



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jaana Ketonen

POTILAIKEN KOKEMUKSIA KOTI- TUSVAIHEEN TARKISTUSLISTASTA

Sosiaali- ja terveysala
2018

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jaana Ketonen
Opinnäytetyön nimi	Potilaiden kokemuksia kotiutusvaiheen tarkistuslistasta
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	32 + 4 liitettä
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vaasan keskussairaalan A3 osaston potilaiden kokemuksia kotiutusvaiheen tarkistuslistasta. Tavoitteena oli kehittää tarkistuslistaa paremmin toimivaksi, edistää potilasturvallisuutta sekä kiinnittää huomiota niin kirjalliseen kuin suulliseen ohjaukseen kotiutusvaiheessa tarkistuslistaa apuna käyttäen.

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella loka-marraskuussa 2017. Kyselylomake sisälsi väittämiä tarkistuslistasta ja suullisen ohjauksen toteutumisesta tarkistuslistan ohella. Lopuksi oli avointa tilaa kommenteille ja kehitysehdotuksille. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla, ja kuviot toteutettiin Excel 2016 -ohjelmalla. Kommentit ja kehitysehdotukset luokiteltiin samankaltaisiin, joista tehtiin yhteenveto.

Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 66. Tutkimustulosten mukaan A3:lta kotiutuvat potilaat olivat melko tyytyväisiä tarkistuslistaan ja he saivat mielestään tarpeeksi suullista ohjausta tarkistuslistan lisäksi. Vaasan keskussairaala on teettänyt osaston hoitajille samankaltaisen kyselyn. Sen vastauksien ja tämän tutkimustulosten perusteella tarkistuslistan tekstimäärää voisi tiivistää ja tehdä siitä potilas-kohtaisemman.

ABSTRACT

Author	Jaana Ketonen
Title	Patients' Experiences on Hospital Discharge checklist
Year	2018
Language	Finnish
Pages	32 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

The purpose of this bachelor's thesis was to look at the experiences of patients on hospital discharge checklist on ward A3 in Vaasa Central Hospital. The aim was to develop the checklist to be more functional, to promote patient safety and to pay attention to written and oral counselling in patient discharge with the help of the checklist.

The research material was collected with a questionnaire in October-November 2017. The questionnaire included statements the contents of the checklist and the implementation of oral counselling as well as using the checklist. At the end of the questionnaire there was an empty space to write comments in their own words. The material was analysed with SPSS -statistics programme and the figures were created with Excel 2016 -programme. Comments and development suggestions were classified to similar ones and then summarized.

The response rate was 66%. According the research results ward A3 home going patients were fairly satisfied with the checklist and in their opinion they got enough oral counselling in addition to the checklist. Vaasa Central Hospital has made a similar inquiry to the nurses of the ward. Based on the responses the amount of text on the checklist could be reduced and it could be made more patient-oriented.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	OHJAUS JA NEUVONTA	9
	2.1 Kirjallinen ja suullinen ohjaus	11
	2.2 Tarkistuslista.....	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ ..	15
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
	4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu	16
	4.2 Aineiston analysointi	18
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	19
	5.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot	19
	5.2 Vastaajien näkemykset tarkistuslistasta.....	21
	5.3 Vastaajien kehitysehdotukset.....	23
6	POHDINTA.....	25
	6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	25
	6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	27
	6.3 Oppimisprosessi.....	29
	6.4 Jatkotutkimusaiheet.....	30
	LÄHTEET.....	31

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma.	19
Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.	20
Taulukko 1. Väittämät vastauksineen.	21

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kyselylomake suomeksi

LIITE 2. Kyselylomake ruotsiksi

LIITE 3. Saatekirje suomeksi

LIITE 4. Saatekirje ruotsiksi

1 JOHDANTO

Kinnusen & Helovuon (2013) mukaan tarkistuslista koostuu ydinasioista, ja sitä käytetään muistin tukena sekä rutiinityössä unohduksien havaitsemiseksi. Tarkistuslistalla vähennetään virheitä ja se auttaa myös arvioimaan potilaiden turvallisuutta hoitotyössä. Vaasan keskussairaalan kotiutuksen tarkistuslistan tarkoituksena on toimia muistilistana hoitajalle, jotta hän muistaa tehdä kaiken tarvittavan ennen potilaan kotiutumista. Keskussairaalan sivuilta löytyy myös potilaille tarkoitettu kotiutusvaiheen tarkistuslista, jotta potilaat muistavat tehdä, kysyä ja järjestää kaiken tarvittavan ennen kotiin lähtöä. (Vaasan keskussairaala 2016.)

Ruohoahon (2016) kirjoittamassa artikkelissa käsiteltiin leikkaustoiminnan muutoksia. Sairaaloiden säästötoimenpiteet aiheuttavat sen, että potilaiden hoitajaksoja on tiivistetty ja he saapuvat sairaalaan leikkausaamuna. Lyhythoitoinen kirurgia, heräämöstä kotiin ja seurannasta kotiin vähentää potilaan sairaalassa oloa. Fast track eli nopeutettu toipuminen -mallin ansiosta leikkaushoitajaksot ovat lyhentyneet Suomessa ja päiväkirurgia on lisääntynyt ilman, että potilastyytyväisyys on kärsinyt. Uusissa, nopeutetuissa toimintamalleissa kotiutuminen ei ole sidoksissa virka-aikaan, edellytyksenä on yhä saattaja kotimatalle. Potilas on myös vastuullisemmassa asemassa oman toipumisen kannalta. Tällaisissa toimintamalleissa hoitajien keskiössä tulee olla potilaan ohjaus sekä ennen leikkausta, että sen jälkeen.

