit, mahdolliset silmätipat, astmalääkkeet ja insuliini sekä henkilökohtaiset hygieniavälineet. Leikkauksen jälkeen tarvittavat apuvälineet tulee varata kotiin ennen leikkauksen menoa. Tarvittavat apuvälineet tulee ottaa myös mukaan sairaalaan tullessa. (Erämies 2015, 2-4.)

6 POHDINTA

6.1 Pohdinta kirjallisuuskatsauksen tuloksista

Laadukas potilasohjaus koostuu kirjallisen ohjeen lisäksi suullisesta ohjauksesta ja se perustuu hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Potilaan voimavaraistuminen ja ohjauksen perhekeskeisyys ovat niin moniulotteisia asioita, että ne eivät voi toteutua pelkästään kirjallisen ohjeen avulla. Moniulotteisuuden toteutumiseksi on tärkeää, että voimavaraistumista käsitellään biofysiologisten, toiminnallisten, kokemuksellisten, eettisten, sosiaalisten ja taloudellisten näkökulmien kannalta. Kirjallisen ohjeen kautta voidaan tukea biofysiologista ja toiminnallista voimavaraistumista. Muiden voimavaraistumisen ulottuvuuksien toteutumista voidaan tukea enemmän suullisen ohjauksen avulla. Potilasohjauksessa tulisikin käsitellä kyseisiä ulottuvuuksia enemmän.

Perhekeskeisyys kuuluu olennaisena osana potilaan voimavaraistumiseen. Perhekeskeisyys ohjauksessa tarkoittaa läheisten läsnäoloa, potilaan huomioimista osana hänen perhettään ja läheisten roolin huomioimista. Läheisten läsnäolon tärkeys korostuu potilasohjauksessa, varsinkin potilaiden ollessa iäkkäitä, potilaan hoidon, leikkauksen ja kuntoutumisen kannalta. Lisäksi läheiset saavat samalla tietoa ja tukea tässä elämäntilanteessa jaksamiseen. Läheisillä on tärkeä rooli muun muassa potilaan motivoimisessa. Tutkimusten mukaan läheiset kaipaavat enemmän tukea perheen jaksamiseen, tunteiden ymmärtämiseen ja tietoa perhe-elämään aiheutuvista muutoksista. Näitä asioita tulisi käsitellä ohjaustilanteessa.

Tiedon välittämisen lisäksi potilasohjauksen tavoitteena on potilaan motivoituminen tulevaan toimenpiteeseen ja hoitoon sitoutuminen. Hoitoon sitoutumista edesauttaa luottamuksen luominen, johon vaikuttaa hoitajan asiantuntemus, ohjauksen ja hoitajan kiireettömyys, ohjausympäristön rauhallisuus ja hoitajan aito läsnäolo. Potilaan motivoinnin apuna voidaan käyttää motivoivaa keskustelua, jossa hoitaja on empaattinen ja hän kunnioittaa potilaan oikeutta ja kykyä asettaa omat tavoitteensa. Hoitaja pyrkii vahvistamaan ja tukemaan yksilöä. Motivoivan keskustelun keinoina voi käyttää avoimia kysymyksiä, reflektointia eli potilaan käyttämien lauseiden toistamista eri sanoin ja yhteenvedon tekemistä ohjaustilanteesta.

6.2 Pohdinta kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailun tuloksista

Kirjallisuuskatsauksen tulokset perustuvat siihen, että poliklinikkakäynnin potilasohjaustilanteessa käsitellään kaikki tarvittava tieto ennen leikkausta, eikä sen jälkeen ole toista ohjaustilannetta. Vertailussa käytettävät potilasohjeet potilaat saavat leikkauuspäätöstä tehdessä ja sen jälkeen on vielä erikseen ohjausaika, jossa asioita käydään tarkemmin läpi. Sen vuoksi kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailussa voi olla eroavaisuuksia, emmekä voi vertailussa tietää mitkä asiat käsitellään seuraavalla käynnillä.

Kirjallisuuskatsauksen ja potilasohjeiden vertailun (Liite 2.) mukaan potilasohjeiden ulkoasu on pääasiassa hyvä. Potilasohjeet ovat rakenteeltaan selkeitä ja helppolukuisia. Potilasohjeissa on muutamia lukemista häiritseviä asioita. Näitä asioita ovat toisessa ohjeessa ilmenevät ylimääräiset välilyönnit sanojen välissä ja molemmissa ohjeissa esiintyvä sana ”suositamme”. Mielestämme ”suosittelemme” -sana olisi parempi ohjeeseen, koska se on selkeämpi, luontevampi ja paremmin ymmärrettävissä selväksi kannanotoksi. Lisäksi potilasohjeista puuttuu sisällön yhteenveto.

Potilasohjeissa on monia asioita, jotka edistävät potilaan kokonaisvaltaista voimavaraistumista. Voimavaraistumisen ulottuvuuksista biofysiologiset ja toiminnalliset ulottuvuudet toteutuvat potilasohjeissa hyvin. Taloudellinen ulottuvuus toteutuu osittain. Ohjeissa on kerrottu toimenpiteeseen liittyvästä sairauslomasta, mutta ei esimerkiksi hoidon kustannuksista. Sosiaalinen ulottuvuus toteutuu läheisten tärkeyden kannalta, mutta potilasohjeissa ei ole kerrottu esimerkiksi toimenpiteen vaikutuksista potilaan sosiaaliseen elämään. Kokemuksellinen ja eettinen ulottuvuus eivät toteudu potilasohjeissa ollenkaan, kuten esimerkiksi potilaan oikeuksia ei ole huomioitu. Mielestämme potilasohjeista puuttuvat voimavaraistumisen ulottuvuudet voidaan käsitellä suullisessa ohjauksessa, joten niitä ei ole tarvitse olla myös kirjallisissa ohjeissa.

Potilasohjeet ovat perhekeskeisiä siltä osin, että niissä on huomioitu potilaan selviytymisen kannalta läheisten tärkeä rooli. Potilasohjeissa läheiset on huomioitu tärkeänä henkisenä tukena ja auttajana esimerkiksi kuntoutumisessa ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Kummassakaan potilasohjeessa ei kuitenkaan ole

suoranaisesti huomioitu potilaan läheisiä eikä heidän tarpeitaan tiedosta, tuesta ja ymmärtämisestä. Lisäksi potilasohjeissa tulisi olla enemmän läheisten kaipaamaa tietoa sosiaalipalveluista ja toimenpiteen vaikutuksista perheen elämään.

