



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tekonivelleikatun potilaan kotiutusohjauksen yhtenäistäminen - tarkistuslista

Hölttä, Jenni
Mellanoura, Kaisa
Repola, Johanna



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Tekonivelleikatun potilaan kotiutusohjauksen yhtenäistäminen - tarkistuslista

Hölttä, Jenni
Mellanoura, Kaisa
Repola, Johanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2016

Jenni Hölttä, Kaisa Mellanoura & Johanna Repola

Tekonivelleikatun potilaan kotiutusohjauksen yhtenäistäminen - tarkistuslista

Vuosi 2016 Sivumäärä 37

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selkeyttää ja yhtenäistää tekonivelleikkattujen potilaiden kotiutusvaiheen ohjauksen sisältöä. Tavoitteena oli koota yhteen keskeisimmät asiat kotiutusvaiheen ohjauksen sisällöstä ja tehdä hoitajien käyttöön tarkistuslista kotiutuksen tueksi. Tarkistuslistan tavoitteena oli parantaa hoidon laatua ja potilashoidon tasavertaisuutta. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se toteutettiin tiiviissä yhteistyössä HUS/HYKS Peijaksen sairaalan tekonivelkirurgisen vuodeosaston K2:n ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa.

Opinnäytetyön teoriaosuus rajattiin käsittelemään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolkua, potilasohjausta, tekonivelleikatun potilaan kotiutusvaiheen ohjauksen keskeisimpiä aihealueita sekä tarkistuslistan käyttöä terveydenhuollossa. Kokemuksellisen tiedon saamiseksi toteutettiin teemahaastattelu osaston sairaanhoitajille. Teoriatiedon ja haastattelun pohjalta hoitajien työn tueksi tehtiin tarkistuslista potilaan kotiutusvaiheen ohjauksen keskeisimmistä aihealueista. Tarkistuslista osoittautui tarpeelliseksi työvälineeksi hoitajille ja se otettiin osastolla käyttöön. Potilasohjauksella on iso merkitys potilaan kokonaisvaltaiselle toipumiselle ja hyvinvoinnille. Potilaan ohjaaminen perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Laadukas ohjaaminen on potilaslähtöistä ja siinä huomioidaan potilaan tarpeet, taustatekijät sekä elämäntilanne.

Jenni Hölttä, Kaisa Mellanoura & Johanna Repola

Development of standardized checklist for the endoprosthesis patient's discharge

| Year | 2016 | Pages | 37 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this study is to clarify and unify the content of the discharge phase instructions for endoprosthesis patients. The goal was to compile the most important components of the discharge phase instructions into a checklist that could be used by nurses when discharging patients. The checklist's objective is to increase both the quality and equality of patient treatment. This study is fully worklife oriented and was carried out in close cooperation with HUS/HYKS Peijas Hospital's endoprosthesis ward K2 and Laurea University of Applied Sciences.

The theory section of this study was limited to consider the following aspects of endoprosthesis patients: the clinical pathway, patient guidance, the most pertinent concepts related to patient guidance during the discharge phase and the application of the checklist in health care practices.

In order to obtain experiential data a context related interview was carried out for the nurses of the ward. Based on the information gathered from the interviews and theoretical information, a checklist was compiled for the nurses, consisting of the most pertinent components related to the patient discharge phase. The checklist proved to be a valuable and widely appreciated tool for the nurses and was accepted for use by the ward immediately.

Patient guidance has a key role in the overall healing and well being of patients. It is based on the laws that are related to the status and rights of patients. The highest quality patient guidance is based purely on each individual patient and takes into consideration their individual need, backgrounds and overall life situation.

Keywords: endoprosthesis patient, guidance, checklist, discharge

Sisällys

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 6 |
| 2 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet | 7 |
| 3 | Lonkan- ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku | 7 |
| 4 | Potilasohjaus..... | 9 |
| | 4.1 Hyvän ohjauksen kriteerit | 10 |
| | 4.2 Ohjauksen tavoitteet ja menetelmät..... | 11 |
| 5 | Kotiutusvaiheen ohjaussisällöt..... | 13 |
| | 5.1 Haavanhoito..... | 13 |
| | 5.2 Kivun hoitotyö | 14 |
| | 5.2.1 Lääkkeellinen kivun hoito..... | 15 |
| | 5.2.2 Lääkkeetön kivun hoito | 17 |
| | 5.3 Turvotukset ja mustelmat | 17 |
| | 5.4 Laskimotukosten ehkäisy ja hoito | 17 |
| | 5.5 Infektiot..... | 18 |
| | 5.6 Ravitsemus | 20 |
| 6 | Tarkistuslista..... | 20 |
| 7 | Tutkimusmenetelmät..... | 22 |
| | 7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö..... | 22 |
| | 7.2 Haastattelu..... | 22 |
| 8 | Opinnäytetyön toteutus..... | 23 |
| 9 | Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset | 24 |
| 10 | Arviointi ja pohdinta | 25 |
| | Lähteet | 28 |
| | Liitteet..... | 31 |

1 Johdanto

Opinnäytetyö käsittelee tekonivelleikatun potilaan kotiutusvaiheen ohjaussisältöä. Aihe nousee työelämän tarpeesta ja toimeksiantajana on HUS/HYKS Peijaksen sairaalan kirurginen vuodeosasto, joka on keskittynyt lonkan- ja polven tekonivelleikkattujen potilaiden hoitoon. Työn tavoitteena on koota yhteen keskeisimmät asiat lonkan- ja polven tekonivelleikatun potilaan kotiutumisvaiheen ohjauksesta. Kerätyn aineiston pohjalta tehdään osaston toiveen mukaisesti kirjallinen tarkistuslista hoitohenkilökunnan työn tueksi. Opinnäytetyön tarkoitus on selkeyttää ja yhtenäistää osaston potilaiden kotiutumisvaiheen ohjauksen sisältöä sekä tukea uusien työntekijöiden perehdytystä ja opiskelijoiden ohjausta osastolla. Tarkoituksena on myös yhtenäisten ohjeiden myötä kehittää potilaiden laadukasta ja tasavertaista hoitoa.

Aihe on kiinnostava ja työn avulla halutaan kiinnittää huomiota potilasturvallisuuden ja yhdenmukaisen hoitotyön toteutumiseen. Aihe on myös hyvin ajankohtainen ja merkittävä, koska potilaiden hoitoajat lyhenevät ja tämän vuoksi myös ohjaamiselle jää entistä vähemmän aikaa. Hoitohenkilökunta on suurelta osin vastuussa potilaiden ohjaamisesta ja he pitävätkin sitä olennaisena ja merkittävänä osana heidän työtään. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007,5.) Kotiutuksen ohjaus on laaja prosessi, johon kuuluu moniammatillinen tiimi. Potilaan ohjaaminen alkaa jo ennen leikkausta ja jatkuu koko hoitoprosessin ajan. Työ on rajattu käsittelemään niitä keskeisimpiä asioita, joita hoitajien tulisi ohjata tekonivelleikatulle potilaalle kotiinlähtövaiheessa. Teoreettinen viitekehys koostuu lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolusta, potilasohjauksesta, kotiutusvaiheen ohjaussisällöistä sekä tarkistuslistasta.

Nivelrikko on yleisin sairaus ja syy tekonivelleikkausta mietittäessä (HUS). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan noin 400 000 suomalaista kärsii polven tai lonkan nivelrikosta ja näistä 250 000 henkilöllä on toimintakyky alentunut sairauden vuoksi. Miehistä lonkan sekä polven nivelrikkoa todetaan molempia 5 %:lla ja naisilla polven nivelrikkoa 7 %:lla ja lonkan nivelrikkoa 4 %. Nivelrikko yleistyy ikääntymisen myötä ja tulevaisuudessa tekonivelleikkaukset tulevatkin todennäköisesti lisääntymään. (THL 2014.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan vuonna 2013 suomessa tehtiin yli 22 000 lonkan ja polven tekonivelleikkausta, luvussa on mukana sekä primääri että uusinta-leikkaukset. Tekonivelleikkauksien määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2000. Tekonivelleikkauksia tekevien sairaaloiden määrä on puolestaan vähentynyt koko 2000-luvun ajan, mikä kertoo leikkauksien keskittämistä tiettyihin sairaaloihin. (THL 2014.)

Lonkan ja polven tekonivelleikkauksilla on iso taloudellinen merkitys, ne ovat hyvin kustannustehokkaita, vaikka ovatkin suurin yksittäinen kuluerä erikoissairaanhoidossa (Suomen

Artroplastiayhdistys 2015). Tekonivelkirurgian toimiala on keskitetty HYKS alueella Peijaksen sairaalaan, jossa tehdään noin 60 % HUS alueen noin 3800 vuosittaisesta tekonivelleikkauksesta. Peijaksen sairaala onkin Pohjoismaiden toiseksi suurin tekonivelleikkauksiin keskittyvä yksikkö. (HUS).

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selkeyttää ja yhtenäistää osaston potilaiden kotiutumisvaiheen ohjauksen sisältöä sekä tukea uusien työntekijöiden perehdytystä ja opiskelijoiden ohjausta osastolla. Tarkoituksena on myös yhtenäisten ohjeiden myötä kehittää potilaiden laadukasta ja tasavertaista hoitoa.

Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen keskeisimmät asiat lonkan ja polven tekonivelleikatun potilaan kotiutumisvaiheen ohjauksesta ja tehdä osaston henkilökunnalle tarkistuslista potilaan kotiutumisvaiheen ohjauksen keskeisimmistä aihealueista.

3 Lonkan- ja polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku

Ortopedian erikoisala keskittyy pääsääntöisesti luuston ja muiden tukikudosten vammojen ja sairauksien hoitoon. Toiminta keskittyy hyvin paljon leikkauksiin ja muihin toimenpiteisiin, mutta erikoisan piiriin kuuluvat myös muu hoidon arviointi, suunnittelu ja toteutus. Ortopedin toiminta on pääsääntöisesti kiireetöntä hoitoa, päivittäin kuin traumatologia, joka hoitaa myös luuston ja tukikudosten vammoja, mutta päivystyksellisesti. Ortopedian erikoisan piiriin kuuluvat mm. Tekonivelleikkaukset. (HUS.)

Kirurginen potilas hoidetaan perioperatiivisen hoitoprosessin mukaan. Perioperatiivinen hoitotyö sisältää kolme vaihetta: preoperatiivisen, intraoperatiivisen sekä postoperatiivisen vaiheen. (Ahonen, O. ym. 2012, 99). Tässä työssä keskiössä on potilaan kotiutus, joka kuuluu postoperatiiviseen vaiheeseen. Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämöhön ja päättyy, kun potilas kotiutuu osastolta. Leikkauksen jälkeisen vuodeosastohoidon tavoitteena on tarkkailla potilaan vointia, vakauttaa potilaan peruselintoiminnot ja ehkäistä leikkauskomplikaatioita. Tarkoituksena on myös tukea potilaan omatoimisuutta ja omaehtoista kuntoutumista, jotta kotona selviytyminen helpottuu. (Erämies, T. 2015.)

Nivelrikko on yleisin sairaus ja syy tekonivelleikkausta mietittäessä. Yleisimmin tekoniveliä asennetaan polviin ja lonkkiin, mutta myös olkapäihin, kyynärpäihin ja nilkkoihin. Nivelrikko jaetaan primääriseen ja sekundääriseen nivelrikkoon. Suurin osa nivelrikoista kuuluu primääriseen nivelrikon piiriin ja nivelrikon syyt ei tämän kohdalla tunneta. Sekundäärisen nivelrikon syyt voivat olla nivelreuma, murtumien jälkitilat ja erilaiset lapsuusiän lonkkanivelen sairaudet. (HUS). Nivelrikon ehkäisystä ei ole tehty luotettavia tutkimuksia. Kokonaisvaltainen ter-

veyden edistäminen nähdään kuitenkin tärkeänä nivelrikon ehkäisemisessä. Painon hallinta ja säännöllinen liikunta on tärkeää. Nivelten kovaa ja yksipuolista rasitusta tulisi kuitenkin välttää. (Käypä hoito-suositus 2014).