Tämä tutkimus käsitteli potilaiden kokemuksia kotiutusvaiheen tarkistuslistasta, joka toteutettiin Vaasan keskussairaalan kirurgian osastolla A3. Hyvin toimivalla tarkistuslistalla voidaan parantaa potilaiden kotiutusvaihetta ja edistää potilasturvallisuutta. Henkilökunnan kokemuksia samasta aiheesta on jo kartoitettu Vaasan keskussairaalan toimesta. Kysely toteutettiin loppuvuodesta 2016, ja sen vastausprosentiksi muodostui 54,5. Henkilökunnalta kysyttiin miten tarkistuslista palvelee potilasta, miten tarkistuslistaa voisi kehittää ja tarkistuslistan käytöstä jatkossa. Moni heistä oli sitä mieltä, että tarkistuslistan avulla asiat selkenevät paremmin potilaalle ja se auttaa potilasta muistamaan kaiken sekä potilas saa valmistautua kotiin lähtöön rauhassa. Kehittämisehdotuksia tuli muun muassa liittyen tarkistus-

listan tiivistämiseen liiallisen tekstin vuoksi, tarkistuslistan pitäisi mukauttaa potilaan mukaan sekä tarkistuslista tulisi lähettää kutsukirjeen mukana, ja sen tulisi löytyä myös kotisivuilta ja infomapista potilashuoneissa. Suurin osa vastaajista käyttäisi tarkistuslistaa jatkossakin.

2 OHJAUS JA NEUVONTA

Ohjaus on tärkeä osa potilaiden hoitoa ja hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa. Ohjauksen onnistumisella on vaikutusta potilaiden ja heidän läheistensä terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. Ohjaus, tiedon antaminen, neuvonta ja opetus ovat kaikki hyvin samanlaisia käsitteitä mutta kuitenkin niiden välillä on eroavaisuuksia. Keskeistä ohjauksessa on vuorovaikutteisen suhteen luominen, aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä potilaan ja hoitajan taustatekijöiden huomiointiin ottaminen. Toimivassa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja suunnittelevat yhdessä ohjauksen sisältöä ja toimintatapoja tavoitteiden saavuttamiseksi, tämän edellytyksenä on kunnioitus toistensa asiantuntijuutta kohtaan. Hoitajan on tunnistettava omat lähtökohdansa ja muodostettava oma käsitys siitä, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjataan. Käsitys tulee olla myös siitä, onko potilas vastuussa omista valinnoista ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on edistää potilaan valintoja. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006.)

Kääriäisen & Kyngäksen (2005, 208–209) mukaan tutkittaessa potilaiden kokemuksia ohjauksesta on tullut ilmi, että potilaat saavat tietoa tutkimuksista, sairaudesta ja hoitoon liittyvistä asioista. Tutkimusten mukaan potilaat tarvitsevat ja kaipaavat lisää tietoa etenkin taloudellisista ja eettisistä asioista mutta myös kaikilta edellä mainituilta osa-alueilta. Lyhyillä hoitajaksoilla, jolloin potilaalla ei ole tapaamista sosiaalihoitajan kanssa, tulee sairaanhoitajan pystyä kertomaan sosiaaliturvasta. Tutkimukset kertovat myös sen, että hoitoaikojen lyhentyessä tulee huomioida entistä paremmin ohjauksen suunnittelu ja ohjausmenetelmien kehittäminen.

Saarela (2013, 20–55) on tehnyt pro gradu -tutkielman, jonka tarkoituksena oli kuvata kirurgisen potilaan ohjausta lisäkoulutetun sairaanhoitajan eli asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin erään yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella, jossa asiantuntijasairaanhoitajat toimivat potilaan ohjaustyössä ja itsenäisillä vastaanotoilla. Aineisto kerättiin asiantuntijasairaanhoitajien laatimien esseiden avulla, jossa he kertoivat tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman laajasti. Asiantuntijasairaanhoitajien kokemusten perusteella kirurgisen po-

tilaan ohjaus tiivistyy potilaan konkreettisten, henkisten, sosiaalisten ja tiedollisten voimavarojen turvaamiseen eli kokonaisvoimavaraistavaan ohjaukseen. Tutkimustuloksien perusteella kirurgisen potilaan ohjauksen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa ohjaajakohtaiset ominaisuudet, koulutukseen perustuvat tiedolliset valmiudet, organisaatiokohtaiset käytännöt, työkokemuksen tuoma valmius, potilaslähtöiset toimintavalmiudet ja ohjauksen motivaatiotekijät. Ohjausprosessin täytyy olla arvioitavissa ja siinä tulee olla mahdollisuus saada ja antaa palautetta, lisäksi ohjausprosessiin tarvitaan yksilö, potilaan ohjaaja, koulutuksen antaja, organisaatio ja tutkimusyhteisö.

Ohjaustilanteessa tulee ottaa huomioon potilaan itsemääräämisoikeus, joka liittyy merkittävästi kohteluun, yhdessä suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Näiden toteutuksessa potilasta voidaan hoitaa lain määräämällä tavalla yhteistyössä hänen kanssaan. Lain (L28.6.1994/559) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa potilaan etua (Finlex 1994.) Potilas saa enemmän hyötyä ohjaukseen osallistumisesta, joka on oikein ajoitettu ja annettu sekä sen seurannasta ja vaikuttavuuden arvioinnista. (Kynäns, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 17.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, että hän saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa potilaalle. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) yhdessä hallinnon alan laitosten, Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen sekä kentän toimijoiden kanssa on käynnistänyt Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian vuosille 2017–2021. Sen tarkoituksena on auttaa edistämään suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäistä turvallisuuskulttuuria. Strategia palvelee julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyshuollon potilaita, asiakkaita ja heidän omaisiaan, henkilökuntaa sekä järjestäjiä ja tuottajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua edistää myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (L26.8.1994/559). Lain tarkoituksena on muun muassa varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittä-

vä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. (Finlex 1994.)