Potilasohjeet sisältävät runsaasti sellaista tietoa, mitä potilaat tarvitsevat tulevasta toimenpiteestä ja siitä selviytymisestä. Potilasohjeissa ei ole kerrottu leikkauksen vasta-aiheista, komplikaatioista, ohjeen tavoitteesta eikä siitä, kenelle ohje on varsinaisesti tarkoitettu. Vaikka leikkauksen varsinaisia komplikaatioita ei ole ohjeissa kerrottu, on kuitenkin niiden ehkäisemiseksi tarkoitettuja toimintatapoja osittain esitelty. Potilasohjeissa komplikaatioiden ehkäisemisestä on puhuttu muun muassa tupakoinnin lopettamisen yhteydessä. Leikkauksen vasta-aiheista ja leikkauskelpoisuudesta kaipaisimme lisätietoa, koska se voisi auttaa potilasta hahmottamaan missä tilanteissa tulee ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon.

Potilasohjeissa oleva ohjeistus tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta on hyvä ja kattava muuten, mutta muutamia valmistautumiseen liittyviä asioita ohjeissa ei ole kerrottu. Näitä asioita ovat tieto mahdollisista laboratoriokokeista ja muista tutkimuksista, riittävästä nesteensaannista, ravinnosta olost, peseytymisestä, kynsilakan poistamisesta ja siitä, mitä tulee ottaa mukaan sairaalaan tullessa. Leikkauksen onnistumisen kannalta potilaalla tulee olla tietoa myös näistä asioista.

6.3 Pohdinta opinnäytetyön eettisyydestä ja luotettavuudesta

Opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, eli eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys täyttyy. Epärehellisyyttä on vältetty jokaisessa opinnäytetyön teon vaiheessa. Muiden tekstejä ei ole plagioitu eli lainattu luvatta, vaan teksti on kirjoitettu omalla tavalla. Muiden tekemien tutkimusten tuloksia tai kirjoittamia tekstejä ei kuitenkaan ole vääristelty eikä kaunisteltu.

Opinnäytetyön tulokset ovat luotettavia ainakin siltä osin, että kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit ovat hoitotyön ammattilaisille suunnatuista tieteellisistä aikakausjulkaisuista tai muista tieteellisistä lähteistä. Lähteinä käytettiin mahdollisimman tuoreita lähteitä, sillä kirjallisuuskatsaukseen valittiin korkeintaan noin kymmenen vuoden sisällä julkaistuja artikkeleita ja tutkimuksia. Lähdekritiikki

otettiin huomioon tiedonhakuvaiheessa ja aineiston analyysivaiheessakin. Kirjallisuuskatsaukseen ei otettu mukaan sellaisia artikkeleita tai tutkimuksia, jotka eivät liittyneet opinnäytetyön aiheeseen.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailun luotettavuutta voi heikentää se, että mikään kirjallisuuskatsauksen lähteistä ei suoranaisesti sisältänyt vastausta opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Monissa tutkimuksissa käsiteltiin voimavaraistavaa tai perhekeskeistä ohjausta, mutta ei suoranaisesti kirjallista ohjausta. Siihen liittyviä tutkimuksia ei löytynyt. Tämän vuoksi ei suoraan saatu selville, mitä tutkimusten mukaan tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle tarkoitetun voimavaraistavan ja perhekeskeisen kirjallisen ohjeen tulisi sisältää.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailu on luotettavaa, koska vertailun välineenä käytettiin taulukkoa. Ensin taulukkoon kirjattiin kirjallisuuskatsauksen tulokset, jonka jälkeen kirjattiin potilasohjeiden ja kirjallisuuskatsauksen tulosten vertailu taulukkoon. Vertailun tulokset ovat luotettavia siinä mielessä, että kirjallisuuskatsaus tehtiin valmiiksi ennen kuin potilasohjeet saatiin sairaalalta. Täten potilasohjeiden sisältö ei vaikuttanut asenteisiimme ja ennakkotietoihimme kirjallisuuskatsauksen teossa. Selvitimme siis ensin mitä aiheesta on tutkittu ja millaisia tuloksia tutkimuksissa on saatu, ja sen jälkeen vasta analysoimme potilasohjeita.

6.4 Pohdinta opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi oli kestoaltaan pitkä ja aikaa vievä. Aiheemme oli melko haastava laajuutensa vuoksi. Vaikka aihetta rajattiin runsaasti, oli silti välillä ongelmallista yhdistää teoriaa ja käytäntöä. Potilaan voimavaraistumista ja hoidon perhekeskeisyyttä on tutkittu paljon, mutta ei juurikaan kirjallisten potilasohjeiden näkökulmasta ja suoranaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin ei tutkimuksista löytynyt. Tämänkin vuoksi opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa.

Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen ja ammattitaitoamme kehittävä. Vaikka aihe olikin haastava, oli se kuitenkin hyödyllinen tulevaisuuttamme ajatellen. Tulevina sairaanhoitajina saimme syvällisemmän käsityksen voimavaraistavasta ja perhe-

keskeisestä ohjauksesta, joka on erittäin tärkeää hoitotyössä. Opinnäytetyön tekeminen opetti meille laaja-alaista tiedonhakua, lähdekriittisyyttä ja tieteellistä kirjoittamista. Opinnäytetyön tekemisen myötä olemme oppineet myös parityöskentelyä, joustamista ja kompromissien tekemistä. Lisäksi olemme oppineet pitkäjänteistä työn tekoa.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

1. Vertailtujen potilasohjeiden selkeyttä ja ymmärrettävyyttä voisi tutkia esimerkiksi siten, että ns. maallikot lukisivat potilasohjeet ja arvioisivat niitä.
2. Kirurgian poliklinikan hoitohenkilökunnan antamaa suullista potilasohjausta voisi tutkia, esimerkiksi siten, onko heidän antama suullinen ohjaus voimavaraistavaa ja perhekeskeistä sekä onko ohjaus riittävää.
3. Voimavaraistavaa ja perhekeskeistä ohjausta voisi tutkia lisää ja täsmentää sitä kirjalliseen potilasohjaukseen. Voisi tutkia esimerkiksi, että mitä kirjallisen potilasohjeen tulee sisältää voimavaraistavan ja perhekeskeisen ohjauksen näkökulmasta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