Nivelrikon hoitopolun ensimmäinen vaihe koostuu lääkkeettömästä hoidosta johon kuuluu potilasohjaus, liikkuminen ja painon hallinta sekä mahdolliset apuvälineet. Seuraava vaihe on lääkehoito, jota käytetään muun hoidon tukena. Lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti potilaan mukaan. Lääkkeinä käytetään yleensä parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä ja tarvittaessa myös opioideja. Lääkehoidon tavoitteena on kivun lievittäminen ja sen myötä toimintakyvyn koheneminen. Nivelrikkoon ei ole parantavaa lääkehoitoa. Hoitopolun viimeinen vaihe onkin leikkaushoito. (Vainikainen 2010, 18, 21; Hammar 2011, 318-320) Leikkaushoitoon päädytään, mikäli kipu ei ole muilla keinoin hallittavissa tai potilaan toimintakyky on merkittävästi alentunut nivelen virheasennon tai liikevajauksen vuoksi (Käypä hoito-suositus 2014). Nivelrikossa ei ole yleensä kyse henkeä uhkaavasta sairaudesta ja siksi mitään ehdottomia indikaatioita tekonivelleikkauksiin ei ole, vaan kyseessä on yleensä elämänlaatua parantavasta kirurgiasta ja hoidosta. (THL).

Tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku muodostuu yleensä usean eri ammattilaisen kautta. Potilaan oma lääkäri terveysasemalla tai työterveyshuollossa tekee lähetteen erikoissairaanhoidon ortopedin vastaanotolle. Potilas voi saada lähetteen poliklinikalle myös yksityissektorin lääkärin kautta. Leikkaavan sairaalan lääkäri tutkii useimmiten potilaan itse ja varmistaa, että kyseessä on sellainen vaiva, johon juuri tekonivelleikkauksesta on apua. (Vainikainen 2010, 34-35).

Leikkauspäätös tehdään aina yksilöllisesti eri vaihtoehtoja punniten. Ennen leikkausta pohditaan, minkälaiset ovat leikkauksesta mahdollisesti saatavat hyödyt ja mitkä puolestaan ovat leikkauksen riskit. Potilaalle tehdään ennakoivia tutkimuksia ja myös hänen mahdolliset muut sairaudet ja lääkitykset huomioidaan. Joskus eri ammattilaisilla saattaa olla eriäviä näkemyksiä leikkauksen tarpeellisuudesta. Leikkauspäätös vaatii kuitenkin aina perusteellista harkintaa, eikä sitä tehdä ilman huolellista kokonaistilanteen arviointia. Juuri oikean leikkausajankohdan määrittäminen voi olla vaikeaa, leikkaukseen ei kuitenkaan kannata ryhtyä mikäli vaiva ei heikennä elämänlaatua merkittävästi. Lääkäri antaa oman arvionsa leikkauksen tarpeellisuudesta, varsinaisen päätöksen leikkaukseen menemisestä tekee kuitenkin potilas itse. Hyvä leikkaustulos vaatii myös potilaalta omaa sitoutumista lihaskunnosta ja liikkumisesta huolehtimiseen. Leikkauspäätöksen jälkeen potilas asetetaan leikkausjonoon. (Vainikainen 2010, 35-36).

Potilasohjaus alkaa jo leikkausta edeltävästi ja siihen kuuluu monia asioita. Ennen leikkausta perussairauksien hyvään hoitotasapainoon tulee kiinnittää huomiota. Yleis- ja lihaskunnosta

huolehtiminen leikkausta edeltävästi tukee toipumista ja kuntoutumista leikkauksen jälkeen. Usealle tekonivelleikkauspotilaalle suositellaan myös painon pudotusta. Ylipainolla on vaikutusta niin itse leikkauksen suorittamiseen kuin siitä toipumiseenkin. Samoin tupakoinnin lopettaminen tukee leikkauksesta toipumista. Erilaiset infektiot voivat levitä tekoniveleen joten niiden ehkäisy ja hoitaminen jo ennen leikkausta on tärkeää. Erityisesti ihon ja hampaiden kuntoon tulee kiinnittää huomiota. (Vainikainen 2010, 40-42)

Potilas kutsutaan tulotarkastuskäynnille sairaalaan noin 1-2 viikkoa ennen leikkausta. Tulotarkastuskäynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan ja fysioterapeutin sekä mahdollisesti myös anestesialääkärin ja kirurgin. Potilaan leikkauskunto tarkistetaan ja hänelle annetaan yksilöllisiä ohjeita leikkaukseen valmistautumiseen, leikkauspäivään sekä leikkauksesta toipumiseen liittyen. Potilasta ohjataan hankkimaan myös tarvittavat apuvälineet kuten esimerkiksi kyynärsauvat jo ennen leikkaukseen tuloa. Leikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä ja mahdollista avuntarvetta on myös hyvä miettiä jo ennen leikkausta. (HUS potilasohje)

Potilas tulee sairaalaan useimmiten leikkauspäivän aamuna. Valmisteluiden jälkeen itse leikkaus kestää useimmiten noin 1-2 tuntia. Leikkauksen jälkeen potilas on heräämöhoidossa, josta hän siirtyy voinnin salliessa vuodeosastolle. Vuodeosastolla potilaan vointia tarkkaillaan ja leikkauksesta kuntoutuminen alkaa. Kuntoutumisen tavoitteena on mahdollisimman normaali liikkuminen ja potilas ohjataan liikkeelle usein jo leikkauspäivänä. Kävelemisen lisäksi potilaalle ohjataan liikeharjoituksia joiden tarkoituksena on vilkastuttaa verenkiertoa, aktivoida lihaksia ja tukea nivelen liikkuvuutta. Vuodeosastolla potilas on lyhyen ajan usein vain noin kaksi vuorokautta. Kotiutuminen sairaalasta tapahtuu potilaan voinnin mukaan. Kotiutumisvaiheessa potilaan kivun tulee olla hallinnassa, liikkumisen onnistua apuvälineen turvin ja leikkaushaavan erityis ei saa olla liian runsasta. Potilaan kotiuttaa osaston hoitaja ja kotiutuminen voi tapahtua mihin tahansa aikaan päivästä. (HUS potilasohje)

Hoitoaikojen lyhentymisen myötä myös potilaan läheisten osallistumisen merkitys kotiutusohjaukseen on kasvanut entisestään. Selviytyäkseen kotona potilaat saattavat tarvita heidän apuaan. Läheiset tarvitsevat ohjausta kotiutusvaiheessa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta. Läheisten ottaminen mukaan ohjaustilanteisiin tukee heidän osallistumistaan ja ehkäisee ulkopuolisuuden tunnetta. Tutkimuksen mukaan läheiset kaipaavat hoitajalta varsinaisen tiedon lisäksi tukea myös omaan jaksamiseensa. (Aura 2010, 14-20).

4 Potilasohjaus

Ohjauksikäsitettä on määritelty monilla eri tavoilla. Hoitotieteellinen kirjallisuus käyttää neuvonta sanan synonyyminä käsitettä potilasneuvonta sekä potilasohjaus. (Rauhasalo 2003, 21.) Käsiteanalyysin mukaan potilaan ohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon henkilöstön ja potilaan tavoitteellista ja aktiivista toimintaa, jota toteutetaan vuorovaikutteisessa ohjauksessa.

suhteessa (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi. 2014, 64). Ohjauksella käsitetään esimerkiksi neuvontaa, opetusta, terveysneuvontaa ja tiedon antamista. Potilaan ohjaaminen perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, erilaisista hoitovaihtoehdoista, hoidon merkityksestä sekä muista potilaan hoitoon liittyvistä asioista. (Potilaslaki 1992/785, 5 §.)

Terveydenhuollossa painottuu ohjauksen merkitys. Potilaiden hoitoajat lyhenevät ja näin myös ohjaukselle jää entistä vähemmän aikaa. Hoitajat ovat suurelta osin vastuussa potilaiden ohjaamisesta ja he pitävätkin sitä merkittävänä ja olennaisena osana heidän työtään. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007,5.) Potilaan ohjaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja sekä varmistaa potilaan riittävä ohjauksen saanti (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 5). Ohjaus voi olla kestoltaan lyhyt, kerran tapahtuva tai toistuva toiminta. Monissa tutkimuksissa on havaittu, että potilaat ovat olleet osittain tyytymättömiä ohjaukseen. Potilaat tarvitsevat lisää tietoa omasta sairaudestaan ja siitä miten sitä hoidetaan, esimerkiksi syistä, oireista ja lääkkeistä. (Kääriäinen 2007, 29,34.)

Potilaan kotiutumisen tekemiseen tehdään yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa ja ohjausta potilaalle sairaanhoitajan lisäksi antavat fysioterapeutti, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Yhteistyötä tulee tehdä myös potilaan läheisten ja kotihoidon kanssa ja tärkeitä olisikin huomioida potilaan omaiset tiedon välittämisen osalta, jos kotiutuva potilas ei pysty kaikilta osin huolehtimaan itsestään. (Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015, 442.)

4.1 Hyvän ohjauksen kriteerit

Laadukas ohjaaminen on potilaslähtöistä ja siinä huomioidaan potilaan tarpeet, taustatekijät sekä elämäntilanne. Laadukkaassa ohjauksessa hoitajalla ja potilaalla on vuorovaikutteinen ohjaussuhde, missä toiminta on tavoitteellista ja aktiivista. Laadukas ohjaus etenee prosessina ja potilas on prosessin joka vaiheessa aktiivinen toimija. Prosessissa käydään läpi ohjauksen tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Ne potilaat, jotka ovat saaneet hyvin ohjausta kykenevät ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja eivät niin herkästi hakeudu hoitoon uudelleen. (Leppävuori & Paukkeri 2011, 11, 14.)

Hoitotyön näkökulmasta katsottuna potilasohjaukseen laatuun vaikuttaa merkittävästi hoitajan pätevyys ammatissaan. Pätevyydellä tarkoitetaan hoitajan taitoa ja halua soveltaa monipuolista tieto-taitoa ja asenteellisia valmiuksia, sekä omaa persoonallisuuttaan niin, että potilaan ohjaus olisi mahdollisimman laadukasta. (Mettovaara & Ronkainen 2008, 4.)

Lähtökohtana ohjauksessa on potilaan ja hoitajan taustatekijät. Näitä taustatekijöitä ovat fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä sosiaaliset ja muut ympäristötekijät. Potilaan fyysiset ominaisuudet mm. sukupuoli, ikä, sairauden laatu, kesto ja tämän vaikutukset potilaan arkeen vaikuttavat siihen millaiset ohjaustarpeet hänellä on. Fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta myös siihen miten potilas pystyy vastaanottamaan ohjausta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7-8.)

Psyykkisistä ominaisuuksista ohjaustilanteessa on huomioitava ennen kaikkea potilaan motivaatio, terveysuskomukset sekä kokemukset, omat mieltymykset ja tarpeet. Myös potilaan oppimistyylit ja oppimisvalmiudet tulee ottaa huomioon. Motivaatiolla on merkitystä siihen haluaako potilas omaksua omaan hoitoonsa liittyä asioita ja katsooko hän ohjaustilanteessa käsiteltäviä asioita itselleen tärkeiksi. Hoitaja voi avoimia kysymyksiä esittämällä selkeyttää niitä tekijöitä, jotka saattaisivat motivoida potilasta omaan hoitoonsa. (Kääriäinen ym. 2006, 7-8.)

Ohjauksen kannalta tärkeät potilaan sosiaaliset taustatekijät muodostuvat etnisistä, uskonnollisista, sosiaalisista, kulttuurilähtöisistä sekä eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan toimintaan. Hoitajan ja potilaan arvot ovat osa kummankin maailmankatsomusta ja niillä on vaikutusta siihen, miten he ohjaustilanteessa lähestyvät esille tulevia asioita. Hoitajan tulee osata muodostaa oma käsityksensä siitä, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjataan, mikä on tärkeää ohjauksessa, onko potilaalla vastuu tekemistään valinnoista sekä minkälainen ammattillinen vastuu potilaan valintojen edistämisessä on hoitajalla. (Kyngäs ym. 2007, 35.)