Vuonna 2004 lokakuussa WHO (World Health Organization, 2018) julkaisi Patient Safety -ohjelman, jonka tavoitteena on koordinoida, levittää ja nopeuttaa potilasturvallisuuden parantamista maailmanlaajuisesti. Ohjelma toimii myös väli-
neenä kansainväliseen yhteistyöhön WHO:n jäsenmaiden, sihteeristöjen, teknisten asiantuntijoiden, kuluttajien, ammattilaisten ja teollisuusryhmien välillä. Joka vuosi WHO:n Patient Safety jakaa ohjelmia, jotka sisältävät järjestelmällisiä ja teknisiä näkökulmia potilasturvallisuuden parantamiseksi. WHO:n mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilashaittojen ehkäisemistä ja tarpeettomien haittojen minimointia. WHO:n visiona on maailma, jossa koko ajan jokainen potilas saa turvallista terveydenhoitoa ilman riskejä ja haittoja. Tavoitteena on kehittää potilasturvallisuutta erilaisilla parannuksilla ja hallita riskejä, joilla ehkäistään mahdollisia potilashaittoja.

2.1 Kirjallinen ja suullinen ohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785) mukaan potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hoitoon. Selvitystä edellä mainituista ei tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun siitä selvästi aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa tietoa siten, että potilas ymmärtää sen. Mikäli potilaalla on aisti- tai puhevika tai terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tulee mahdollisuuksien mukaan huolehtia tulkki paikalle. (Finlex 1992.)

Amerikkalaisen ”Holistic Nursing Practice” -lehden artikkelin mukaan väärinkäsitystilanteissa tulee oikeudellisen velvoitteen mukaan tarjota tulkin palveluja. Kirjoittajat ovat myös sitä mieltä, että suurin osa hoitajista voisi opetella lauseita yleisimmillä kielillä. Jotkin tutkimukset ovat osoittaneet, että puhumalla muutamia sanoja tai lauseita potilaan käyttämällä kielellä voidaan vähentää kommunikatioesteitä ja herättää luottamusta. (Green-Hernandez, Quinn, Denman-Vitale,

Falkenstern & Judge-Ellis, 2004.) Salon (2007) kirjoittamassa artikkelissa kerrotaan, että Suomessa asioimistulkkauksen tarve kasvoi nopeasti 1990-luvun alussa, kun pakolaisryhmiä tuli maahan. Tämän ansiosta kehitettiin kahdeksan kunnallista tulkikeskusta, joista yksi sijaitsee Vaasassa. Tulkkeskuksen päätehtävänä on tarjota laadukkaita ja ammatillisia käännös- ja tulkkauspalveluita viranomaisille. Työministeriön ohjeen (3/2005) mukaan tulkki- ja käännöspalveluja järjestetään, jos maahanmuuttaja tai turvapaikanhakija ei osaa suomea tai ruotsia sekä silloin, jos viranomaisella ei osaa henkilön käyttämää kieltä.

Potilas tarvitsee yleensä enemmän tietoa kuin hoitohenkilökunta olettaa, etenkin siirtymävaiheissa tietoa tulee antaa useita kertoja ja eri menetelmillä. Potilaalle tulisi antaa kirjalliset hoito-ohjeet, jolloin tuetaan suullista ohjausta sekä potilaalla on mahdollisuus tutustua asiaan rauhassa ja ammentaa tieto itselleen. Kirjalliset ohjeet tulee käydä yhdessä potilaan kanssa läpi hyvissä ajoin ennen kotiuttamista, jotta potilas ehtii sisäistämään ohjeet ja mahdollisesti esittämään lisäkysymyksiä. Kirjallisilla hoito-ohjeilla tarkoitetaan paperilla ja verkossa olevaa materiaalia, esimerkiksi sairaanhoitopiirin tai terveyskeskuksen kotisivuilla olevia hoito-ohjeita. Myös potilaan ja hänen omaisten kanssa tulee pohtia kotiutumista sairaalasta hyvissä ajoin, jotta suunnitelmallinen ja onnistunut kotiutuminen voidaan taata. Tarvittaessa tulee potilaan tueksi sairaalahoidon jälkeen järjestää kotiutusyksikkö, joka antaa hoito- ja kuntoutuspalvelua noin kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 318–319.)

Hyvärinen (2005) kertoo kirjoittamassaan artikkelissa millainen on hyvä ja toimiva kirjallinen potilasohje. Oleellista on, että ohje on luotu potilasta tai hänen omaisia varten. Ohje tulisi kirjoittaa yleiskielisesti sekä sanaston ja lauserakenteiden tulee olla selkeitä ja kertalukemalla ymmärrettäviä. Otsikot keventävät ohjetta ja kappalejaot selventävät mitkä asiat kuuluvat tiiviimmin yhteen. Ohjeen pituudella tai lyhyydellä ei ole sinänsä väliä, tiedonjanoisille voi tarjolla lisätietoa erillisen otsikon alla. Tärkeintä on antaa tietoa lukijalle eli potilaalle siitä, kuinka hänen tulee toimia, jotta oireet lievittyisivät tai taudin kulku edes hidastuisi.

Sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla ohjaus etenee tavoitteeseensa eli siihen, että potilas ja hoitaja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä sekä saavuttavat yhteisymmärryksen. Sanallinen viestintä on pieni osa ihmisten välistä vuorovaikutusta, joten sen selkeyteen ja yksiselitteisyyteen tulee kiinnittää huomiota. Useimmiten ohjausta annetaan suullisesti, sillä vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa potilaan kysymyksien esittämisen, väärinkäsityksien oikaisemisen ja tuen saamisen hoitajalta. Suullista ohjausta käytetään yksilö- tai ryhmäohjauksessa, jota voidaan tukea oheismateriaalilla. Potilaat arvostavat enemmän yksilöohjausta, sillä se mahdollistaa aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, palautteen antamisen, vapaamuotoisen ilmapiirin sekä potilas ja hänen tarpeensa ovat ohjauksen keskiössä. (Kyngäs ym. 2007, 39–74.)

2.2 Tarkistuslista

Tarkistuslista ei toimi ainoastaan muistin tukena, vaan se myös edistää kuuntelemista, tiedon jakamista, turvallisuuden tunnetta sekä järjestelmällisyyttä. Tarkistuslistat auttavat ymmärtämään monimutkaisia kokonaisuuksia selkeämmin ja lisäävät tietoisuutta potilasturvallisuudesta. (Blomgren & Pauniahho 2013, 282–285.)

Ryhmä hollantilaisia terveydenhuollon ammattilaisia on kehittänyt moniammatilliseen käyttöön SURPASS -järjestelmän listoineen (Surgical Patient Safety System), joka kulkee potilaan mukana sairaalaan tulosta kotiutumiseen asti. Järjestelmä koostuu tärkeistä asioista liittyen tilanteeseen ennen potilaan viemistä leikkaussaliin, ennen toimenpiteen alkamista, toimenpiteen jälkeen, potilaan ollessa heräämössä tai teho-osastolla sekä ennen kotiutumista. Järjestelmän listat sisältävät muun muassa merkintöjä potilaan lääkityksestä, leikattavan alueen merkitsemisestä ja leikkauksen jälkeisistä määräyksistä. SURPASS -järjestelmän ansiosta kuolleisuus sekä kirurgiset komplikaatiot ovat vähentyneet huomattavasti sairaaloissa, joissa hoidon taso on korkea. Myös taloudelliset ja fyysiset haitat ovat pienentyneet. SURPASS -järjestelmällä on selvä soveltuvuuden näyttö leikkauspoti-

laan hoitoon, mutta se ei ole tiedettävästi käytössä Suomessa. (Blomgren & Pauhio 2013, 282.)

Rantasalon (2007) mukaan potilaan kotiutumisen suunnittelu olisi hyvä aloittaa paria päivää ennen kotiin lähtöä, jotta potilaalla olisi aikaa järjestää kotiutumiseen liittyviä asioita. Päätös kotiuttamisesta tulee aina tehdä yhteistyössä potilaan kanssa tarpeeksi ajoissa, jotta kotiutuksesta tulee mahdollisimman onnistunut. Ennen kotiutumista tulee kartoittaa potilaan kotitilanne ja omaisten mahdollisuus auttamiseen, mikäli potilas tarvitsee ylimääräistä kotiapua -tai hoitoa. (Häkli & Väntsi 2014, 16–17.)

Sairaalasta kotiutettavat potilaat ovat yhä huonokuntoisempia, monisairaampia ja iäkkäämpiä. Tämän takia kotiuttaminen sisältää usein monenlaisia järjestelyitä ja tapahtumaketjuna on alttiimpi vaaratapahtumille, jotka aiheutuvat esimerkiksi ongelmista kommunikaatiossa ja tiedonkulussa. Kotiutuksen ja siirron yhteydessä olisi suotavaa käyttää strukturoitua kommunikointia, jotta lääkitys, jatkohoito-ohjeet ja muut olennaiset asiat tulisi huomioitua. Kotiutuminen on tärkeä osa koko hoitoprosessia, joka tulisi olla hyvin suunniteltu ja ajankohtaisesti sopiva. Liian aikainen tai huonosti suunniteltu kotiutus vaarantaa potilasturvallisuuden ja lisää kotiuttamisen jälkeisiä haittapahtumia, jotka aiheuttavat turhaa kärsimystä potilaalle, turhia kustannuksia ja ylimääräistä työtä yksikölle sekä yhteiskunnalle. Tutkimusten mukaan varmemmin kotiuttaminen onnistuu, kun sen suunnitteleminen aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan sekä kun, valmistelussa on mukana eri ammattialojen edustajia ja heidän näkökulmiaan. (Sahlström, Liukka, Roine, Aaltonen & Kinnunen 2018.)

Vaasan keskussairaala on tehnyt hoitohenkilökunnalle suunnatun tarkistuslistan liittyen potilaan kotiutusvaiheeseen. Siinä huomioidaan potilaan kotiutumisesta ilmoittaminen omaiselle tai muulle auttavalle taholle, lääkehoitoon, hoitotyön loppuarviointiin, jatkohoitoon sekä todistuksiin liittyvät asiat, jotka on hyvä tarkistaa ja varmistaa ennen potilaan kotiutumista. Hoitajan tulee myös varmistaa, että potilas ymmärtää hoidon tarkoituksen ja tavoitteet. (Vaasan keskussairaala 2016.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia liittyen kotiutusvaiheen tarkistuslistaan. Aineistoa kerätessä potilailta kysyttiin mielipidettä muun muassa tarkistuslistan kattavuudesta ja selkeydestä, suullisen ohjauksen riittävydestä tarkistuslistan lisäksi sekä suosituksia tarkistuslistan käytöstä jatkossakin. Tavoitteena oli kehittää tarkistuslistaa paremmin toimivaksi, edistää potilasturvallisuutta ja kiinnittää huomioita niin kirjalliseen kuin suulliseen ohjaukseen kotiutumisvaiheessa tarkistuslistaa käyttäen. Tämän tutkimuksen tutkimustehtävänä oli selvittää, millaiseksi A3 osaston potilaat kokivat kotiutusvaiheen tarkistuslistan.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä tutkimus on tehty tilaustyönä Vaasan keskussairaalalle. Kyseessä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, joka kohdentuu muuttujien mittaamiseen, muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun ja tilastollisten menetelmien käyttöön. Tutkimusasetelmana on poikittaistutkimus, jossa aineisto kerätään kerran eikä tarkoituksena ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä enää tulevaisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42.)