- Potilasohjeiden ulkoasu: Potilasohjeiden ulkoasu on pääasiallisesti hyvä. Muutamia kehittämissuhteita kuitenkin havaittiin. Molemmat potilasohjeet olisi hyvä tarkistaa, koska ainakin toisessa ohjeessa ilmeni ylimääräisiä välilyöntejä sanojen välissä. Potilasohjeissa on ”suositamme” –sana, jonka voisi mielestämme vaihtaa ”suosittelemme” –sanaan, joka on selkeämpi, luontevampi ja paremmin ymmärrettävissä selväksi kannanotoksi.
- Potilasohjeiden voimavaraistavuus: Potilaan voimavaraistuminen koostuu monista eri ulottuvuuksista. Olisikin tärkeää, että kaikki nämä voimavaraistumisen ulottuvuudet käsiteltäisiin potilasohjauksessa. Potilasohjeissa käsitellään hyvin biofysiologisen ja toiminnallisen voimavaraistumisen ulottuvuuksiin liittyviä asioita. Kuitenkaan kaikkien voimavaraistumisen ulottuvuuksien ei tarvitse toteutua kirjallisessa potilasohjeessa, vaan ne tulee käsitellä suullisessa potilasohjauksessa. Näitä suullisessa potilasohjauksessa käsiteltäviä asioita ovat kokemukselliset, eettiset, sosiaaliset ja taloudelliset voimavaraistumisen ulottuvuudet.
- Potilasohjeiden perhekeskeisyys: Potilasohjeissa on korostettu läheisen tärkeää roolia potilaan selviytymisen tukena. Potilasohjeissa voisi olla enemmän huomioitu läheisen tiedon ja tuen tarpeita. Näitä asioita voisi olla esimerkiksi tieto mahdollisista sosiaalipalveluista, jotka ovat potilaan ja läheisen käytettävissä. Potilaan läheinen tulee kutsua aktiivisesti jo ensimmäiseen potilasohjaukseen ja huomioida hänet suullisessa potilasohjauksessa.
- Potilasohjeiden sisältö: Potilasohjeiden sisältö yleisesti ottaen on selkeä, hyvä ja totuudenmukainen. Joitain puutteita sisällöstä kuitenkin löysimme. Potilasohjeiden olisi hyvä sisältää tietoa leikkauksen komplikaatioista ja niiden ehkäisemisestä sekä ohjeessa tulisi ilmetä ohjeen tavoite ja kenelle ohje on tarkoitettu. Näitä asioita ei potilasohjeissa ole suoranaisesti kerrottu. Lisäksi mielestämme olisi tärkeää, että potilasohjeissa kerrottaisiin leikkauksen vasta-aiheista ja leikkauksekelpoisuudesta. Leikkauksen vasta-aiheet ja leikkauksekelpoisuus tulisi rinnastaa potilasohjeissa siihen, että missä tilanteissa

potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon. Syitä tarvittavaan yhteydenottoon tulisi konkretisoida, kuten esimerkiksi tuleeko potilaan ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon, jos hän sairastuu ennen leikkausta.

- Potilasohjeiden ohjeet tekonivelleikkaukseen valmistautumiseen: Potilasohjeissa on selvästi ja kattavasti kerrottu joistakin valmistautumiseen liittyvistä asioista. Potilasohjeista puuttuu tieto mahdollisista laboratoriotesteistä ja muista tutkimuksista, riittävästä nesteensaannista, ravinnosta olostaan, peseytymisestä ja kynsilakan poistamisesta ennen leikkausta sekä, mitä potilaan tulee ottaa mukaan leikkaukseen tullessaan. Ehdottaisimmekin, että potilasohjeissa voisi olla esimerkiksi osio, johon voisi kirjoittaa potilaan yksilölliset tiedot, kuten esimerkiksi mahdolliset laboratoriotestit, muut tutkimukset ja leikkausta edeltävät poliklinikkakäynnit. Myös muut puuttuvat asiat tulisi huomioida potilasohjeissa.

LÄHTEET

- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.
- Fagerlund, A. & Lehto, R. 2010. Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus – opas operatiivisen osaston hoitohenkilökunnalle. Teoksessa: A. Jauhiainen (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä, 70–72.
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print, 83–96.
- Koskinen, S. 2009. Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. [Verkkosivu.] Terveyskirjasto. [Viitattu 12.5.2015.] Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Oppimateriaalit Oy.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: P. Larivaara, S. Lindroos & T. Heikkilä (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 18–33.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino- Turun yliopisto, 2.
- Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of nursing care quality* 20 (4), 308–316.
- Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa: M. Hupli, S. Rankinen & H. Virtanen (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, 3–12.
- Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print, 23–36.

- Paavilainen, E. 5.2.2011. Miksi perhekeskeistä hoitoa tarvitaan terveydenhuollossa? [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 12.10.2015]. Saatavana: http://www.netikka.net/lakeuden_omaishoitajat/images/stories/pdf/perhekeskeisyys_paavilainen.pdf
- Paavilainen, E. 2013. Potilaan ja läheisten ohjaus. [Verkkajulkaisu.] [Viitattu 7.4.2015.] Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6152/Potilaan_ja_laheisten_ohjaus.pdf
- Polvi- ja lonkkanivelrikko. 25.8.2014. Käypähoitosuositus. [Verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. [Viitattu 12.10.2015]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=hoi50054>
- Poskiparta, M. 2010. Voimavaralähtöisen potilasohjauksen lähtökohdat. Teoksessa: A. Jauhiainen (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä, 49–57.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 12.10.2015]. Forssan Kirjapaino. Saatavana: http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuominen-Eilola, T. Ei päiväystä. Menetelmä lyhyesti. [Verkkosivu]. Oulun yliopisto. [Viitattu: 7.4.2016]. Saatavana: http://cc.oulu.fi/~tte/jatkvert_tiedostot/Page475.htm
- Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. [Verkkajulkaisu]. Duodecim. [Viitattu: 29.9.2015]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10877.pdf>
- Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Juva: WS Bookwell Oy.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET

- Arifulla, D. 2012. Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu –tutkielma.
- Asunmaa, H. 2010. Tekonivelleikkauspotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu –tutkielma.
- Aura, M., Paavilainen, E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 8(2).
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva Hoitotyö Vol. 13(1).
- Erämies, T. 2015. Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.
- Gupta, A. 2013. Hip or knee replacement: pre-operative education. The Joanna Briggs Institute.
- Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Turun yliopisto. Turku: Painosalama Oy. Väitöskirja.
- Johansson, K., Katajisto, J. & Salanterä, S. 2010. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. Journal of Clinical Nursing Vol. 19, 2980–2988.
- Kauppi, M. 2007. Nivelrikon hoitotyössä korostuu potilaan ohjaus. Sairaanhoidaja – Sjuksköterska Vol. 80, 36–38.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva Hoitotyö Vol. 3(2), 12–17.
- Lehto, M., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Tampere: Duodecim 121: 893–901.
- Pellinen, T. 2014. Polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeet potilasohjauksessa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro Gradu –tutkielma.