Potilaan ohjausta voidaan toteuttaa monen tyyppisissä ympäristöissä. Fyysinen ohjausympäristö voi olla mm. ohjaukselle erikseen tarkoitettu huone, potilashuone tai potilaan oma koti. Paras fyysinen ympäristö on paikka, jossa voidaan keskittyä asiaan ilman keskeytystä ja häiriöttömästi. Tärkeää on myös, että ohjaustilassa on saatavilla ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. Psyykinen ilmapiiri koostuu monista seikoista. Onnistunut ohjaus vaatii kiireetöntä ja rauhallista ympäristöä. Kiire on yksi ohjausta vaikeuttava tekijä. Kiireellä on vaikutusta ohjauksen suunnitelmallisuuteen sekä ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutuksen laatuun. (Kyngäs ym. 2007, 36-37.)

4.2 Ohjauksen tavoitteet ja menetelmät

Potilasohjauksessa tavoitteita voidaan määritellä monin tavoin. Ohjauksen avulla tapahtuvaa potilaan omien voimavarojen tukemista voidaan pitää päällimmäisenä tavoitteena. (Hupli, Rankinen & Virtanen. 2012, 4.) Potilaan ohjaaminen on merkittävä osa koko hoitoprosessia. Tässä prosessissa potilaalla on keskeinen rooli tiedonetsijänä ja sen käsittelijänä sekä tiedon varassa omaa hoitoaan toteuttavana henkilönä. Ohjauksen tärkeä tavoite on, että potilas tie-

tää omaan hoitoonsa ja terveyteensä liittyviä asioita ja myös ymmärtää saadun tiedon ja pystyy sen avulla toimimaan. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi. 2014, 64.)

Potilaan hyvä ohjaaminen edellyttää ajantasaisen ja tutkitun tiedon kertomista potilaalle hänen sairaudestaan ja terveydentilastaan. Potilaalla on laillinen oikeus saada tietoa sairaudestaan ymmärrettävällä tavalla. Tarkoituksenmukaisella ohjauksella hoitaja pystyy vaikuttamaan positiivisesti potilaan kykyyn osallistua omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon sekä hälventää potilaan pelkoja ja ahdistusta erilaisissa toimintakykyyn liittyvissä muutostilanteissa. Edellä mainittujen asioiden myötä, potilaan kyky selviytyä sairautensa tai vaivansa kanssa kotona paranee. (Eloranta, T. & Virkki, S. 2011, 15.)

Potilasohjauksen vaikutuksista on tehty interventiotutkimuksia. Näiden mukaan ohjauksen on todettu edistävän mm. potilaan elämänlaatua, mielialoja, toimintakykyä, hoitomyöntyvyyttä ja sitoutumista omaan hoitoon. Näiden lisäksi ohjauksella on ollut vaikutuksia potilaan tiedon määrään sekä sen ymmärtämiseen. Potilaiden ohjaukseen käytetyillä varoilla on saatu aikaan säästöjä. Ne kuitenkin tulevat esille vasta pitkässä juoksussa. Ohjauksella voidaan edistää kustannustehokkaalla tavalla potilaan hoidon seurantaa sekä vähentää potilailta ja omaisilta tulevien puheluiden määrää. Ohjauksella vähennetään myös vuosittaisia kokonaiskustannuksia, kun potilailla mm. on vähemmän toistuvia oireita, lääkkeiden tarvetta ja sairauspoissaoloja (Kääriäinen 2007,36-37.)

Potilaan ohjauksessa käytettäviä menetelmiä ovat suullinen, kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjaus. Ohjaamisessa tärkeimpänä pidetään vuorovaikutusta ja näin ollen ohjausta toteutetaan pääosin suullisesti. Ohjaustilanteessa kaksisuuntainen vuorovaikutus antaa potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä sekä saada tukea hoitajilta. Ohjaustilanteissa potilaat odottavat lisäksi rohkaisua ja mahdollisuutta tuoda esille sairauteen liittyviä tuntemuksia. (Kääriäinen 2007, 34.)

Suullista ohjaamista voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä. Potilaat arvostavat sitä, että he saavat yksilöohjausta. Oppimisen näkökulmasta potilaan yksilöohjaamista pidetään tehokkaampana, kuin ryhmäohjaamista. Toisaalta ryhmäohjaus voi toimia hyvin silloin, kun useammalla potilaalla on ohjaustarpeita samaan aihealueeseen liittyen. Keskustelupainotteisessa ryhmäohjaustilanteessa potilaat saavat informaatiota ja tilaisuuden muodostaa tukiverkostoa muista ryhmän jäsenistä. (Kääriäinen 2007, 34-35.)

Terveydenhuollossa kirjallista ohjausmateriaalia käytetään paljon ja sitä pidetäänkin hyvin tarpeellisena tiedonlähteenä. Aina kuitenkin asiiasältö kirjallisessa materiaalissa ei pohjaudu potilasnäkökulmaan. Teksti voi olla niin vaikeasti kirjoitettua, että osa potilaista ei sitä sisäistä. Laadukas kirjallinen ohje on sellainen, jossa käytetty sanasto on selkeää, vastaa se

sisällöltään potilaan tarpeisiin, on ajantasainen sekä mahdollisimman vähän vetoaa potilaan tunteisiin. Asioiden muistamista ja ymmärtämistä voidaan helpottaa lisäksi käyttämällä yksinkertaisia kuvia. (Kääriäinen 2007, 35.)

Kirjallisen materiaalin vaikuttavuudesta on hyvin vähän tietoa. Sen turvin potilaat kuitenkin voivat lisätä tietoaan, säilyttää saadun tiedon, palauttaa asioita mieleensä ja selkiyttää mahdollisia väärinymmärryksiä. Näiden lisäksi myös potilaan omaiset ja hoitava henkilöstö ovat tietoisia annetuista ohjeista. Kirjallinen materiaali ei korvaa potilaan suullista ohjausta. Taloudellisena ja vaikuttavana menetelmänä kirjallista materiaalia voidaan pitää silloin, kun se tukee potilaan suullista ohjaamista. (Kääriäinen 2007, 35.)

Audiovisuaalisessa ohjauksessa potilaalle tarjotaan tukea ja tietoa teknisten laitteiden välityksellä. Näitä ovat esimerkiksi puhelin, video ja tietokoneohjelmat. Videovälitteisestä ohjauksesta voi olla hyötyä erityisesti niille potilaille, joilla on vaikeuksia lukea kirjallista ohjeistusta. Muihin ohjausmenetelmiin verrattuna audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana tapana, mutta kuitenkin potilaat ja heidän omaisensa ovat toivoneet tätä menetelmää lisänä suullisille luennoille ja ryhmäkeskusteluille. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.)

5 Kotiutusvaiheen ohjaussisällöt

5.1 Haavanhoito

Haavan paraneminen on monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat useat eri tekijät (Juutilainen & Hietanen 2012, 29). Haavan paranemista tarkkailtaessa on hyvä tietää haavan paranemisen vaiheet, jotka ovat aina samat, mutta paranemisajat voivat vaihdella. Haavan paranemisen vaiheet ovat: tulehdusvaihe, korjausvaihe ja kypsymisvaihe. Vaiheet tapahtuvat lomittain. Haavan paranemiseen vaikuttavat myös yksilölliset tekijät kuten esimerkiksi potilaan ikä, sairaudet, lääkkeet, yleiskunto, ravitsemus ja haavan puhtaus. (Iivanainen & Syväoja 2013, 343.)

Haavalla käynnistyy välittömästi verisuonien vaurioituttua verenvuodon tyrehtyttäminen. Verenvuodon tyrehtyttämisessä verisuonet supistuvat ja veren hyytymistekijät aktivoituvat. Tulehdusreaktiovaihe puolestaan käynnistyy nopeasti verenvuodon tyrehtyttämisen jälkeen ja valkosolut tulevat vauriopaikalle. Tulehdusreaktion merkkejä ovat esimerkiksi punoitus, turvotus, kuumotus ja kipu, jotka ovat tyypillisiä myös infektiolle. Ensimmäisinä päivinä leikkauksen jälkeen haava-alueen tulehdusreaktio kuuluu kuitenkin normaaliin paranemiseen ja potilaan CRP ja peruslämpö voivat myös kohota. Tulehdusreaktio eli inflammaatiovaiheessa ei siis ole kyse infektiosta. Vapautuneet kudoshormonit aiheuttavat tulehdusreaktion merkkejä. Reaktio kuitenkin rauhoittuu muutamassa päivässä, mikäli haava ei infektoitu. (Juutilainen & Hietanen 2012, 30-31, 101.)

Korjausvaihe (proliferaatio, fibroplasia) on haavan varsinainen paranemisvaihe, joka alkaa noin 2-3 vuorokautta haavan synnyn jälkeen (Juutilainen & Hietanen 2012, 33-34). Korjausvaiheessa kudokset uusiutuvat ja haavan reunoilta kasvaa granulaatiokudosta, jossa on hius-suonia ja sidekudosta. Haavan aineenvaihdunta on korjausvaiheen aikana vilkasta. Vaihe kestää noin 1-4 viikkoa. (Iivanainen & Syväoja 2013, 343.) Maturaatio eli kypsymisvaihe alkaa noin 2-3 viikon kuluttua haavan synnystä (Juutilainen & Hietanen 2012, 37). Haavalle kehittynyt granulaatiokudos muuttuu vähitellen arpikudokseksi. Vaihe kestää kuukausista vuosiin ja haava saavuttaa vähitellen lopullisen vetolujuutensa, joka on kuitenkin enintään 75-80 % alkuperäisestä vetolujuudesta. Haavan arpikudoksen punoitus vaalenee ja arvesta tulee ympäröivää kudosta vaaleampi. (Iivanainen & Syväoja 2013, 343.)

Haavan infektoituminen voi tapahtua missä tahansa paranemisen vaiheessa (Iivanainen & Syväoja 2013, 346). Leikkaushaavan infektoituminen ilmenee yleensä kuitenkin vasta yli viikon kuluttua leikkauksesta. Infektoituneen haavan oireita ovat punoitus, kuumotus, turvotus, kipu, paha haju ja haavan hidastunut paraneminen. Samoin myös lämpö ja CRP saattavat nousta uudelleen. Infektio voi myös levitä haava-alueelta ympäröivään kudokseen ja vakavimmillaan vaikutukset voivat olla jopa henkeä uhkaavia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 101,103.)

Haavanhoidon tarkoituksena on tukea haavan paranemista ja ehkäistä komplikaatioita. Leikkaushaava suljetaan ompeleilla tai hakasilla ja peitetään yleensä haavasidoksella. Haava-alue pidetään puhtaana ja kuivana. Mikäli haavasidos tarvitsee vaihtaa alle 24 tunnin kuluessa haavan sulkemisesta, sidoksen vaihto tulee tehdä steriilisti. (Juutilainen & Hietanen 2012, 219.) Haavanhoidossa on keskeistä hyvän käsihygienian ja aseptiikan noudattaminen (Iivanainen & Syväoja 2013, 342).

Sairaalasta kotiudutta potilas voi käydä normaalisti suihkussa. Saunaan, kylpyyn ja uimaan menemistä tulee välttää ainakin niin pitkään kun haavalla on hakaset. Suihkussa käyntiä suositellaan vähintään 2-3 päivän välein. Haavasidos poistetaan ennen suihkuun menoa ja laitetaan suihkun jälkeen uusi sidos. Haavalla suositellaan käyttämään haavasidosta niin kauan kun siinä on hakaset. Haavasidos estää hakasia tarttumasta vaatteisiin. Haavan koskettelua ja hankaamista tulee välttää. (HUS potilasohje 2016.)

5.2 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyö tarkoittaa potilaan auttamista ja tukemista erilaisin hoitotyön keinoin kuten esimerkiksi lääkehoidon, asentohoidon, kylmä/lämpöhoidon tai psyykkisen tukemisen avulla. Hyvä kivun hoito edellyttää sairaanhoitajalta tietoa ja ymmärtämystä kivun fysiologiasta sekä kipua lisäävistä ja sitä vähentävistä tekijöistä. Kipu voidaan määritellä epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy kudonvaurio tai sen mahdollisuus.