4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Kohderyhmänä oli Vaasan keskussairaalan osasto A3:n kotiutuvat potilaat. A3 on kirurginen osasto, jossa hoidetaan verisuoni-, keuhko-, korva-, nenä-, kurkku-, leuka-, silmäkirurgisia ja urologisia potilaita.

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin vastaamalla tekijän suunnittelemiin ja toteutettiin paperisiin kyselylomakkeisiin (Liite 1 & 2). Kyseessä oli strukturoitu kyselylomake, jossa oli väittämät valmiine vastausvaihtoehtoineen sekä tilaa kommentteille ja kehitysehdotuksille. Kyselylomake on tavanomaisin aineistonkeruumenetelmä määrällisessä tutkimuksessa, ja sen laatiminen on kriittisin vaihe tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Asteikkoihin eli skaaloihin perustuva kysymystyyppi kertoo sen, miten voimakkaasti vastaaja on eri mieltä tai samaa mieltä esitetyn väittämän kanssa. Asteikot ovat yleisesti 5- tai 7-portaisia, ja vaihtoehdot muodostavat joko nousevan tai laskevan skaalan. (Hirsjärvi, Remes & Saajajärvi 2009, 200.) Kyselylomakkeen väittämiin vastattiin Likert -asteikon avulla. Asteikon vaihtoehdot olivat 1= täysin eri mieltä, 2= osittain samaa mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= osittain samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 102) mukaan hoitotieteen kyselytutkimuksissa käytetään usein Likert-asteikollisia muuttujia.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 55–117) mukaan on yleistä, että hoitotieteellisessä tutkimuksessa kysytään potilaan/asiakkaan taustatietoja. On kuitenkin pohdittava mitä tietoa tutkittavista on välttämätöntä ja tarpeellista saada, esimerkiksi potilaan ikä tai koulutustausta voi olla yhteydessä ohjaustarpeeseen.

Hoitotieteelliset tutkimukset osoittavat, että muun muassa iän, koulutuksen, sukupuolen ja äidinkielen kysyminen on tärkeää. Tämän tutkimuksen taustatiedoissa kysyttiin vastaajan ikää ja sukupuolta, jotka olivat selittäviä muuttujia. Väittämät olivat selitettäviä muuttujia, joilla kartoitettiin potilaiden kokemuksia tarkistuslistasta. Kaikissa lomakkeissa väittämien järjestys ja sisältö oli sama kaikille vastaajille. Kyselylomakkeet esiteltiin kahdella suomenkielisellä ja yhdellä ruotsinkielisellä hoitoalan ammattilaisella sekä yhdellä maallikolla. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeisiin ei tehty muutoksia. Esitestauksella lisätään tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205).

Hirsjärven ym. (2009, 195) mukaan kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto, se on tehokas menetelmä ja samalla tutkija säästää aikaa sekä vaivannäköä. Haittoina on se, ettei voida varmistua vastaajan rehellisyydestä ja huolellisuudesta, voi tulla väärinymmärryksiä vastausvaihtoehtojen suhteen sekä vastaamattomuus eli kato voi nousta joissakin tapauksissa suureksikin.

Opinnäytetyön tekijä vei 100 kyselylomaketta ja saatekirjettä osastolle sekä esitteli aineistonkeruun henkilökunnalle. Hoitaja antoi kyselylomakkeen potilaalle, kun hän oli kotiutumassa osastolta. Osa potilaista oli palauttanut täytetyn kyselylomakkeen osastolla olevaan lukolliseen postilaatikkoon. Osastonhoitaja keräsi kaikki palautetut kyselylomakkeet lukolliseen kaappiin erilliseen kansioon. Mahdollista oli myös ottaa kyselylomake mukaan kotiin ja postittaa se valmiiksi maksetulla kirjekuorella keskussairaalaan mutta kukaan vastaajista ei tehnyt näin. Kyselylomakkeeseen sai vastata 9.10.–26.11.2017 välisenä aikana. Kyselylomakkeen mukana tuli saatekirje (Liite 3 & 4), jossa kerrottiin lyhyesti tästä tutkimuksesta. Molemmat, kyselylomake ja saatekirje, oli tehty suomeksi ja ruotsiksi.

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia on muun muassa potilaan itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, anonymiteetti ja tietoinen suostumus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223). Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja oli myös mahdollista kieltäytyä vastaamasta, näiden avulla varmistettiin potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Vas-

tanneiden henkilöllisyyttä suojattiin siten, että kyselylomakkeeseen vastattiin anonyymisti eikä potilastietoihin kajottu. Aineisto säilytettiin vain opinnäytetyön tekijän tietämässä paikassa ja tutkimuksen loputtua tutkimusaineisto tuhottiin polttamalla. Ennen kyselylomakkeeseen vastaamista potilaat saivat lukea saatekirjeen, jossa kerrottiin vastaamisen tapahtuvan nimettömästi ja vapaaehtoisesti sekä lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Saatekirjeellä varmistettiin, että potilaan osallistuminen perustuu tietoiseen suostumukseen. Tutkimukselle tarvitaan aina lupa, joka yleensä haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tälle tutkimukselle luvan myönsi Vaasan keskussairaalan johtajaylihoitaja syyskuussa 2017. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 118–222.)