Remes, V., Virolainen, P., Kettunen, J. & Miettinen, H. 2008. Polven nivelrikon kirurginen hoito. *Kuopio: Duodecim* 124: 261–270.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteen yksikkö. Pro Gradu –tutkielma.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaus

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailu

Liite 3. Polven tekonivelleikkaus -ohje

Liite 4. Lonkan tekonivelleikkaus -ohje

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Tekijät	Artikkeli	Julkaisu	Keskeiset tulokset
Arifulla, D. 2012.	Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö	Pro Gradu	Potilasohjeissa käytettiin yleisimmin verbin passiivimuotoja tai teitittely –muotoa. Useimmiten potilasohjeen tarkoitus oli lääketieteellisen tiedon välitys. Potilasohjeiden ulkoasu, kieli ja rakenne sekä opetuksellisuus olivat hyviä, mutta ulkoasussa oli puutteita kappalejaossa, otsikoissa ja visuaalisuudessa. Vain harvoissa potilasohjeissa oli sisällön yhteenveto. Potilasohjeiden sisältö keskittyi pääasiassa tiedolliseen ja toiminnalliseen selviytymiseen. Biofysiologista selviytymistä oli huomioitu jonkin verran. Eettistä, sosiaalista ja kokemuksellista selviytymistä esiintyi vain harvoissa ohjeissa.
Asunmaa, H. 2010.	Tekonivelleikkauspotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä	Pro Gradu	Perheen kohtaaminen koettiin yleisesti hyväksi, mutta heikoin osa-alue oli perheen auttaminen elämäntilanteesta selviytymiseen. Perheet saivat tarpeeksi tietoa potilaan terveydentilasta ja hoitamisesta. Lisätietoa kaivattiin perhe-elämän muutoksista ja omasta jaksamisesta sekä sosi-

			aalipalveluista. Tulosten perusteella perhe oli saanut kirjalliset ohjeet ja yhteystiedot hyvin sekä perheellä oli mahdollisuus osallistua päätöksentekoon.
Aura, M., Paavilainen, E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010.	Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta	Tutkiva Hoitotyö	Läheiset eivät saaneet tukea henkilökohtaiseen selviytymiseensä eikä apua tunteidensa ymmärtämiseen. Kohtaaminen hoitohenkilöstön kanssa oli suurellesalle läheisistä myönteistä, turvallista, kunnioittavaa ja luottamuksellista. Läheiset kaipasivat tietoa sairaudesta, hoidosta ja siitä mihin voi ottaa yhteyttä tarvittaessa.
Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015.	Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana	Tutkiva Hoitotyö	Tutkimustulokset koskivat voimavaraistumisen ulottuvuuksia. Biofysiologinen ulottuvuus toteutui potilasohjauksessa pääasiallisesti hyvin, mutta hoitovaihtoehtoista pitäisi saada lisää tietoa. Toiminnallisen ulottuvuuden suhteen ruokavalioon, eritystoimintaan ja kotona tapahtuviin järjestelyihin liittyvä ohjaus toteutui heikosti. Kokemuksellista, eettistä, sosiaalista ja taloudellista ulottuvuutta tulisi käsitellä enemmän ohjauksessa.

Erämies, T. 2015.	Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus	Sairaanhoidajan käsikirja	Tarvittaessa potilas käy ennen leikkausta esitarkastuksessa perusterveydenhuollossa, laboratoriokokeissa (veri- ja virtsakokeet) ja muissa tutkimuksissa, joissa selvitetään leikkauksekelpoisuus. Hampaiden kunnon tarkastus hammaslääkärissä ennen leikkausta. Alkoholista on pidättäytyttävä ja tupakointi kehoitetaan lopettamaan ennen leikkausta. Lihavuuden liittämissairaudet lisäävät anestesia-riskiä, joten painonpudotukseen tulee kannustaa. Hyvä yleiskunto ja lihasvoima ovat tärkeitä nopean toipumisen kannalta. Leikkausalueen ihon kunto tulee olla hyvä. Huolellinen pesu toimenpidöpäivän aamuna tai edellisenä iltana. Ennen leikkausta tulee paastota. Haavojen paranemista edistää riittävä nesteen saanti ja monipuolinen ravitsemus.
Gupta, A. 2013.	Hip or knee replacement: pre-operative education	The Joanna Briggs Institute	Suositus, että leikkausta edeltävää ohjausta tulisi antaa kaikille lonkka- ja polvitekonivelleikkaukseen meneville potilaille psyykkisen ahdistuksen tai tuskan sekä mahdollisesti sairaalassaoloajan vähentämiseksi.

Johansson, K. 2006.	Empowering orthopaedic patients through education	Väitöskirja	Potilaat pitivät tärkeimpänä tietoja komplikaatioista ja oireista. Vähiten tärkeinä he pitivät yhteisöllisistä asioista tietämistä. Ohjauksen sisällöissä ja menetelmissä ei ole huomioitu voimavaroisuuden näkökulmaa. Potilaan voimavaraistumista lisäsi käsitekartan käyttö potilasohjauksessa.
Johansson, K., Katajisto, J. & Salanterä, S. 2010.	Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment	Journal of Clinical Nursing	Kirjalliset ohjausmateriaalit ovat hyvä vaihtoehto leikkausta edeltävään potilasohjaukseen verrattuna puhelimitse tapahtuvaan ohjaamiseen. Kuitenkin puhelimitse tapahtuneen ohjauksen saaneet potilaat kokivat olonsa voimavaraistuneemmaksi kuin pelkän kirjallisen ohjausmateriaalin saaneet potilaat.
Kauppi, M. 2007.	Nivelrikon hoidotyössä korostuu potilaanohjaus	Sairaanhoitaja - Sjuksköterskan	Nivelrikko on yleisin nivelsairaus. Nivelrikko on koko nivelen sairaus, joka voi aiheuttaa muutoksia nivelrustossa, luussa ja nivelkapselissa. Lopulta potilailla on usein edessä tekonivelleikkaus, mikä vähentää kipua ja parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä.
Kyngäs, H., Kukkurainen,	Nivelreumaa sairastavien	Tutkiva Hoidotyö	Tutkimuksen mukaan kirjallisen ohjeen heikkouksia sairaalassa oli mm. kirjallisen materiaalin