Kipu on hyvin henkilökohtainen kokemus ja siihen liittyy samanaikaisesti sekä fysiologinen tapahtuma että tunne- ja aistikokemus. Kivun hoitotyön lähtökohtana voidaan pitää sitä, että potilas on oman kipunsa asiantuntija ja kipua esiintyy silloin, kun potilas kertoo sitä esiintyvän. (Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. ja Närhi, M. 2006, 7-9.) Potilaan kivun hoidon ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti riittävään informaatioon kivun syistä, sen arvioinnista ja kivun erilaisista hoitokeinoista. Hyvän potilasohjauksen on todettu vähentävän leikkauskipuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta, lisäävän potilaan kivunhallintakeinoja, tyytyväisyyttä hoitoon ja paranemista. (Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, M-L. & Siltanen, H. 2013, 8.) On myös tärkeä ymmärtää, että potilaan kommunikaatiovaikeudet ja kykenemättömyys ilmaista kipua ei tarkoita potilaan kivuttomuutta. Osa potilaista ei halua syystä tai toisesta kertoa kivustaan, esimerkiksi kotiin pääsemisen toivossa. (Salanterä, S & ym. 2006, 7-9.)

Leikkauksen jälkeisen kivun hoidon tavoite on potilaan kärsimyksen lievittäminen, kivun fysiologisten haittavaikutusten estäminen tai vähentäminen ja kuntoutuksen tehostaminen. Akuutin kivun pitkittyminen lisää komplikaatioiden määrää, pidentää sairaalassaoloaikaa ja lisää kustannuksia. Akuutin kivun tehokas lievittäminen on tärkeää myös kivun kroonistumisen ehkäisemiseksi. (Kontinen, V. ja Hamunen, K. 2015, 1; Salanterä ym. 2006, 176.)

Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuteen ja tyyppiin vaikuttaa toimenpiteestä aiheutunut kudosaaurion laatu ja määrä. Kudosaurio voi olla ihossa, pehmytkudoksissa, luussa, sisäelimeissä tai hermoissa. Koska kipu vaihtelee kudostyyppin ja potilaan mukaan on leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa lähtökohtana kivun mittaaminen ja arviointi sekä levossa että liikkeessä. Kivun voimakkuuden, luonteen ja sijainnin dokumentointi potilastietojärjestelmään on tärkeää, jotta kivun hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata. (Kontinen ym. 2015, 1; Salanterä ym. 2006, 177.) Leikkauksen jälkeen potilaan akuutti kipu lievittyy vähitellen kudosaaurion, kuten leikkaushaavan, paranemisen myötä (Salanterä ym. 2013, 5).

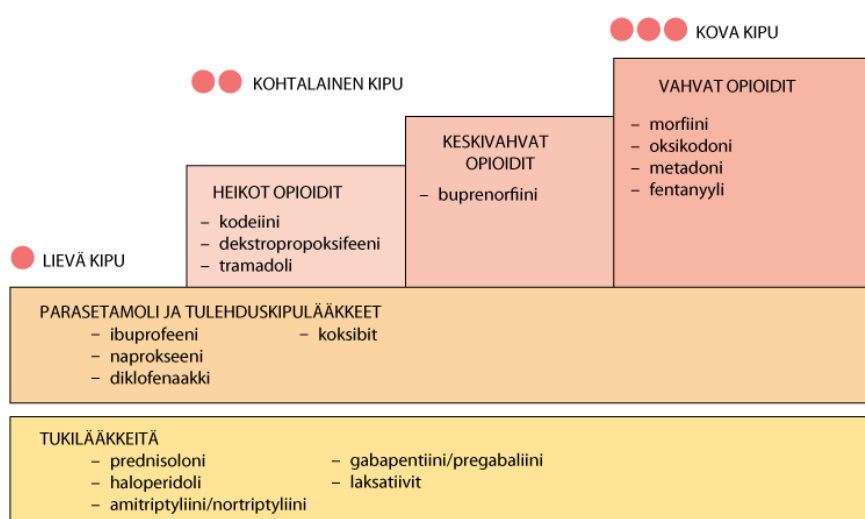
Leikkauksen jälkeistä kivun hoitoa saadaan tehostettua moniammatillisella yhteistyöllä ja eri hoitomuotoja yhdistelemällä. Näin saadaan myös yksittäisten menetelmien haittavaikutuksia vähennettyä, mistä esimerkkinä voidaan antaa opioidilääkityksen tarpeen vähentäminen yhdistämällä hoitoon peruskivulääkkeet kuten parasetamoli tai tulehduskivulääkkeet. (Kontinen ym. 2015, 5.)

5.2.1 Lääkkeellinen kivun hoito

Lääkehoitoa toteutettaessa tärkeää on kipulääkkeen riittävä annostelu tarpeeksi usein. Kipua on helpompi ehkäistä ennakkoon kuin taltuttaa jo kovaksi yltynyttä kipua. (Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2015.) Lääkehoidosta vastaa aina lääkäri, mutta sairaanhoitaja toimii lääkehoidon toteuttajana ja seuraa hoidon vaikuttavuutta. Kivun lääkehoidon tulisi perustua potilaan

tarpeisiin ja lääkehoidon toteutuksen tulisi olla suunnitelmallista huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet. (Salanterä, S. ym. 2013, 16.)

Potilaiden lyhyemmät hoitoajat sairaalassa leikkausten jälkeen tuovat omat haasteensa potilastyöhön. Potilaat saattavat kotiutua vielä kovastakin kivusta ja tarvita opioidilääkkeitä kivun lievittämiseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulee ohjata potilasta kivun hoidon ja kipulääkkeiden haittavaikutusten suhteen selkeillä ohjeilla tukeutuen tutkittuun tietoon. (Kontinen ym. 2015, 7.) Kuvassa 2 on esitetty porrastettu malli eri kipulääkkeiden käytöstä. Parasetamolilla tekoniivelpotilaan kohdalla voidaan vähentää muiden kipulääkkeiden tarvetta. Tulehduskipulääkkeiden ja koksibien on todistettu tehoavan tekoniivelpotilaiden kivunhoidossa. Gabapentinoideilla on myös kipua lievittävä vaikutus leikkauksenjälkeisessä kivussa. Vahvoja opioideja käytetään leikkauksenjälkeisessä kivussa ja niiden käytöstä hyvänä kivun lievittäjänä on selkeää näyttöä, mutta niillä on myös haittavaikutuksia kuten toimimisen hidastuminen huimauksen ja pahoinvoinnin vuoksi. Siksi on tärkeää muun lääkityksen avulla vähentää opioidien tarvetta. Suomen Artroplastiayhdistys suosittelee tekoniivelpotilaille peruskipulääkkeeksi parasetamolia ja tulehduskipulääkkeen tai koksibin yhdistelmää, ellei vasta-aiheita ole. Tarvittaessa lisäkipulääkkeenä voidaan käyttää opioideja. (Suomen Artroplastiayhdistys 2015.)



Kuva 2. WHO:n suosittama porrastettu kivunhoidonmalli. Sairaanhoitajan käsikirja. (Kotovinio & Lehtonen 2015.)

Kipulääkkeiden haittavaikutukset, kuten riippuvuuden kehittyminen, saattavat pelottaa potilaita ja tämä voi olla yksi syy riittämättömään kipulääkkeiden käyttöön. Sairaanhoitajan tehtävä on potilasohjauksen avulla jakaa asianmukaista tietoa kipulääkkeistä, niiden käyttövoimista ja lääkkeiden haittavaikutuksista. (Salanterä ym. 2013, 9) Tulehduskipulääkkeet saattavat aiheuttaa mm. vatsavaivoja, heikentää munuaisten toimintaa ja lisätä verenvuotoriskiä. Parasetamoli liikaa käytettynä tai runsaan alkoholinkäytön rinnalla on maksatoksinen lääke ja

opioidit voivat aiheuttaa ummetusta, pahoinvointia ja uneliaisuutta. (Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014, 571-573) Potilasohjauksen avulla sairaanhoitaja voi informoida potilasta haittavaikutuksia lieventävistä keinoista, kuten vatsansuojälääkkeiden käytöstä ja ulostuslääkkeiden käytöstä turvallisen ja tehokkaan kivunhoidon varmistamiseksi. (HUS, Peijaksen sairaala potilasohje 2016.)

5.2.2 Lääkkeetön kivun hoito

Lääkkeettöminä kivun hoitomenetelminä lääkehoidon rinnalla voidaan käyttää sekä fysikaalisia että kognitiivisia hoitomenetelmiä. Fysikaalisia hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi kylmähoito, asento- ja liikehoito ja hieronta. Kylmähoidon vaikutus kipua alentavasti perustuu verenkierron ja aineenvaihdunnan hidastumiseen vaurioalueella, jolloin lihasspasmit vähenevät, lihakset rentoutuvat ja kipu lievenee. Se on edullinen, tehokas ja turvallinen kivun hoitomuoto. Asentohoitojen tarkoitus on edistää verenkiertoa, vähentää lihasjäykkyyttä ja ehkäistä virheasentojen kehittymistä. Lisäksi turvotukset vähenevät ja laskimotukosten riski pienenee. Lepokin on tärkeä osa paranemisprosessia, mutta ainoaksi kivun lievityskeinoksi se ei sovellu. Sitä voidaan käyttää rajoitetun ajan esimerkiksi luunmurtumaleikkausten jälkeen. Kognitiivisia kivunhallintamenetelmiä ovat mm. musiikin kuuntelu, mielikuvaharjoittelu, erilaiset rentoutusmenetelmät ja huomion suuntaaminen pois kivusta. (Salanterä ym. 2013, 18.)

5.3 Turvotukset ja mustelmat

Turvotukset ja mustelmat syntyvät kudosaaurion myötä. Leikkauksen jälkeen leikattu raaja on turvoksissa ja leikkaushaavan ympäristöön muodostuu mustelmia. Turvotus voi kestää kuukausia ja sille on tyypillistä, että se valuu raajassa alaspäin, joten turvotusta esiintyy myös leikkausalueen ulkopuolella. Turvotusta voi ehkäistä ja vähentää pitämällä raajaa kohoasennossa, lepäämällä, kylmähoidolla, liikkumalla, liikuttelemalla nilkkoja ja kipulääkkeillä. Myös mustelmat voivat olla pitkäkestoisia ja kivuliaita. Ne ovat pahimmillaan n. 1-2 viikkoa leikkauksesta ja valuvat turvotuksen lailla kudoksissa alaspäin. (HUS Peijaksen sairaala 2016)

5.4 Laskimotukosten ehkäisy ja hoito

Lonkan- ja polventekonivelkirurgiset potilaat ovat laskimotukosten suhteen suuren riskin potilaita, jopa 80 %:lla potilaista on riski alaraajan laskimotukokselle ilman tromboosiprofylaksiaa. (Lassila, R. 2016, 1.; Halinen, M. Lassila, R., Miettinen, H., Kärkkäinen, M. ja Kaila M. 2008.) Laskimotukoksen synty alkaa jo leikkauspöydällä, sillä tekonivelleikkaus aktivoi veren hyytymismekanismien. Ennen leikkausta preoperatiivisella käynnillä kartoitetaan potilaan perussairauksia ja niistä mahdollisesti aiheutuvaa laskimotukostaipumusta tai vuotoherkkyyttä. (Halinen, M. ym. 2008) Laskimotukokselle potilaan altistaa pysyvästi mm. aiempi laskimotukos, korkea ikä, tupakointi, diabetes, ylipaino ja trombofiliat. Hetkellisesti laskimotukokselle

altistavat mm. akuutti vuodelepoa vaativa sairaus, syöpä, erilaiset immobilisaatiot sekä leikkauksista erityisesti lonkka- ja polvileikkaus. (Lassila, R. 2016, 1.)