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston strukturoidun osan analysointi tapahtui SPSS-tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen, jota yleensä käytetään hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa. Tilasto-ohjelmaan syötettiin kyselylomakkeeseen vastanneiden taustatiedot ja väittämät vastausvaihtoehtoineen. Aineistoa kuvataan yleensä käyttämällä frekvenssejä ja prosentiosuuksia. Frekvenssillä tarkoitetaan tiettyyn luokkaan kuuluvia tilastoyksiköiden lukumäärää, jota voidaan kuvata numeroina taulukoissa ja kuvioissa. Monet tutkimusmenetelmäkirjat toteaa, että frekvenssit ja prosentiosuudet ovat määrällisen tutkimusraportin peruselementit. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100–104.) Kuviot ja taulukot luotiin Excel 2016 -ohjelmalla.

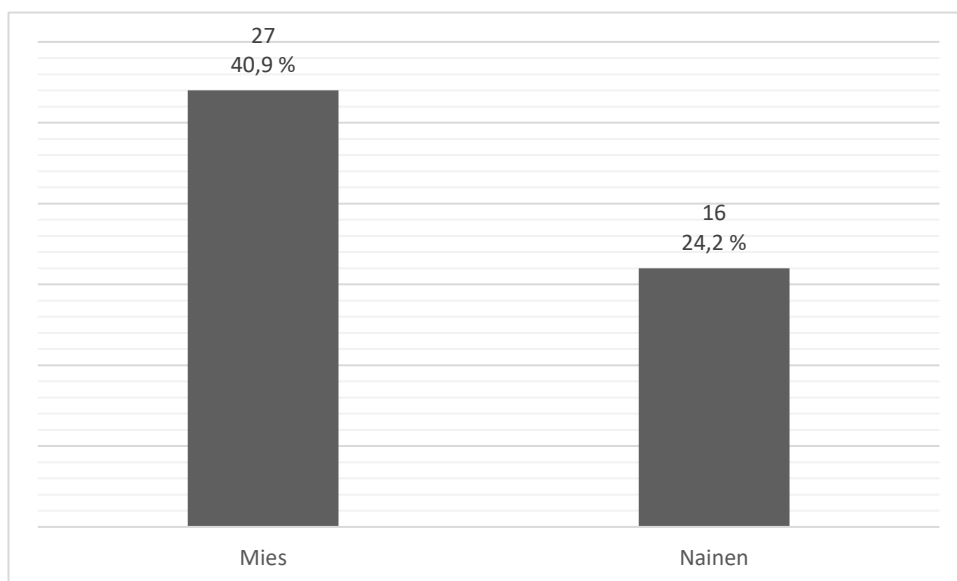
Avoimella tekstialueella kartoitettiin potilaiden kehitysehdotuksia ja kommentteja liittyen tarkistuslistaan. Nämä vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä, joka on paljon käytetty analysointimenetelmä hoitotieteen tutkimuksissa. Sen tarkoituksena on laajan ilmiön tiivis esittäminen, jonka seurauksena syntyy käsiteluokituksia, -karttoja -ja järjestelmiä. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista, ja aineiston analyysi etenee vaiheittain, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2009, 134–135.) Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia eli aineistolähtöistä analyysia, jonka avulla saadaan uutta tietoa tutkittavasta aiheesta.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

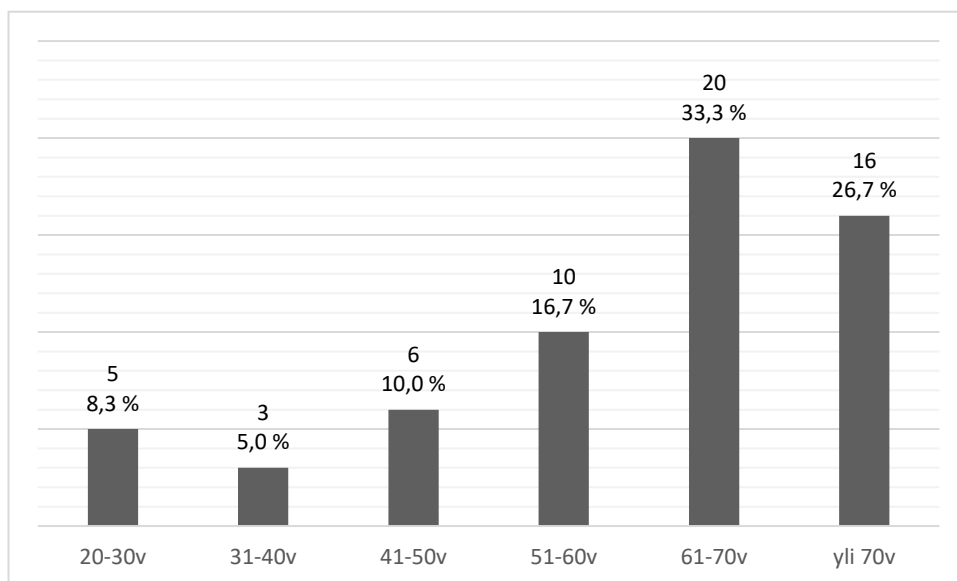
Vaasan keskussairaalaan vietiin 50 suomenkielistä ja 50 ruotsinkielistä eli yhteensä 100 kyselylomaketta jaettavaksi A3 osastolta kotiutuville potilaille. Vastanneita oli 66, joista 32 oli suomenkielisiä ja 34 ruotsinkielisiä, ja näin vastausprosentiksi muodostui 66. Kymmenen kyselylomaketta jäi jakamatta ja 24 henkilöä jätti vastaamatta. Tutkimuksen tulokset esitetään kuvioita ja taulukkoa apuna käyttäen.