M. & Mäkeläinen, P. 2005.	potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana		puute tai heikko laatu, tiedot olivat vanhentuneita tai vaikeaselkoisia sekä ulkoasu oli yksitoikoinen eikä houkutteleva. Kirjallisia ohjeita ei ollut päivitetty.
Lehto, M., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005.	Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi	Duodecim	Tekonivelleikkaus tehdään nivelsairaille potilaille, joiden sairautteen liittyvä kipu rajoittaa elämää merkittävästi eikä sairautta pystytä muilla keinoin hoitamaan. Tekonivelmalleja on erilaisia.
Pellinen, T. 2014.	Polven nivelrikopotilaiden tiedon tarpeet potilasohjauksessa	Pro Gradu	Itsehoitoon liittyvästä tiedosta eniten tarvetta oli kivunhoito- ja hallinta keinoista, nivelvammojen ehkäisystä ja liikuntaharjoittelusta sekä vähiten laihduttamisesta. Eniten tietoa tarvittiin hoitoon mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista, miten itse voi estää komplikaatioita ja milloin on otettava yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa.
Remes, V., Virolainen, P., Kettunen, J. & Miettinen, H. 2008.	Polven nivelrikon kirurginen hoito	Duodecim	Tekonivelleikkauksella pystytään poistamaan kipu erittäin hyvin ja palauttamaan nivelen toimintakyky lähes normaaliksi. Potilaan toimintakyky paranee ja psyykinen vointi kohenee leikkauksen myötä. Komplikaatiot voidaan jakaa välittömiin ja myöhäisvaiheen ongelmiin.

Saarela, K. 2013.	Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana	Pro Gradu	Asiantuntijasairaanhoidajien kuvaamien ilmausten perusteella potilaan kokonaisvoimavaraistaminen koostui potilaan <i>konkreettisten</i> (mm. leikkaukseen valmistaminen ja itsehoitovalmiuksien tukeminen), <i>henkisten</i> (mm. hoitoon sitoutumiseen kannustaminen), <i>sosiaalisten</i> (mm. yhteydenoton mahdollisuus hoitavaan tahoon ja läheisten huomioiminen ohjauksessa) ja <i>tiedollisten</i> (mm. oikean tiedon välittäminen ja ymmärtämisen varmistaminen) voimavarojen turvaamisesta. Läheisten huomioiminen ohjaustilanteessa on tärkeää.
----------------------	---	-----------	---

LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja potilasohjeiden vertailu


Tarkasteltava asia	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	Käytössä olevat potilasohjeet
<p>Ulkoasu: otsikointi, rakenne, kappalejako, kieli</p>	<p>Potilasohjeessa tulee käyttää verbin aktiivimuotoa, jonka avulla ohje kohdennetaan lukijalle.</p> <p>Otsikoiden ja väliotsikoiden tulee olla selkeitä ja tiedottavia.</p> <p>Ulkoasu ja rakenne tulee olla yhtenäinen, kappalejaot selkeitä, teksti virheetöntä ja helppoluukuista kirjasintyyppin ja –koon avulla.</p> <p>Tekstissä tulee olla lyhyitä ja yksinkertaisia lauseita. Ammattisanastoa tulee välttää.</p> <p>Tekstissä tulee olla yhteenveto sisällöstä ja ohjeen pääasia tulee erottautua selkeästi.</p>	<p>Potilasohjeissa osa verbeistä on aktiivimuodossa.</p> <p>Otsikointi on selkeää ja asiiasältöä vastaavaa.</p> <p>Ulkoasu ja rakenne ovat yhtenäisiä. Kappalejaot ovat selkeitä. Lauseet ovat napakoita ja kirjasintyyppi ja -koko hyvä.</p> <p>Toisen ohjeen tekstissä on muutamia ylimääräisiä väilyöntejä sanojen välissä, mikä häiritsee hieman lukemista.</p> <p>Molemmissa ohjeissa on käytetty ”suositamme” –sanaa, joka myös häiritsee lukemista.</p> <p>Muuten teksti on helppoluukuista ja selkeää. Ammattisanastoa ei ole käytetty.</p> <p>Ohjeista puuttuu sisällön yhteenveto.</p> <p>Ohjeissa on korostettu joitain tekstiosioita eri värisillä laatikoilla, jotka erottuvat tekstistä hyvin.</p>
<p>Voimavaroistavuuden näkökulma</p>	<p>Potilasohjauksen tulee sisältää:</p> <ul style="list-style-type: none"> - totuudenmukaista tietoa sairaudesta, oireista, hoitovaihtoehdoista ja hoidosta sekä siitä mi- 	<p>Potilasohjeet sisältävät tietoa sairaudesta, oireista, hoitovaihtoehdoista ja jonkin verran myös hoidosta.</p>

	<p>ten jokin asia voi vaikuttaa johonkin toiseen asiaan, esimerkiksi kipu liikkumiseen ja kuinka tietoa tulee käyttää.</p> <p>-tietoa miten potilas voi itse toimia ja miten ei kannata toimia.</p> <p>-tietoa liikkumisesta, levosta, peseytymisestä, ruokavaliosta, eritystoiminnasta, kotona tapahtuvista järjestelyistä ja apuvälineiden käytöstä.</p> <p>- potilaan oikeuksien ilmeneminen.</p> <p>- tulevan toimenpiteen vaikutus potilaan sosiaaliseen elämään sekä tietoa hoidon kustannuksista ja sairauslomasta.</p>	<p>Potilasohjeissa on hyvin kerrottu, miten potilas voi toimia ja miten hänen ei kannata toimia.</p> <p>Liikkumisesta, levosta, peseytymisestä, ruokavaliosta, eritystoiminnasta, kotona tapahtuvista järjestelyistä ja apuvälineiden käytöstä on tietoa potilasohjeissa.</p> <p>Lisäksi tietoa on sairausloman pituudesta ja jonkin verran asioiden vaikutuksesta toisiinsa.</p> <p>Potilasohjeissa ei ilmene potilaan oikeuksia, vaikutuksia sosiaaliseen elämään eikä tietoa hoidon kustannuksista.</p>
<p>Perhekeskeisyyden näkökulma</p>	<p>Läheiset tulee kutsua ohjaustilanteisiin mukaan ja heidät tulee huomioida ohjauksessa.</p> <p>Potilasohjeessa tulee ilmetä läheisen tärkeä rooli potilaan selviytymisessä.</p> <p>Heidän tulee saada tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, tutkimuksista, hoitovaihtoehdoista ja leikkaukseen liittyvistä mahdollisista komplikaatioista sekä siitä, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.</p>	<p>Potilasohjeissa on kutsuttu läheinen seuraaville vastaanotokäynneille mukaan ja läheisen rooli selviytymisen apuna on otettu hyvin huomioon.</p> <p>Potilasohjeissa kehoitetaan potilasta kertomaan läheisilleen suunnitellusta leikkauksesta.</p> <p>Muuten potilasohjeissa ei ole huomioitu läheistä, läheisen kaipaamaa tietoa ja tukea.</p>