Laskimotukoksia voidaan ehkäistä varhaisella mobilisaatiolla leikkauksen jälkeen, antikoagulanttilääkityksellä, mekaanisella alaraajojen pumppuhoidolla ja lääkinnällisillä hoitosukilla. (Lassila, R. 2016, 1.) Tavallisimmin potilaalle aloitetaan pienimolekyylinen hepariini (esim. Klexane, Innohep) injektiona ihon alle pistettynä 6 tunnin päästä leikkauksen päättymisestä. Pienimolekyylinen hepariini on peruslääke ehkäistäessä laskimotukoksia. Tukosprofylaksia jatketaan kerran päivässä otettavalla pistoksella polven tekonivelleikkauksen jälkeen vähintään 10 vuorokauden ajan ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen 4 viikon ajan. Pienimolekyylinen hepariini-lääkitys on helposti toteutettavissa kotiloissa, joko potilaan omasta toimesta tai kotihoidon avulla. (Lassila, R. 2016, 4.) Muita tukosprofylaksiassa käytettäviä lääkeryhmiä ovat varfariini, jota käytetään yleensä pitkäkestoisessa profylaksiassa sekä peroraalisesti otettavat antikoagulantit kuten rivaroksabaani (kauppanimi Xarelto) ja dabigatraani (kauppanimi Pradaxa), joita käytetään nimenomaan lonkan- ja polven tekonivelleikkauksen postoperatiivisessa tukosprofylaksiassa. (Lassila, R. 2016, 2.) Lääkehoidon lisäksi laskimotukoksia voidaan ehkäistä liikkumalla päivittäin ja tekemällä nilkkojen pumppausliikkeitä monta kertaa vuorokaudessa laskimoverenvirtauksen tehostamiseksi. (HUS Peijaksen sairaala 2016 ; Lassila, R. 2016, 1.)

5.5 Infektiot

Tekonivelleikkauksen vakavimpia komplikaatioita ovat tekonivelinfektiot. Infektioiden ilmaantuminen ensimmäisissä lonkan ja polven tekonivelleikkauksessa on noin 1-2 % luokkaa. Tekonivelinfektio johtaa melkein aina uusinta leikkaukseen sekä pitkään jatkuvaan mikrobilääkitykseen. Nämä kuormittavat huomattavasti niin terveydenhuoltoa, kuin potilasta. Leikkaustoimenpiteeseen liittyvää infektioriskiä lisäävät esimerkiksi potilaan huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, aliravitsemustila, vajaatoiminta maksassa tai munuaisissa, merkittävä ylipaino, immunosuppressiivinen lääkitys ja haitallinen alkoholin käyttö. Lisäksi potilaalle asennettu tekonivel on altis infektoitumaan koko hänen loppuikänsä, veriteitse ja toisesta märkäpesäkkeestä ja. Tekonivelinfektioiden myöhäinen ilmaantuvuus on 10 proteesivuotta kohden 0,5-0,7 %. (Huotari & Leskinen 2016.)

Tekonivelinfektion kliiniseen kuvaan vaikuttaa nivelen seudun pehmytkudosten kunto, infektiön synty tapa, immunologiset tekijät sekä aiheuttajamikrobin virulenssi. Leikkaushaavan pitäisi olla siisti ja täysin kuiva viimeistään ompeleiden poistovaiheessa eli kun leikkauksesta on kulunut kaksi viikkoa. Pitkään jatkunut erityyminen, vaikka se ei olisi märkäistä, tulisi aina arvioida leikkauksen suorittaneessa yksikössä. (Huotari ym.2016.)

Tekonivelinfektioiden luokitteluun on monia eri tapoja. Yleisesti näitä infektioita jaotellaan niiden ilmaantuvuusajankohdan mukaan. Varhaisilla infektioilla tarkoitetaan ilmaantumista alle 3 kuukautta leikkauksesta, viivästyneillä infektioilla niiden ilmaantumista 3- 24 kuukauden kuluttua leikkauksesta ja myöhäisillä infektioilla tarkoitetaan ilmaantumista yli 24 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Yleensä varhaiset ja viivästyneet infektiot ovat saaneet alkunsa leikkauksessa ja myöhäiset infektiot taas hematogeenisen leviämisen kautta. (Huotari ym.2016.)

Varhaiset infektiot tulevat tavallisesti 2-4 viikon kuluessa leikkauksesta. Tällöin haavasta tulee märkäistä eritettä, haavan ympäristössä on punoitusta ja potilaalle saattaa nousta kuume. Nivel on myös yleensä kipeä. Infektion toteaminen ei ole yleensä hankalaa, mutta infektion syvyyden arviointi saattaa olla haasteellista. Tämän takia kaikkien pinnallisiltakin vaikuttavien haavatulehdusten arviointi kuuluu leikkauksen tehneeseen yksikköön ennen hoidon aloitusta. (Huotari ym. 2016.)

Viivästyneet infektiot ovat vähemmän virulenttien bakteerien aiheuttamia ja niissä oireet alkavat esiintyä potilaalla pikku hiljaa. Viivästyneessä infektiossa nivel on koko ajan tai aika ajoin kipeä sekä mahdollisesti vähän turvoksissa. Potilaat ovat usein kuvanneet, että leikattu nivel ei oikein ole ollut hyvä missään vaiheessa. Röntgenkuvassa saatetaan havaita tekonivelen irtoaminen sen ympäröivästä luusta. Verikokeissa potilaan tulehdusparametrit ovat usein lievästi tai enintään kohtalaisesti suurentuneet. Myöhäisissä infektioissa aiemmin hyvin toiminut ja oireeton tekonivel tulee äkillisesti kipeäksi ilman traumaa. Kipu nivelessä on usein niin kovaa, että potilaalla on vaikeuksia kävellä ja kuume useimmiten nousee. Tavallisimmin infektio on saanut alkunsa potilaan iholta, suusta ja hampaista tai virtsateistä. Joskus tarkka lähtökohta voi jäädä epäselväksi. Jos potilas saa *Staphylococcus aureus*- bakteremian on silloin hematogeenisen infektion riski iso (n. 30-40%). Joskus myös hematogeeninen infektio voi tulla potilaalle alle 24 kuukauden kuluttua leikkaustoimenpiteestä. (Huotari ym. 2016.)

On erityisen tärkeää konsultoida leikkaavaa yksikköä, jos herää pienikin epäily infektiosta. Mikrobilääkitystä ei tule myöskään aloittaa ennen kuin tarvittavat mikrobiologiset kokeet on otettu. Kaikissa tekonivelleikkauksia tekevissä yksiköissä täytyy olla ohjeistus siitä, kuinka toimitaan infektioepäilyssä. Paikalliset ohjeistukset voivat jonkin verran vaihdella, mutta yleiset periaatteet ovat samat. (Huotari ym.2016.)

Tekonivelpotilaan tulee kiinnittää erityishuomio hampaiden, suun ja ihon hoitamiseen. Jo ennen leikkausta potilaan iho ja hampaat tulee hoitaa kuntoon. Hyvä hampaiden hoito estää tulehdusten syntyä suussa. Potilaan on syytä välttää ei-kiireellisiä hampaiden ja suun hoito- toimenpiteitä kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen. Tekonivelestä tulisi myös jatkossa aina kertoa hammaslääkärille. Tarpeen mukaan hampaisiin tehtävät toimenpiteet voidaan tehdä antibioottisuojauksessa. (Suomen hammaslääkäriliitto 2013.) Ihoalkuinen bakteremia on yleis-

sin myöhäisen proteesi-infektion syy tekonivelleikkauksen jälkeen. Tekonivelpotilaan on tärkeä välttää haavaumia ja hoitaa ihon infektiot huolellisesti. Antibioottihoito on aiheellinen infektoituneen ihon toimenpiteissä. (Puhto 2012.)

5.6 Ravitseminen

Leikkauksen jälkeen tärkeässä roolissa on oikeanlainen ravitseminen. Toipumiseen ja kudoksen uudelleen muodostumiseen tarvitaan riittävä määrä rakennusaineita. Leikkaus voi pistää potilaan elämän kokonaan uusiksi. Toipuminen leikkauksesta vie aikaa ja usein myös potilaan elämäntapoihin on tehtävä suuria muutoksia. Ruokavaliolla on vaikutusta potilaan fyysiseen hyvinvointiin sekä henkiseen vireystilaan. Oikein suunnitellusta ravitsemuksesta potilas saa rakennusaineita kuntoutumisensa tueksi. (Hopeaniemi 2009.)

Ravitsemuksella on vaikutusta haavojen paranemiseen. Jos potilaan ravitsemustila on huono, lisää se infektioriskiä ja hidastaa haavojen parantumista. Ravitsemuksessa oleellista on saada tarpeeksi energiaa, mutta sen lisäksi tulee huomioida proteiinin, hivenaineiden ja vitamiinien riittävä saanti. Terveellä ihmisellä energiansaantisuositus on fyysisen aktiivisuuden mukaan n. 30-35 kcal painokiloa kohden. (Juutilainen ym.2012, 86.) Energiantarvetta lisätään 10- 30 %:lla, jos potilaalla on sairaudesta johtuvaa stressiä ja aineenvaihdunta on nopeutunut. Esimerkiksi leikkaus, vamma ja tulehdus ovat tällaisia tiloja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010,33.)

6 Tarkistuslista

Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun voidaan ajatella kulkevan käsi kädessä. Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveydenhuoltolaki pyrkii säännöstelemään ja ohjeistamaan julkisten terveystalouksien laadunvarmistusta. (Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M. & Pahlman, I. 2015, 177) Terveydenhuoltolain 8 §: mukaan: *Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.* Laadukas hoito vaatii myös hoitohenkilökunnan ymmärtämystä terveyden ylläpitämisestä, terveyden edistämisestä, sairauksien ehkäisemisestä, sairaiden parantamisesta ja kärsimyksen lieventämisestä. Terveydenhuollon ammattihenkilön on työskenneltävä käyttäen yleisesti hyväksytyjä ja perusteltuja näyttöön perustuvia menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti ja pyrittävä täydentämään osaamistaan jatkuvasti. (Lehtonen, L. ym. 2015, 178)

Hoidon laatuun voidaan vaikuttaa työn suunnittelulla ja kustannustietoisella toiminnalla. Tällöin tulee huomiota kiinnittää työn organisointiin ja johtamiseen, henkilökunnan tietojen ja taitojen päivitykseen, turvallisuuspoikkeamien, hoitotulosten ja potilastyytyväisyyskyselyjen

seuraamiseen. Saatujen tulosten käsittely ja tarkoituksenmukainen reagointi luo perustaa laadun kehittämiseksi. (Kaarlola, A. 2009)

Hoidon laatua ja potilasturvallisuutta parantamaan on suunniteltu myös eri tarkoituksiin soveltuvia tarkistuslistoja. Ilmailusta alkunsa saaneet tarkistuslistat ovat tuttuja erityisesti leikkaussalitoiminnassa. Niitä on kehitetty ja kehitetään edelleen myös terveydenhuollon muille osa-alueille kuten traumapotilaan hoitoon, synnytyksiin ja vastasyntyneiden hoitotyöhön. Tarkistuslistojen tarkoitus on varmistaa, ettei mikään osa-alue tai vaihe, esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautuessa tai potilaan vointia arvioitaessa, jää huomiotta, vaikka hoitohenkilökunta ja lääkärit olisivat suorittaneet jonkin tehtävän kymmeniä tai satoja kertoja aikaisemmin. Tarkistuslistojen avulla hoitohenkilökunta voi pysähtyä johonkin vaiheeseen, tarkastella omaa toimintaansa ja varmistaa, että kaikki vaaditut asiat ovat kunnossa ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. (WHO)

Journal of Orthopaedic Nursingin artikkeli vuodelta 2009 esittelee kanadalaisen Reginan yliopiston tutkimuksen tarkistuslistan kehittämisestä (Continuity of Care Checklist) ortopedisten potilaiden kotiutusvaiheeseen hoidon jatkuvuuden parantamiseksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli auttaa hoitajia pohtimaan systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti ortopedisen potilaan hoidon jatkuvuutta potilasta sairaalasta kotiutettaessa. Tarkistuslista kehitettiin muistuttamaan hoitajia kaikista niistä tehtävistä, mitkä tulisi huomioida ja saada tehdyksi ennen potilaan kotiutusta. Hoitajien tarkistuslistan lisäksi luotiin potilaille oma opas niistä asioista, jotka tulisi olla potilaan tiedossa kotiutukseen mennessä. Tutkimuksen ja tarkistuslistan käytön tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat pitivät tarkistuslistaa hyvänä työkaluna. Se toi varmuutta hoitajien työskentelyyn kotiutustilanteessa lisäten tunnetta, että kotiutus ilman merkittäviä aukkoja tai potilaisiin kohdistuvia riskejä on mahdollista. Myös potilaiden tiedollinen osaaminen kasvoi, kun hoitajat kävivät läpi potilaan kannalta tärkeitä asioita kotiutukseen liittyen. Potilaat, joiden kohdalla tarkistuslistaa käytettiin, tunsivat saaneen paremmin tietoa kotiutustilanteesta kuin verrokkiryhmä, jonka kotiutuksessa tarkistuslistaa ei käytetty. Tähän vaikutti myös potilaille tehty opas, jota käytettiin tarkistuslistan ohessa. Tietoa saatiin enemmän varsinkin vaarattomammista oireista ja niiden hoidosta, ravitsemukseen liittyvästä ohjauksesta ja jälkitarkastuksiin liittyvistä asioista. Lisäksi tarkistuslistan käyttö lisäsi potilaiden luottamusta ja tyytyväisyyttä hoitoa kohtaan. (Hadjistavropoulos, H., Garratt, S., Janzen, A., Bourgault-Fagnous, M. & Spice, K. 2009, 183-193.)