5.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot

Tutkimuksessa kysyttiin vastaajan sukupuolta ja ikää, joita kuvataan Kuvioissa 1. ja 2. Vastaajista 27 oli miehiä, 16 naisia ja 23 henkilöä ei vastannut kysymykseen ollenkaan. Ikäluokat oli jaettu seuraavanlaisesti 20–30v, 31–40v, 41–50v, 51–60v, 61–70v ja yli 70v. Eniten vastaajia oli 61–70-vuotiaissa ja vähiten 31–40-vuotiaissa, kuusi henkilöä ei vastannut kysymykseen.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma.



Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.

Suurin osa vastaajista oli miehiä, heistä 10 oli suomenkielisiä ja 17 ruotsinkielisiä. Naisvastaajista suomenkielisiä oli yhdeksän ja ruotsinkielisiä seitsemän. Molemmista sukupuolista eniten vastaajia oli ikäluokista 51–60v, 61–70v ja yli 70v.

Yli puolet vastaajista oli iältään 61–70v tai yli 70v. Ikäluokassa 61–70v miesvastaajia oli seitsemän ja naisia kolme, puolet ei vastannut sukupuoli -kysymykseen. Suomen- ja ruotsinkielisiä vastaajia oli tasan kymmenen ja kymmenen. Yli 70-vuotiaista vastaajista neljä oli naista ja kahdeksan miestä. Heistä ruotsinkielisiä vastaajia oli yhdeksän ja suomenkielisiä muutama vähemmän.

5.2 Vastaajien näkemykset tarkistuslistasta

Taulukossa 1. kuvataan kyselylomakkeen kaikkien väittämien kaikki vastaukset vastausmäärineen -ja prosentteineen.

Taulukko 1. Väittämät vastauksineen.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei vastannut
Väittäjä 1, kattavuus	-	2 (3,0 %)	7 (10,6 %)	15 (22,7 %)	41 (62,1 %)	1 (1,5 %)
Väittäjä 2, ymmärrettävyys	1 (1,5 %)	2 (3,0 %)	5 (7,6 %)	18 (27,3 %)	39 (59,1 %)	1 (1,5 %)
Väittäjä 3, tarkkuus	22 (33,3 %)	7 (10,6 %)	12 (18,2 %)	15 (22,7 %)	8 (12,1 %)	2 (3,0 %)
Väittäjä 4, turvallisuuden tunne	-	-	11 (16,7 %)	27 (40,9 %)	24 (36,4 %)	4 (6,1 %)
Väittäjä 5.1, suullinen ohjaus & jatkohoito	1 (1,5 %)	-	5 (7,6 %)	16 (24,2 %)	36 (54,5 %)	8 (12,1 %)
Väittäjä 5.2, suullinen ohjaus & lääkitys	-	-	3 (4,5 %)	16 (24,2 %)	40 (60,6 %)	7 (10,6 %)
Väittäjä 5.3, suullinen ohjaus & haavanhoito	-	1 (1,5 %)	5 (7,6 %)	10 (15,2 %)	26 (39,4 %)	24 (36,4 %)
Väittäjä 6, erityisohjaus	4 (6,1 %)	2 (3,0 %)	23 (34,8 %)	4 (6,1 %)	8 (12,1 %)	25 (37,9 %)
Väittäjä 7, ajantarve	-	-	4 (6,1 %)	13 (19,7 %)	42 (63,6 %)	7 (10,6 %)
Väittäjä 8, käyttötyytyväisyys	-	1 (1,5 %)	7 (10,6 %)	10 (15,2 %)	44 (66,7 %)	4 (6,1 %)

Kolmessa ensimmäisessä väittämässä kysyttiin potilaiden mielipiteitä tarkistuslistan kattavuudesta ja ymmärrettävyydestä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että tarkistuslista oli tarpeeksi kattava (väittämä 1). Muutama vastaaja oli osittain eri mieltä väittämän kanssa, yksi vastanneista oli kirjoittanut ”liiankin”. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että tarkistuslista oli helposti ymmärrettävä ja selkeä. Kolmas väittämä ”Tarkistuslistassa oli mielestänne liikaa kohtia” jatkoi paljon mielipiteitä. Noin kolmannes oli vastannut olevansa täysin eri mieltä ja saman verran vastaajat olivat osittain samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

Seuraavat väittämät (5.1, 5.2, 5.3 ja 6) kertovat potilaiden saamasta suullisesta ohjauksesta tarkistuslistan lisäksi ja heidän tarpeidensa huomioinnista. Vastaajat kokivat saavansa tarpeeksi ohjausta liittyen koti- ja jatkohoitoon, sillä yli puolet oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Suullista ohjausta liittyen lääkitykseen vastaajat saivat myös mielestään tarpeeksi. Mikäli vastaajalla oli leikkaushaava, hän koki saavansa riittävästi suullista ohjausta. Väittämään ei vastannut 24 henkilöä, josta voisi ajatella, ettei heillä ollut leikkaushaavaa. Väittämään erityistyöntekijän tarpeesta jätti vastaamatta hieman yli kolmannes, kolme vastaajaa oli kirjoittanut, ettei väittämä koske heitä. Toiseksi eniten vastauksia oli saanut ”en osaa sanoa” (34,8 %). Joten kaikilla heillä ei todennäköisesti ollut tarvetta erityistyöntekijälle. Eräs vastaajista oli alleviivannut ravitsemusterapeutin, jota hän oli varmaankin siis tarvinnut omasta tai hoitajien toimesta.