	<p>Läheiset tarvitsevat tietoa myös potilaan hoitoon liittyvistä sosiaalipalveluista ja muutoksista, joita voi aiheutua perhe-elämään.</p> <p>Lisäksi läheiset kaipaavat apua tunteiden ymmärtämiseen, potilaan ja läheisten kuulemista, huomioimista, tukemista ja mahdollisuutta osallistua.</p>	
<p>Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan ohjeen sisältö</p>	<p>Potilasohjeessa tulee olla tietoa sairaudesta, toimenpiteestä, leikkausmenetelmästä, anestesiasta, leikkauksen vasta-aiheista, tulevasta ajasta, komplikaatioista ja niiden estämisestä, oireista, lääkityksestä ja päivittäisistä toiminnoista.</p> <p>Ohjeessa tulisi olla kuvattuna ohjeen tavoite ja kenelle se on tarkoitettu.</p> <p>Potilasohjeessa tulee ilmetä, miten potilaan odotetaan osallistuvan omaan hoitoprosessiinsa ja miten hän voi toimia tavoitteiden saavuttamiseksi.</p> <p>Potilasohjeessa tulee olla ohjeistus yhteydenottomahdollisuuksien, yhteystiedot ja tieto, missä tilanteissa potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon.</p>	<p>Potilasohjeissa on tietoa sairaudesta, toimenpiteestä, leikkausmenetelmästä, anestesiasta, tulevasta ajasta, jonkin verran komplikaatioiden estämisestä, oireista, lääkityksestä ja päivittäisistä toiminnoista.</p> <p>Potilasohjeissa on hyvin kerrottu, miten potilaan odotetaan osallistuvan omaan hoitoprosessiinsa, miten hän voi toimia tavoitteiden saavuttamiseksi, ohjeistettu yhteydenottomahdollisuus ja kerrottu yhteystiedot.</p> <p>Potilasohjeissa ei ole kerrottu leikkauksen vasta-aiheista, komplikaatioista eikä juuri-kaan niiden estämisestä, ohjeen tavoitetta eikä suoranaisesti kenelle ohje on tarkoitettu.</p>

<p>Leikkaukseen valmistautuminen</p>	<p>Potilasohjeessa tulee ilmetä, miten potilaan tulee valmistautua leikkaukseen.</p> <p>Potilasohjeen tulee sisältää tietoa mahdollisista laboratoriotutkimuksista ja muista tutkimuksista, tupakoinnista ja alkoholin käytöstä, mahdollisesta painon pudottamisesta, yleiskunnon ja lihasvoiman merkityksestä, ruokavaliosta ja nesteensaannista sekä ravinnosta olosta, ihon kunnosta, peseytymisestä, kynsilakan poistosta, hampaiden hoidosta ja lääkkeiden käytöstä.</p> <p>Ohjeessa tulee ilmetä myös mitä potilaan tulee ottaa mukaan sairaalaan tullessa.</p>	<p>Potilasohjeet sisältävät tiedot, miten potilaan tulee valmistautua leikkaukseen, suun ja hampaiden hoidosta, ihon hoidosta, ravitsemuksesta, painon pudottamisesta, tupakoinnista ja alkoholin käytöstä, lääkkeitä ja luontaistuotteista, liikunnasta sekä lihas- ja yleiskunnosta.</p> <p>Potilasohjeissa ei ole tietoa mahdollisista laboratoriotutkimuksista tai muista tutkimuksista, nesteensaannista, ravinnosta olosta, peseytymisestä, kynsilakanpoistosta eikä siitä, mitä potilaan tulee ottaa mukaan sairaalaan tullessa.</p>
---	---	---

LIITE 3 Polven tekonivelleikkaus -ohje

 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	Potilasohje
Seinäjoen keskussairaala Ortopedian poliklinikka	25.09.2012
1 (3)	

POLVEN TEKONIVELLEIKKAUS

Yleisin syy tekonivelleikkaukselle on nivelrikko ja siitä johtuva toimintakyvyn rajoittuminen ja kipu. Nivelrikkokivut kehittyvät vähitellen. Kävelylenkit lyhenevät, ylimääräinen paino, kuten raskaiden kauppakassien kantaminen voi tuntua epämiellyttävältä ja rasituksen jälkeen polvi alkaa turpoilla. Aina kulumamuutokset eivät vaadi leikkausta vaan leikkausta voidaan siirtää myöhäisempään ajankohtaan. Merkittävä ylipaino lisää riskiä sairastua polven nivelrikkoon. Siinä vaiheessa kun nivelen kivut alkavat hankaloittaa arkea ja sairaus aiheuttaa jatkuvaa kipua levossakin, kannattaa leikkausta harkita. Tekonivelleikkauksen tavoitteena on helpottaa liikkumistanne sekä lisätä kykyänne selviytyä jokapäiväisistä askareista ja samalla parantaa elämänlaatuanne.

Tekonivelleikkauksen tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeää, että itse haluatte leikkauksen ja olette valmis aktiivisesti kuntouttamaan itsenne.

Leikkauksessa kulunut nivel korvataan tekonivelellä. Vaikeassa nivelrikossa rusto on täysin hävinnyt ja luupinnat hankaavat yhteen. Tekonivelellä korvataan vaurioituneet ja oireilevat nivelpinnat reisiluun ja sääriluun puolella sekä tarvittaessa myös polvilumpion pinta. Polven tekonivel koostuu useammasta osasta, ja se on valmistettu metallista ja polyeteenimuovista. Tekonivel valitaan jokaiselle yksilöllisesti. Se kiinnitetään pääsääntöisesti luusementillä.

Leikkaus tehdään selkäpuudutuksessa. Yhden polven proteesileikkaus kestää valmisteluineen vajaan kaksi tuntia. Leikkauksen aikana voitte kuulla toimenpiteeseen liittyviä ääniä. Leikkauksen jälkeen siirrytte heräämään. Heti puudutuksen sallittua teidät avustetaan jaloittelemaan. Näin jatkatte aktiivista kuntouttamista heti leikkauksen jälkeenkin.

On tärkeää, että läheinen ihminen on tukena ja auttamassa teitä alusta lähtien. Olisi hyvä, jos sama henkilö voisi tukea teitä koko hoitoprosessin ajan. Kertokaa hänelle suunnitellusta leikkauksesta ja tulkaa vastaanottokäynneille ja mahdolliseen ryhmäohjaukseenkin hänen kanssaan. On hyvä, että läheisenne on mukana myös kotiutumisvaiheessa. Näin läheisenne pystyy paremmin auttamaan teitä ja olemaan myös henkisenä tukena.