Tarkistuslistan käyttöön liittyvät haasteet liittyivät ajankäyttöön sekä tarkistuslistan käyttöönottoon omalla osastolla. Hoitajalle tuntemattoman potilaan kotiuttaminen tarkistuslistaa käyttäen lisäsi kotiutukseen käytettävää aikaa. Hoitajat pitivät tärkeänä tarkistuslistan muokkaamista osastolle sopivaksi ja sen testaamista ennen käyttöönottoa. (Hadjistavropoulos ym. 2009, 188.)

7 Tutkimusmenetelmät

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen, sillä tavoitteena on koota yhteen keskeisimmät asiat kotiutusvaiheen ohjauksen sisällöstä ja tehdä hoitajien käyttöön tarkistuslista tekonivelpotilaan kotiutuksen tueksi. Tarkistuslista laaditaan teorian tiedon ja sairaanhoitajilta haastattelulla kerätyn kokemustiedon perusteella. Tarkoituksena on luoda ammatilliselle kentälle yhteistä ohjeistusta, jonka avulla potilaiden kotiuttamista saadaan yhdenmukaistettua. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellisten menetelmien käyttö ei ole niin ratkaisevassa asemassa kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. (Vilkkä, H. ym. 2003, 56.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä tulee käyttää tutkivaa työtappaa ja asennetta eli työtä tehdessä tulee valintojen ja työtapojen käyttö pystyä perustelemaan aihetta koskevaan tietoperustaan nojautuen. Teoreettisen viitekehyksen tulee perustua oman alan kirjallisuuteen. Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota työn ideaan, ongelman kuvaukseen, asetettuihin tavoitteisiin, teoreettiseen viitekehykseen, tietoperustaan ja kohderyhmään. Kohderyhmältä olisi hyvä kerätä palautetta työn hyödyllisyydestä, käytettävyydestä ja ammatillisesta merkittävydestä. Arvioinnissa tulisi huomioida myös työn toteutustapa eli miten ja mitä keinoja käyttäen tavoitteita pyrittiin saavuttamaan ja aineistoa keräämään. (Vilkkä, H ym. 2003, 157.)

7.2 Haastattelu

Haastattelulla tarkoitetaan aineistonhankintatapaa, jossa tutkija vuorovaikutteisesti osallistuu haastatteluaineiston tuottamiseen. Haastattelutavat voidaan jaotella sen mukaisesti, mikä on tutkijan osa keskustelutilanteessa. Haastattelun rakenteet ja toteutustavat ovat erilaisia ja haastattelujen eri tyypeille on muovautunut omia käytäntöjä. Haastattelu voi olla mm. avoin eli strukturoimaton haastattelu, lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu tai puolistrukturoitu haastattelu. Tunnetuimpia puolistrukturoituja haastattelutapoja on teemahaastattelu. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11.) Muita haastattelun muotoja ovat mm. ryhmä- ja asiantuntijahaastattelu. Haastattelun tallentamiseen on useita eri tapoja, esimerkiksi muisiinpanojen tekeminen, lomakkeen täyttäminen, äänittäminen ja videointi. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelumuotoa. Haastattelutilanteessa esiin tuotavat aiheet ovat tarkasti etukäteen määriteltyjä ja mietittyjä. Teemahaastattelu on keskustelua, mutta ei mitään tavanomaista arkikeskustelua. Keskustelulle on etukäteen päätetty tarkoitus ja on hyvin tärkeää, että haastattelija pystyy pitämään haastattelun rakenteen hallinnassa. Etuna teemahaastattelussa on se, että se aidosti rakentuu haastateltavien

omista kokemuksista. (Tilastokeskus.) Teemahaastattelun hyvinä puolina on tutkijan saama monipuolinen ja syvällisempi kuva haastateltavien mielipiteistä, mutta toisaalta vaarana on, että aineistosta tulee sekava. (Virtuaaliyliopisto.)

Ryhmähaastattelua käytetään joko yksilöhaastattelun sijaan tai sen ohella. Ryhmähaastattelutilanteessa käydään keskustelua yhdessä tutkimuksen kohteena olevista seikoista niin, että ryhmää haastatteleva puhuu yhtäaikaisesti useammalle haastateltavalle, mutta myös kyselee kysymyksiä välillä yksittäisiltä ryhmän henkilöiltä. (KvaliMOTV.) Ryhmähaastattelun etuna on se, että sillä saadaan nopeasti tietoa useammalta vastaajalta yhtäaikaisesti. Ryhmähaastattelun haittoja voi olla esimerkiksi se, että kaikki tilaisuuteen kutsutut eivät saavukaan paikalle. (Hirsjärvi&Hurme 2014, 63.)

8 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin Peijaksen sairaalaan kirurgiselle vuodeosastolle K2. Työ aloitettiin tekemällä opinnäytetyösuunnitelma ja se esitettiin Peijaksen sairaalassa suunnitelmaseminaarissa toukokuussa 2016. Suunnitelmavaiheen jälkeen etsimme lisää teoriatietoa työmme tueksi. Teoriatiedon lisäksi keräsimme osaston sairaanhoitajilta kokemuksellista näyttöä haastattelun avulla, jotta muistilistan tarkistuslistan käyttö tukisi mahdollisimman hyvin juuri kyseisen osaston tarpeita. Haastattelun toteutimme syyskuussa 2016. Haastattelun pohjana käytimme kokoamaamme teoriatietoa ja täydensimme tarkistuslistaa kokemukselliseen näyttöön perustuen. Haastateltavat sairaanhoitajat valittiin harkinnanvaraisella otannalla. Harkinnanvaraisuudella halusimme varmistaa haastateltavien laaja-alaisen kokemuksen ja näkemyksen kotiuttamiseen liittyen.

Sairaanhoitajat haastateltiin ryhmässä ja metodina käytimme teemahaastattelua. Haastattelu toteutettiin osastolla rauhallisessa tilassa ja aikaa haastatteluun meni noin tunti. Olimme valmistautuneet tilaisuuteen laatimalla tueksemme teemahaastattelurungon. (LIITE 4) Haastattelurunko perustui teoriatietoon. Haastattelutilanteen työnjako oli ennalta sovittu ryhmäsämme. Yksi ryhmästämme keskittyi haastattelun tekemiseen, yksi käyttämään nauhuria ja yksi tekemään muistiinpanoja. Tallennusvälineet olimme testanneet useaan kertaan haastattelun onnistumiseksi. Ennen haastattelua kertesimme osallistujille vielä opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet ja osallistuneille annettiin allekirjoitettavaksi suostumuslomakkeet (LIITE 3). Ennakkoon olimme pohtineet teoriatietoon ja omiin kokemuksiimme perustuen, mitä asioita haastattelussa nousisi mahdollisesti esiin ja missä järjestyksessä. Pidimme tärkeänä, että haastattelussa esiin tulevat asiat nousisivat haastateltavien omista ajatuksista. Tämän vuoksi esitimme haastattelun alussa yhden laajemman kysymyksen: Mitkä ovat keskeisimmät aihekokonaisuudet, jotka potilaalle tulisi ohjata kotiutustilanteessa? Kysymys poiki runsaasti keskustelua ja mielipiteitä. Ennakkoon laatimastamme haastattelurungosta nousivat esiin kaikki muut aihealueet paitsi ravitseminen. Tästä esitimme ryhmälle jatkokysymyksen, koska ravitse-

mus aihealueena sisältyi haastattelurunkoomme ja on oleellinen osa esimerkiksi haavan paranemisen ja kuntoutumisen kannalta. Tarkistuslistan laatimisen pohjaksi esitimme vielä kysymyksen: Minkälainen tarkistuslista palvelisi osastoanne parhaiten, esim. ulkomuoto, koko? Hoitajat toivovat tarkistuslistan olevan taskukokoinen ja kompakti kokonaisuus. Haastattelutilanne toteutui sujuvasti ja hyvässä ilmapiirissä keskustellen. Haastateltavat olivat motivoituneita keskustelemaan aihepiiristä ja heistä välittyi kuva, että tarkistuslista tulee osastolle tarpeeseen.

Kohdallamme haastatteluaineiston analysointi alkoi osin jo itse haastattelun aikana, kun pääsimme haastateltavien kanssa joihinkin johtopäätöksiin osastolle laadittavasta ohjeistuksesta (Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008, 136). Tallennettu haastattelumateriaali litteroitiin heti haastattelun jälkeen. Koska kyseessä oli teemahaastattelun purkaminen ja käsitelty aihe oli haastatteliijoille tuttu, ei koko haastattelun tarkalle purkamiselle ollut syytä. Haastattelun osia purettiin sanatarkasti vain, kun se tutkimuksellisesti oli tarpeellista. (Hirsjärvi ym. 2008, 142) Litteroinnin jälkeen aineisto analysoitiin luokittelemalla. (LIITE 5) Luokittelu on tärkeä vaihe, sillä se luo pohjan haastatteluaineiston myöhemmälle tulkinnalle ja sen avulla aineistoa on mahdollista yksinkertaistaa ja tiivistää. (Hirsjärvi ym. 2008, 147)

Teoriatiedon ja haastattelun pohjalta suunnittelimme alustavan tarkistuslistan testattavaksi osastolle. Tarkistuslista tehtiin hoitajien toiveesta taskukokoiseksi ja kaksipuoleiseksi. Tarkistuslistan pieni koko haastoi meidät miettimään, mitä asioita listaan laitetaan ja miten ne tuodaan esiin selkeästi. Tarkistuslistan toiselle puolelle päädyimme laittamaan potilaalle keskeiset ohjattavat asiat ja toiselle puolelle muita kotiutukseen liittyviä asioita hoitajan muistin tueksi.

Tarkistuslista toimitettiin osastolle arvioitavaksi. Osastolla tämän sisältöä käsiteltiin osastotunnilla. Tarkistuslista sai hoitajilta hyvää palautetta ja pieniä muutosehdotuksia. Otimme nämä huomioon ja täydensimme sisältöä muutosehdotusten pohjalta. Tämän jälkeen toimitimme uuden muokatun version koekäyttöön käytännön työhön. Tarkistuslistaa koekäyttivät hoitohenkilöstö ja harjoittelussa olevat opiskelijat. Saamamme palaute oli positiivista ja tarkistuslista koettiin hyödylliseksi ja selkeäksi työvälineeksi kotiutusvaiheen ohjaustilanteissa.

9 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaan tutkimus tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jotta tulokset ovat luotettavia ja eettisesti hyväksyttäviä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tehdyssä tutkimuksessa noudatetaan koko prosessin ajan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen tiedonhankinta ja arviointimenetelmät täyttävät hyvän tieteellisen tutkimuksen kriteerit ja ovat eettisesti kestäviä. Tutkimuksessa kunnioitetaan muiden tekemää tutkimustyötä ja esitetään asia oikeassa merkityk-

sessä sekä kiinnitetään huomio huolellisiin lähdemerkintöihin. Ennen tutkimuksen aloittamista sovitaan kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä hankitaan tarvittavat tutkimusluvut. Mahdolliset rahoittajat ja sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tuodaan ilmi tuloksien raportoinnissa. Koko tutkimusprosessi raportoidaan asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje, 2012.)