Potilasohjenumero	www.epsHP.fi
-------------------	--------------

Valmistautuminen tekonivelleikkaukseen

Suun ja hampaiden hoito

Suu ja hampaat tulee hoitaa ennen leikkausta. Ikenissä ja muualla suussa voi olla piilevänä tulehduspesäkkeitä, joiden havaitseminen vaatii sekä tutkimuksen että röntgenkuvauksen. Myös hampaattomat leuat on hyvä kuvata. Jos käynte säännöllisesti hammaslääkärissä, tarkistus ja kuvaus eivät ole välttämättömiä.

Ihon hoito

Leikkaukseen tullessa ihon tulee olla kunnossa. Kainalot, rinnanaluset ja nivustaiteet eivät saa olla hautuneet. Varpaanvälien on oltava ehjät. On vältettävä ihon hankaamista, haavautumista ja ihokarvojen poistamista. Leikkausesteitä ovat tulehtuneet ihottumat, säärihaavat, naarmut, ruvet ja kynsivallin tulehdukset. Kroonisten ihosairauksien tulee olla mahdollisimman hyvässä kunnossa.

Ravitsemus

Monipuolinen ravinto ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen edistävät toipumistanne. Jos kärsitte ummetuksesta, huolehtikaa suolen toiminnasta ennen leikkaukseen tuloa. Huomattava ylipaino lisää leikkauriskejä ja hidastaa toipumista. Tarvittaessa paikkakuntanne terveyskeskus antaa Teille laihdutus- ja ruokavalio-ohjeita.

Tupakka ja alkoholi

Tupakointi heikentää verenkiertoa, hidastaa leikkaushaavan paranemista sekä lisää tulehdusriskiä. Tupakoinnin lopettaminen 6-8 viikkoa ennen leikkausta vähentää riskejä huomattavasti. Lopettamisen tukena voitte käyttää nikotiinilaastaria tai -purukumia. Olemme savuton sairaala ja suositamme savutonta elämäntapaa.

Alkoholin käyttö tulee lopettaa hyvissä ajoin ennen leikkausta. Runsaan alkoholin käytön seurauksena kipulääkkeiden teho voi heikentyä.

Lääkkeet ja luontaistuotteet

Kirjatkaa käytössänne olevat lääkkeet, vahvuudet ja annostusohjeet (myös luontaistuotteet) ja ottakaa lääkelista ja reseptit mukaan leikkausta edeltävälle tutkimus- ja ohjauskäynnille. Verenkiertolääkkeiden tauottaminen sovitaan ko. käynnillä. Muistakaa tuoda esille myös kaikki lääkeaineallergiat ja niiden aiheuttamat oireet. E-Epa eli kalaöljyvalmisteet (kuten esim. Omega 3) tulee lopettaa, kun leikkauspäätös on tehty.

Liikunta

Mahdollisimman hyvä lihas- ja yleiskunto helpottavat toipumistanne leikkauksesta. Päivittäinen liikkuminen ja kotiaskareiden suorittaminen vilkastuttaa verenkiertoa ja pitää yllä lihaskuntoa ja nivelliikkuvuutta. Ottakaa yhteyttä terveyskeskuksen kuntoneuvolaan, jossa fysioterapeutti ohjaa teille harjoitteet, jotka sisältävät nivelen liikkuvuusharjoitteita, venyttelyä ja lihasvoimaharjoituksia. Samalla fysioterapeutti arvioi tämän hetkisen apuvälinetarpeen. Sopivia liikuntamuotoja ovat kävely/sauvakävely, pyöräily, vesiliikunta ja hiihto.

Kotona leikkauksen jälkeen

Pääsette sairaalasta heti, kun kotiutumisen kriteerit täyttyvät.

Kotiutumisen edellytykset ovat:

- pukeutuminen / riisuminen
- hygienian hoito
- vuoteesta ja tuolista nousu ja meno takaisin
- kävely ja/tai portaissa kävely (jos kotona portaita)
- lämpö alle 38 °
- kivunhoito on hallinnassa
- Teillä on kotona mahdollisuus tukeen (läheinen, kaveri, kotipalvelu)

Suunnitelkaa, miten selviätte kotona leikkauksen jälkeen. Miettikää läheisenne kanssa valmiiksi turvallinen liikkuminen, ruoanlaitto, kaupassakäynti ja siivoaminen. Pohtikaa, tuletteko mahdollisesti tarvitsemaan päivittäisissä toimissa ulkopuolista apua.

Autolla ajamista ei suositella ennen kuin 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Matkustajana henkilöautossa voi istua heti leikkauksen jälkeen, lonkkaleikkauksessa olleet voivat istua tarvittaessa korotustyynyn päällä. Tekonivel ei yleensä ole este sukupuolielämälle. Haava-alueen hankautumista on vältettävä haavan paranemisen ajan.

Keskimääräinen sairausloman pituus on 3 kuukautta.


Mikäli tarvitsette jatkohoitoa terveyskeskuksessa, siirto tapahtuu yleensä toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Epäselvissä asioissa voitte soittaa Seinäjoen keskussairaalan ortopedian sairaanhoitajalle, puh. 06 415 6067, keskiviikkona klo 12.30 – 14.00. Ähtärin sairaalan kirurgian osasto puh. 06 415 7320 / jonohoitaja puh. 06 415 7490

Omat muistiinpanot:

sh V Mikola ja oh E Kalliovalkama/ yl P Jokipii

LIITE 4 Lonkan tekonivelleikkaus –ohje

 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	Potilasohje
Seinäjoen keskussairaala Ortopedian poliklinikka	16.06.2015
1 (3)	

LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS

Yleisin syy tekonivelleikkaukselle on nivelrikko ja siitä johtuva toimintakyvyn rajoittuminen ja kipu. Nivelrikkokivut kehittyvät vähitellen. Kävelysten lyhenevät, ylimääräinen paino, kuten raskaiden kauppakassien kantaminen voi tuntua epämiellyttävältä ja rasituksen jälkeen lonkka kipuilee. Aina kulumamuutokset eivät vaadi leikkausta vaan leikkausta voidaan siirtää myöhäisempään ajankohtaan. Siinä vaiheessa kun nivelen kivut alkavat hankaloittaa arkea ja sairaus aiheuttaa jatkuvaa kipua levossakin, kannattaa leikkausta harkita. Tekonivelleikkauksen tavoitteena on helpottaa liikkumistanne sekä lisätä kykyänne selviytyä jokapäiväisistä askareista ja samalla parantaa elämänlaatuanne.

Tekonivelleikkauksen tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeää, että itse haluatte leikkaukseen ja olette valmis aktiivisesti kuntouttamaan itsenne.