Työmme luotettavuutta varmistimme suunnittelemalla haastattelutilanteen huolella, huolehtimalla, että haastattelussa käytettävä tallennuslaitteisto toimii ja haastattelun jälkeen haastattelumateriaali purettiin ja analysoitiin ilman viivytystä (Hirsjärvi, S. ym. 2008, 184). Työmme luotettavuutta voi lisätä myös se, että ryhmämme jäsenistä kaksi on työskennellyt kirurgisella vuodeosastolla ja kotiuttamiseen liittyvät käytänteet ja toimintatavat ovat osittain tuttuja, jolloin asiayhteyksien ja haastateltavien esiin tuomien asioiden ymmärrys voi helpottua. Etsimme ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa työmme tueksi ja pyrimme kriittisyyteen lähteitä tarkasteltaessa sekä objektiivisuuteen havainnoinnin ja haastattelun osalta. Luotettavuutta voi heikentää hoitotieteellisen tutkimustiedon niukka määrä juuri tekonivelpotilaan ohjausta ajatellen.

Eettisiä periaatteita noudattaen aloitimme aineistonkeruun osastolla vasta, kun olimme saaneet siihen tutkimusluvan (LIITE 1) ja opinnäytetyösuunnitelma oli hyväksytty. Tiedotimme tutkimukseen osallistuville työmme tarkoituksesta ja tavoitteista saatekirjeen avulla ja pyysimme suostumuksen haastattelun osalta prosessiin osallistuvilta henkilöiltä. Otimme huomioon myös sen, että osallistujilla on oikeus kieltäytyä ja peruuttaa haastattelua koskevan materiaalin käyttö.

10 Arviointi ja pohdinta

Opinnäytetyöprosessimme on ollut mielenkiintoinen ja merkittävä. Aihe nousi työelämän tarpeesta ja koko prosessin ajan tunsimme, että sen tuotoksena syntynyt tarkistuslista (LIITE 6) oli tärkeä ja odotettu työväline osastolle. Tämä motivoi meitä myös tekemään työn mahdollisimman laadukkaasti. Kotiuttamisvaiheen ohjaaminen osastolla nähtiin tärkeäksi ja ratkaisuja toivottiin käytäntöjen yhtenäistämiseen.

Teoreettisen viitekehyksen kokoaminen juuri tekonivelleikatun potilaan näkökulmasta osoitautui haasteelliseksi, koska hoitotieteellistä, tutkittua tai näyttöön perustuvaa, tietoa työmme tueksi löytyi niukasti. Tästä syystä teoreettiseen viitekehykseen on koottu asioita, jotka voidaan katsoa koskevan kirurgisia potilaita yleisesti ottaen. Tekonivelpotilaan kohdalla on kuitenkin, esimerkiksi haavan hoidon osalta, huomioitava tekonivelinfektioiden riski, jolloin haavasidosten ja haavan hoito saattaa vaatia tarkempaa ohjeistusta tai steriiliyttä.

Yhteistyö työelämän kanssa sujui kiitettävästi ja osastolla oltiin selkeästi kiinnostuneita tiiviseen yhteistyöhön aiheesta heti alusta lähtien. Teemahaastattelu toteutui sovittuna ajankohdana eikä aikataulullisia ongelmia senkään suhteen esiintynyt. Tiivis yhteistyö työelämän kanssa antoi meille mahdollisuuden onnistua pääsemään tavoitteisiimme hyvin ja käytyjen keskustelujen ja palautteen pohjalta pystyimme muokkaamaan työtämme enemmän työelämän tarpeita vastaavaksi. Yhteydenpito tapahtui sähköpostin välityksellä ja paikan päällä käymällä.

Vaikka olemme rajanneet työn tuotoksen hyvin asiasisältökeskeiseksi, niin ei tule missään vaiheessa unohtaa sitä, että ohjaamisen tulisi tapahtua potilaslähtöisesti ja yksilölliset tarpeet huomioiden. Olemme potilasohjaukseen liittyviä asioita käsitelleet teoreettisessa viitekehyksessä melko laajasti ja lisäsimme tarkistuslistaan vielä muistutuksen emotionaalisen tuen ja yksilöllisyyden huomioimisesta.

Teoreettinen viitekehys, tutkittu tieto sekä hoitajien haastattelusta esiin nousseet asiat tukivat meitä työssämme siinä, että potilaan laadukkaalla ja hyvällä ohjauksella sekä ohjauksen tarkoituksen mukaisella sisällöllä on merkitystä potilaita kotiutettaessa. Reginan yliopiston (Hadjistavropoulos ym. 2009) tutkimus osoitti, että sairaanhoitajat kokivat tarkistuslistan tarpeelliseksi työssään. Tutkimuksen mukaan hoitajien varmuus lisääntyi kotiuttamistilanteessa. Sama tutkimus osoitti, että niiden potilaiden tiedollinen osaaminen kasvoi, joiden kanssa hoitajat kävivät kotiutusvaiheen asioita tarkistuslistaa käyttäen. Lisäksi potilaiden luottamus ja tyytyväisyys lisääntyivät hoitoa kohtaan tarkistuslistan käytön myötä.

Toivomme tämän tarkistuslistan helpottavan osaston hoitajien työtä. Toivomme myös, että potilaiden kotiutustilanteista tulisi mahdollisimman selkeitä ja potilashoidon laatu, tasavertaisuus ja turvallisuus paranisivat tarkistuslistan myötä. Lisäksi uskomme tämän tarkistuslistan helpottavan uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä.

Osastolta saamamme palautteen perusteella olemme onnistuneet työssämme hyvin ja tarkistuslista aiotaan ottaa siellä käyttöön. Saamamme palaute antoi meille onnistumisen kokemuksen ja merkityksen tehdyille työllemme. Olemme itse myös hyvin tyytyväisiä työmme tulokseen ja olemme oppineet uutta sekä saaneet lisää arvokasta kokemusta työelämälähtöisestä projektityöstä. Ryhmämme toimi hyvin yhteen ja kaikki olivat motivoituneet tähän opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyö on laaja opintokokonaisuus, joka vie opiskelijalta paljon aikaa. Vaikka aikataulujen sovittaminen työn tekemiseen osoittautui ryhmän kesken ajoittain haastavaksi eri elämäntilanteista johtuen, niin saimme kuitenkin työn valmiiksi aikataulussa ilman sen suurempia ongelmia.

Kehitysehdotukset: Tarkistuslistan toimivuuden tutkiminen osastolla esimerkiksi havainnoin avulla. Miten tarkistuslista parantaa kotiutuksen ohjauksen laatua? Tarkistuslistan käytön vaikutukset potilaiden yhteydenottoihin kotiutuksen jälkeen. Tarkistuslistan asiasisällön avaaminen laajemmin ohjeistukseksi.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. ja Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. SanomaPro. Helsinki
- Aura, M., Paavilainen, E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tutkiva Hoitotyö 2/2010.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 1/ 2014, Vol. 26.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi. Helsinki
- Erämies, T. 2015. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 16.5. 2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 15.8.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Hadjistavropoulos, H., Garratt, S., Janzen, A., Bourgault-Fagnous, M. & Spice, K. 2009. Development and evaluation of a Continuity of Care Checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. Journal of Orthopaedic Nursing 13, 183-193
- Halinen, M., Lassila, R., Miettinen, H., Kärkkäinen, M. ja Kaila, M. 2008. Laskimotukoksen ehkäisy lonkan ja polven elektiivisen tekonivelleikkauksen yhteydessä. Suomen Lääkärilehti.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki university press. Helsinki
- Hopeaniemi - Terveyslähde 2009. Artikkelit: Oikea ruokavalio auttaa leikkauspotilaan toipumisessa - kirurginveitsi ja fysioterapia eivät yksin riitä. Viitattu 24.10.2016
- Huotari, K. & Leskinen, J. 2016. Lonkan ja polven tekoniveleninfektioiden diagnostiikka ja hoito. Duodecim. Viitattu 20.9.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=40792DAF2ACCC76697FD4A4E4F921E61?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo13165&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPPpRX9**SdU
- Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto.
- HUS. Ortopedia ja traumatologia. Viitattu 17.5.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/Sivut/default.aspx>.
- HUS. Peijaksen sairaala. Polven tekonivelleikkaus - opas potilaalle. Viitattu 17.5.2016. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/tekonivelkirurgia/Document/s/polven_tekonivelleikkaus_potilasopas_painoon.pdf.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro. Helsinki
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro. Helsinki.
- Jyväskylän Yliopisto, Koppa 2015. Haastattelut. Viitattu 17.9.2016.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineistonhankintamenetelmat/haastattelut>

Kaarlola, A. 2009. Hoidon laatuun vaikuttaminen. Teho- ja valvontahoitotyönopas. Duodecim. Viitattu 16.5.2016.

Kontinen, V. ja Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 28.9.2016.
http://www.terveysportti.fi/dtk./ltk/avaa?p_artikkeli=duo12492

Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2015. Kivun lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 18.10.2016.

KvaliMOTV. Ryhmähaastattelu. Viitattu 12.9.2016
http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L6_3_4.html

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Käypä hoito-suositus. 2014. Polvi- ja lonkkanivelrikko.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - Tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja. 10/2006.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystuottohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 1/2016, Vol.18.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto.

Lassila, R. 2016. Laskimotukoksen ehkäisy. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 27.9.2016

Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M. & Pahlman, I. 2015. Terveystuotto. Talentum Pro.

Leppävuori, H. & Paukkeri, S. 2011. Näyttöön perustuva potilasohjaus- hanke. Tekonivel potilaan ohjaus. Viitattu 30.10.2016.
<https://www.google.fi/#q=n%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6n+perustuva+potilasohjaus>

Mettovaara, P. & Ronkainen, P. 2008. Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus. Tietopaketti sairaanhoidajille. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. Viitattu 29.10.2016.
<https://www.google.fi/#q=mettovaara+ronkainen>

Puhto, T. 2012. Tekonivelinfektiot. Viitattu 6.11.2016.
<http://docplayer.fi/2015086-Tekonivelinfektiot-5-10-2012-teija-puhto-infektiolaakari-infektioiden-torjuntayksikko-oys.html>

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee - koti kutsuu. Lyhytaikainen kirurginen toiminta vanhusikänsä kokemana. Jyväskylän yliopisto.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/13481>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. SanomaPro. Helsinki
Ruusu Vuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. SanomaPro. Helsinki

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. ja Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY. Porvoo

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Hotus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 1.11. 2016.
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Suomen Artroplastiayhdistys. 2015. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Viitattu 1.10.2016.
http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf

Suomen hammaslääkäriliitto 2013. Tekonivelpotilaan suunhoito. Viitattu 6.11.2016
http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/suu-ja-yleisterveys/tekonivelpotilaan-suunhoito#.WB9Pl7v_pMs

THL. Tekonivelkirurgia. Viitattu 17.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/tekonivelkirurgia>.

Tilastokeskus, teemahaastattelu. Viitattu 17.9.2016.
<http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Edita:Helsinki.

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Bookwell oy. Juva

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Helsinki

Virtuaaliyliopisto. Taideteollinen korkeakoulu. Kyselevät tutkimustavat. Viitattu 17.5.2016.
http://www2.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/1364_empiir.html#teemahaas.

WHO. Patient safety. The checklist effect.
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background/en/> Viitattu 25.10.2016.

Liitteet

LIITE 1: Suostumuslomake

Suostumuslomake

Osallistun Laurean hoitotyönopiskelijoiden opinnäytetyöhön liittyvään teemahaastatteluun. Olen saanut ennen haastattelua tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Haastattelun avulla osallistun opinnäytetyön aineiston hankintaan.

Olen tietoinen siitä, että haastattelumateriaali käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, henkilöllisyyttä paljastamatta. Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni haastatteluun ja annan luvan haastattelumateriaalin käyttöön opinnäytetyötä varten. Olen tietoinen, että minulla on oikeus keskeyttää osallistumiseni niin halutessani.

_____ / _____ 2016

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 2: Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Mitkä ovat keskeisimmät aihekokonaisuudet, mitkä potilaalle tulisi ohjata kotiutustilanteessa?

Oletetut aihekokonaisuudet:

Haavanhoito

-keskeisimmät asiat

Kivun hoito

Mitkä asiat kipulääkkeistä tulisi potilaalle kertoa ja ohjata?