Leikkauksessa kulunut nivel korvataan tekonivelellä. Leikkauksessa reisiluun pää korvataan metallisella tai keraamisella nupilla joka istutetaan reisiluuhun metallisella varrella. Lantion puolella asennetaan uusi lonkkamalja. Lonkkamaljan materiaalina käytetään muovia, keraamia, metallia tai näiden yhdistelmiä. Tekonivel valitaan aina yksilöllisesti.

Leikkaus tehdään selkäpuudutuksessa. Yhden lonkan proteesileikkaus kestää valmisteluineen vajaan kaksi tuntia. Leikkauksen aikana voitte kuulla toimenpiteeseen liittyviä ääniä. Leikkauksen jälkeen siirrytte heräämään. Heti puudutuksen sallittua teidät avustetaan jaloittelemaan. Näin jatkatte aktiivista kuntouttamista heti leikkauksen jälkeenkin.

On tärkeää, että läheinen ihminen on tukena ja auttamassa teitä alusta lähtien. Ollisi hyvä, jos sama henkilö voisi tukea teitä koko hoitoprosessin ajan. Kertokaa hänelle suunnitellusta leikkauksesta ja tulkaa vastaanottokäynneille yhdessä hänen kanssaan. On hyvä, että läheisenne on mukana myös kotiutumisvaiheessa. Näin läheisenne pystyy paremmin auttamaan teitä ja olemaan myös henkisenä tukena.

Potilasohjenumero	www.epshp.fi
-------------------	--------------

Valmistautuminen tekonivelleikkaukseen

Suu ja hampaiden hoito

Suu ja hampaat tulee olla hoidettuna ennen leikkausta. Ikenissä ja muualla suussa voi olla piilevänä tulehduspesäkkeitä, joiden havaitseminen vaatii sekä tutkimuksen että röntgenkuvauksen. Myös hampaattomat leuat on hyvä kuvata. Jos käytte säännöllisesti hammaslääkärissä, tarkistus ja kuvaus eivät ole välttämättömiä.

Ihon hoito

Leikkaukseen tullessa ihon tulee olla kunnossa. Kainalot, rinnanaluset ja nivustaipeet eivät saa olla hautuneet. Varpaanvälien on oltava ehjät. On vältettävä ihon hankaamista, haavautumista ja ihokarvojen poistamista. Leikkausesteitä ovat tulehtuneet ihottumat, säärihaavat, naarmut, ruvet ja kynsivallin tulehdukset. Kroonisten ihosairauksien tulee olla mahdollisimman hyvässä kunnossa.

Ravitsemus

Monipuolinen ravinto ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen edistävät toipumistanne. Jos kärsitte ummetuksesta, huolehtikaa suolen toiminnasta ennen leikkaukseen tuloa. Huomattava ylipaino lisää leikkauriskejä ja hidastaa toipumista. Tarvittaessa paikkakuntanne terveyskeskus antaa teille laihdutus- ja ruokavalio-ohjeita.

Tupakka ja alkoholi

Tupakointi heikentää verenkiertoa, hidastaa leikkaushaavan paranemista sekä lisää tulehdusriskiä. Tupakoinnin lopettaminen 6-8 viikkoa ennen leikkausta vähentää riskejä huomattavasti. Lopettamisen tukena voitte käyttää nikotiinilaastaria tai -purukumia. Olemme savuton sairaala ja suositamme savutonta elämäntapaa.

Alkoholin käyttö tulee lopettaa hyvissä ajoin ennen leikkausta. Runsaan alkoholin käytön seurauksena kipulääkkeiden teho voi heikentyä.

Lääkkeet ja luontaistuotteet

Kirjatkaa käytössänne olevat lääkkeet, vahvuudet ja annostusohjeet (myös luontaistuotteet) ja ottakaa lääkelista ja reseptit mukaan leikkausta edeltävälle tutkimus- ja ohjauskäynnille. Verenkiertolääkkeiden tauottaminen sovitaan ko. käynnillä. Muistakaa tuoda esille myös kaikki lääkeaineallergiat ja niiden aiheuttamat oireet. E-Epa eli kalaöljyvalmisteet (kuten esim. Omega 3) tulee lopettaa, kun leikkauspäätös on tehty.

Liikunta

Mahdollisimman hyvä lihas- ja yleiskunto helpottavat toipumistanne leikkauksesta. Päivittäinen liikkuminen ja kotiaskareiden suorittaminen vilkastuttaa verenkiertoa ja pitää yllä lihaskuntoa ja nivelliikkuvuutta. Ottakaa yhteyttä terveyskeskuksen kuntoneuvolaan, jossa fysioterapeutti ohjaa teille harjoitteet, jotka sisältävät nivelen liikkuvuusharjoitteita, venyttelyä ja lihasvoimaharjoituksia. Samalla fysioterapeutti arvioi tämän hetkisen apuvälinetarpeen. Sopivia liikuntamuotoja ovat kävely/sauvakävely, pyöräily, vesiliikunta ja hiihto.



Kotona leikkauksen jälkeen

Pääsette sairaalasta heti, kun kotiutumisen kriteerit täyttyvät.

Kotiutumisen edellytykset ovat:

- pukeutuminen / riisuminen onnistuu
- hygienian hoito
- vuoteesta ja tuolista nousu ja meno takaisin
- kävely ja/tai portaissa kävely (jos kotona portaita)
- lämpö alle 38 °
- kivunhoito on hallinnassa
- Teillä on kotona mahdollisuus tukeen (läheinen, kaveri, kotipalvelu)

Suunnitelkaa, miten selviätte kotona leikkauksen jälkeen. Miettikää läheisenne kanssa valmiiksi turvallinen liikkuminen, ruoanlaitto, kaupassakäynti ja siivoaminen. Pohtikaa, tuletteko mahdollisesti tarvitsemaan päivittäisissä toiminna ulkopuolista apua.

Autolla ajamista ei suositella ennen kuin 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Matkustajana henkilöautossa voi istua heti leikkauksen jälkeen, lonkkaleikkauksessa olleet voivat istua tarvittaessa korotustyynyn päällä. Tekonivel ei yleensä ole este sukupuolielämälle. Haava-alueen hankautumista on vältettävä haavan paranemisen ajan.

Keskimääräinen sairausloman pituus on 3 kuukautta.

Mikäli tarvitsette jatkohoitoa terveyskeskuksessa, siirto tapahtuu yleensä toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Epäselvissä asioissa voitte soittaa Seinäjoen keskussairaalan ortopedian sairaanhoitajalle, puh. 06 415 6067, keskiviikkona klo 12.30 - 14.00. Ähtärin sairaalan kirurgian osasto puh. 06 415 7320 / jonohoitaja puh. 06 415 7490

Omat muistiinpanot:

sh V Mikola ja oh E Kalliovalkama /yl P Jokipii