Muut kivun hoitoon liittyvät esille nostettavat asiat? (kylmähoito, asentohoito)

Infektioiden ehkäisy ja tunnistaminen

-keskeisimmät asiat

Laskimotukosten ehkäisy

-keskeisimmät asiat

Lääkehoito

Turvotukset ja mustelmat

Ravitsemus ja vatsantoiminta

Tukipalvelut (omaiset, kotihoito)

Muut asiat: jälkitarkastusaika, E-reseptit, matkakorvaustodistus, sairauslomatodistus, hakastenpoisto, puhelinneuvonta, rtg viikonloppuisin, Marevan-potilaat

Tarkistuslista:

Minkälainen tarkistuslista palvelisi osastoanne parhaiten, esim. ulkomuoto, koko?

Mitä asioita oletatte tarkistuslistan muuttavan kotiutustilanteessa: hyödyt vastaan mahdolliset haitat?

LIITE 3: Aineiston kategoriointi

| Yläkategoria | Alakategoria | Pelkistetty alkuperäisilmaisu |
|-------------------------|---|--|
| Haavanhoito | Suihkussa käynti ja peseytyminen | "No, haavanhoito tietysti ja kaikki siihen liittyvät asiat: koska saa suihkuttaa ja tämä peseytyminen ja sidosten vaihto ja sitten siitä erityksestä...miten paljon se saa erittää ja missä vaiheessa, haavan ulkonäön seuranta, milloin otetaan hakaset pois ja missä. Milloin pitää haavan takia ottaa yhteys sairaalaan? Sitten se hygienia kotona haavan kanssa, ettei sitä härpitä sormilla ja puhtailla pyyhkeillä kuivataan." |
| | Hygienia | |
| | Sidosten vaihto | |
| | Haavan erityis | |
| | Haavan ulkonäön seuranta | |
| | Hakasten poisto | |
| Lääkehoito | E-reseptien läpikäyminen | "Että pitää käydä ne läpi, mitkä kirjoitetaan mukaan sille potilaalle" |
| | Klexane-ohjeistus | "Se Klexane tietysti, että milloin se pistetään ja mihin asti." |
| | Kipulääkitys | "Ja niistä särkylääkkeistä, että milloin niitä otetaan, miten paljon, mihin asti." |
| | Lääkkeiden haittavaikutukset ja yhteisvaikutukset | "Ja sitten tietysti olisi hyvä, että monethan näistä vaikuttaa vatsaan, että tuleeko närästysoireita ja tai vatsa ei toimi, ummetusta, tämmöiset asiat." "Joillakin on Panacodit ja Panadolit resepti. Miten niiden kanssa toimitaan." |
| Turvotukset | Kotilääkityksen jatkuminen | "Ja sitten muistaa sanoa sen, että kotilääkkeet jatkuu ihan normaalisti. Niihin ei ole yleensä mitään tehty mitään muutoksia." |
| | Turvotusten ominaisuudet | "Eli millaisia ne turvotukset tosiaan on. Että ne saattaa olla, jos on vaikka polvi leikattu, niin nilkka on turvoksissa tai varpaat." "Että miten kauan sitä jatkuu, että sitä voi olla pitkäänkin." |
| Mustelmat | Turvotusten ehkäisy/vähentäminen | "...ja sitten sitä istumista, että ei istu pitkiä aikoja. Että se lisää turvotusta." |
| | Ulkonäkö | "Ja ohjaa hyvin sen koholle ja kylmää kotonakin...että pitää paljon siinä kohoasennossa sitten." |
| | Sijainti | "Ja sitten oli niistä mustelmista, että millaisia ne mustelmat ovat." "Se voi olla hurjan näköinen." |
| Laskimotukos | Ilmaantuminen ja kesto | "Niitä voi olla tosi paljon ja että ne tosiaan valuu siellä kudoksissa alaspäin." |
| | Oireet | "Kun ne tulee jälkeensä vasta. Vajaa viikko sen leikkauksen jälkeen ne on niin kuin pahimmillaan." "Niitäkin voi olla useamman viikon." |
| | | "Toki siinä aina pitää muistaa se laskimotukos sitten että." "Jos se yhtäkkiä turpoaa ja menee niin pinkeeksi, se ei niin kuin myötä eikä yön aikanaan laske se turvotus...ja siihen ei kipulääkekeään auta." |
| | | |
| | | |
| Yläkategoria | Alakategoria | Pelkistetty alkuperäisilmaisu |
| Jälkitarkastus | Ajankohta ja paikka | "...siitä jälkitarkastuksesta...että missä se on ja ettei ne tule tänne osastolle vaan se on siellä poliklinikalla. Eli milloin ja missä se jälkitarkastus on." |
| | Röntgen | "Joillakin on röntgen, joillakin ei." |
| Infektiot | Lämpöily | "Sitten siitä lämpöilystä, että pieni lämpöily kuuluu ihan asiaan alkuvaiheessa." |
| | Oireet | "Ja se, ettei tarvitse odottaa niitä kaikkia infektion merkkejä." |
| | Antibioottihoito | "...ettei missään tapauksessa saa siellä terveysasemalla aloittaa sitä antibioottia sen haavan takia vaan tänne yhteys. Se on niin kuin ehdoton." |
| | Ihon kunto | "Pitää myös hyvin ohjata, että kaikki ihorikat ja tämmöiset pitää sitten hoitaa hyvin" |
| Yhteydenotto sairaalaan | Hammashoito | "ja jos käy hammaslääkärissä niin muistaa sanoa, että on tekonivel." "...olisi hyvä pitää ehjänä. Ja hampaat koko loppu elämän." |
| | Kivun hoito | "...että maksimi kipulääkkeet ei riitä ja..." |
| | Haavan erityis | "...jos se haava erittää vielä siellä lähempänä kahta viikkoa..." |
| | Haavan ulkonäkö | "...tai se tulee hurjan näköiseksi tai se paljon vuotaa, niin tänne ehdottomasti." |
| Vatsantoiminta | Infektio | "Ja se, ettei tarvitse odottaa niitä kaikkia infektion merkkejä." "..."ettei missään tapauksessa saa siellä terveysasemalla aloittaa sitä antibioottia sen haavan takia vaan tänne yhteys. Se on niin kuin ehdoton." |
| | Toiminta/toimimattomuus | "Pitää aina muistaa kysyä, että onko se toiminut täällä." |
| Ravitseminen | Närästys | "ja sitten samoin siitä närästyksestä." |
| | Normaali kotiruoka | "Normaali arkiruoka." "Kyllä minä sitä ruokaa kehoitan sitten ihan perusevästä syömään." |
| Tarkistuslista | Hemoglobiinitaso | "Niin, koska sitten se kanssa nostaa sitä hemoglobiinia, mikä on täällä vähän roikahtanut." |
| | Koko/ulkomuoto | "...joka olisi taskuun mahtuva...sellainen kaksipuolinen." |

LIITE 4: Tarkistuslista

KOTIUTUKSEN TARKISTUSLISTA

Haavanhoito

- ✓ hygienia
- ✓ haavan ulkonäkö ja erityys
- ✓ haavainfektio
- ✓ sidokset
- ✓ hakasten poisto

Lääkehoito

- ✓ mitä, milloin, kuinka paljon ja kuinka pitkään
- ✓ sivuvaikutukset
- ✓ antikoagulaatio-ohjeistus
- ✓ Marevan käyttäjien ohjeistus

Turvotukset/Mustelmat

- ✓ esiintyvyys, kesto
- ✓ ehkäisy/hoido

Laskimotukoksen ehkäisy

- ✓ oireet, ehkäisy

Infektiot

- ✓ hampaiden ja ihon hoito

Ravitsemus

- ✓ ravinnon laatu

Vatsan toiminta

KOTIUTUKSEN TARKISTUSLISTA

Hakastenpoisto pvm merkittynä potilasoppaaseen

Post-op röntgen otettu

Jälkitarkastusaika

Lonkkakyselykaavake

Potilaspalaute

Matkakorvaustodistus

Sairaslomatodistus


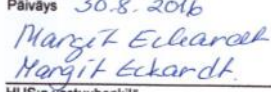
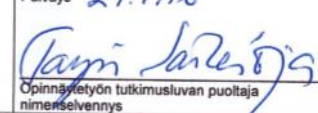
Yhteystiedot annettu

Milloin yhteydenotto sairaalaan?

**MUISTA YKSILÖLLINEN OHJAUS
JA EMOTIONAALINEN TUKI**

LIITE 5: Tutkimuslupa

| HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI | | OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS | | Liite 1 | | |
|--|--|---|---|---------|---|--|
| Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot | Suku- ja etunimet Hölttä Jenni, Mellanoura Kaisa, Repola Johanna | | | | | |
| | Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta sairaanhoitajaopiskelija (Kaisa ja Jenni), terveydenhoitajaopiskelija (Johanna) | | | | | |
| | HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä Kaisa Mellanoura ja Jenni Hölttä <input type="checkbox"/> Ei | | | | | |
| | Sähköpostiosoite/puh/gsm jenni.holta@student.laurea.fi, kaisa.mellanoura@student.laurea.fi | | | | | |
| | Kotiosoite | | | | | |
| | Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea AMK Tikkurila | | | | | |
| | Yliopiston laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite Ratatie 22, 01300 Vantaa | | | | | |
| Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Hellevi Pelto-Huikko, terveysalan lehtori, hellevi.pelto-huikko@laurea.fi, puh. 046 856 7344 | | | | | |
| | Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa <i>Hyväksytty.</i> | | | | | |
| HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot | Suku- ja etunimi/virka/toimi <i>Eckardt Margit</i> | | | | | |
| | Työpaikan osoite <i>Reijaksen sairaala, M sivi 3ker. Sairaalakatu 1, Pk 900</i> | | | | | |
| | Sähköpostiosoite/puh/gsm <i>margit.eckardt@hus.fi, 050 - 428 7278</i> | | | | | |
| | HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee <i>Tukielin- ja plastiikkakirurgia</i> | | | | | |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot | Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa <i>Tekonivelleikatun potilaan kotiutusvaiheen ohjaus - muistilista sairaanhoitajille</i> | | | | | |
| | Asiasanat (max 5 kpl) <i>potilasohjaus, kirurginen potilas, tekonivelkirurgia, kotiutus</i> | | | | | |
| | Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | Opinnäytetyön tieteenalat <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteet <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | | | | |
| | Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? | Arvioitu aloituspvm. <i>Toukokuu 2016</i> | Arvioitu päättämispvm. <i>Marraskuu 2016</i> | | | |
| | Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Akuutti <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu) <input type="checkbox"/> HYKS Leikkaussali, teho- ja kivunhoito (ATEK) <input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytykset (NaiS) <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätaudit ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia <input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus <input type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalueen johto | | | | <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohtjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistö Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä | |

| | | |
|--|--|--|
| Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | | Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 1 |
| Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä? | | |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot | | |
| Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) | | Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Peijas os. K2, Kotiutusvaiheen potilasohjauksen yhtenäistäminen/muistilista ohjausta tukemaan <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta |
| Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. | | |
| Päiväys 28.6.2016  Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Jenni Hölttä, Kaisa Mellanoura, Johanna Repola | | Päiväys 30.8.2016  HUS:n vastuuhenkilö nimenselvennys |
| Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa Päiväys | | Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys 27.7.16  Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvennys |

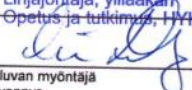
Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet
Tarvitavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolosittamus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

| | |
|----------------------|---|
| LOMAKE-PÄÄTÖS | Lomakepäätöksen numero <u>13/2016</u> |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä |
| | Tutkimusluvan alkamispäivä _____ Tutkimusluvan päättymispäivä _____ |
| | Päiväys <u>Nina Lindfors</u> Linjajohtaja, ylilääkäri <u>14.9.2016</u> Opetus ja tutkimus, HYKS  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys |

| | |
|--|---|
| Opinnäytetyön tekijä | Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot |
| Opinnäytetyön ohjaaja | Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot |
| HUS:n vastuhenkilö | Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämisestä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta. |
| Opinnäytetyötä koskevat tiedot | Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan. |
| Asiasanat | Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl |
| HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot | Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet. |
| Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle | Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilvan myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotuskulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä. |
| Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan | Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaiikutuksista HUS:n toimintaan. |
| Eettinen arviointi | Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa. |
| Allekirjoitukset | Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä. |
| Liitteet | Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liiteaineistoa. |