Väittämät 4, 7 ja 8 kuvaavat potilaan kokemuksia liittyen tarkistuslistan käyttöön. Hieman yli kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että tarkistuslista loi turvallisen tunteen ennen kotiin lähtöä. Eniten he olivat kuitenkin osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he saivat tarpeeksi aikaa suunnitella ja järjestää kotiutumista. Osittain samaa mieltä oli vähän alle neljännes. Kahdeksas ja viimeinen väittämä kysyi mielipidettä liittyen tarkistuslistan käyttöön tulevaisuudessa. Vastanneista suurin osa suosittelee tarkistuslistan käyttöä jatkossakin ja vain yksi vastaajista oli osittain eri mieltä väittämän kanssa.

Kyselylomakkeen vastaajaenemmistö oli iältään 61–70 -tai yli 70-vuotiaita, vähiten vastaajia oli taas 20–30 -ja 31–40-vuotiaissa. Suomenkieliset vastaajat ikäryhmistä 20–30v ja 31–40v olivat vastanneet kaikkiin väittämiin aika samankaltaisesti. Suomenkielisten vanhempien vastaajien (61–70v ja yli 70v) keskuudessa vastaukset olivat myös hyvin samanlaisia, mutta kolmas väittäjä jakoi eniten mielipiteitä. Vastaajia, jotka olivat ilmoittaneet iäkseen 61–70v tai yli 70v, oli yhteensä 17. Heistä kuusi vastaaja oli sitä mieltä, että tarkistuslistassa ei ole liikaa kohtia, kun taas toiset kuusi vastaajaa oli päinvastaista mieltä. Viisi vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään. Ruotsinkieliset nuoremmat vastaajat (20–30v ja 31–40v) olivat olleet samoilla linjoilla kaikkien väittämien suhteen. Ikäryhmien 61–70v ja yli 70v ruotsinkielisistä vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, että tarkistuslistassa oli liikaa kohtia. Kaiken kaikkiaan suomen- ja ruotsinkieliset olivat vastanneet suurimpaan osaan väittämistä samankaltaisesti eikä sukupuolien välisiä vastauseroja juurikaan esiintynyt.

5.3 Vastaajien kehitysehdotukset

Kyselylomakkeen viimeisenä kohtana oli ”Kehitysehdotuksia ja kommentteja tarkistuslistasta”, johon sai vastata vapaasti omin sanoin. Vastaajia oli kuusi, joista suurin osa oli naisia ja suomenkielisiä, vastaajien ikähaarukka oli 51-vuotiaasta yli 70 ikävuoteen.

Vastaajien mielestä tarkistuslista oli melko kattava mutta muutamia ehdotuksia he kertoivat, kuten, että tarkistuslistaan voisi lisätä kohdan: milloin voi alkaa harrastamaan aktiivista liikuntaa? Heidän mielestään olisi hyvä eritellä lääketieteellinen osio, joka sisältäisi hyvät kirjalliset jälkihoito-ohjeet kyseisestä toimenpiteestä/sairaudesta. Vastaajat olisivat myös kiinnostuneita kuulemaan fysioterapian, koti- ja siivousavun sekä ruokapalvelun saatavuudesta.

Vastaajat olivat sitä mieltä, että tarkistuslista on yksinkertainen, tärkeä ja hyvä lista vanhuksille käytännön asioista. Hoitajille se on taas hyvä lista muistin tueksi, jotta asiat on käyty läpi. Vastaajien kokemuksien perusteella tarkistuslistaa ei aina käytetty keskustelun lomassa. Kuitenkin osa vastaajista oli katsonut tarkistuslistan

etukäteen ja tehnyt valmiiksi omia muistiinpanoja tai tehnyt kokonaan oman tarkistuslistan täyttääkseen sitä.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tekijä pohtii tutkimustuloksia, johtopäätöksiä, tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä koko opinnäytetyön prosessia.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

On tehty monia toiminnallisia opinnäytetöitä, joiden tarkoituksena on luoda tarpeenmukainen tarkistuslista työn tilaajalle ja paljon on myös tutkittu potilaiden kokemuksia osallisuudestaan omaan hoitoonsa tai ohjauksen saannin onnistumisesta. Tarkistuslistaan liittyviä kokemuksia on enemmänkin kartoitettu hoitajien näkökulmasta. Kuitenkin tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada selville minkälaiseksi potilaat kokevat kotiutusvaiheen tarkistuslistan, jota mahdollisuuksien mukaan voisi kehittää paremmin toimivaksi. Näiden tutkimustulosten perusteella potilaat olivat tyytyväisiä nykyiseen tarkistuslistaan, vain muutama väittämä jakoi enemmän mielipiteitä vastaajien kesken.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin A4:n kokoista tarkistuslistaa, jossa oli neljä väliotsikkoa alakysymyksineen. Yhteensä kysymyksiä oli 29, joista kuusi oli tarkentavia kysymyksiä liittyen haavan hoitoon. Kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, ettei tarkistuslistassa ollut liikaa kohtia mutta taas vähän alle kolmannes vastaajista koki asian päinvastoin. Vaasan keskussairaalan teettämän kyselyn mukaan osasto A3:n hoitajat olivat sitä mieltä, että tarkistuslistaa voisi tiivistää liiallisen tekstin vuoksi. Hyvärisen (2005) artikkelin mukaan on mahdotonta antaa suosituspituutta potilasohjeelle mutta useimmat ilahtuvat potilasohjeen lyhyestä tekstimäärästä. Tarkistuslistan muokkaaminen potilaskohtaisemmaksi varmasti myös tiivistäisi sitä osittain.

Osa vastaajista oli ehdottanut muutamaa lisäystä tarkistuslistaan, esimerkiksi milloin saa alkaa harrastamaan aktiivista liikuntaa ja jälkihoito-ohjeiden erittely toimenpide/sairauskohtaisesti. Ehdotukset viittaavat yksilökohtaiseen tarkistuslistaan, sillä eihän kaikille osaston potilaille ole tehty samaa toimenpidettä tai eivät kaikkia harrasta aktiivista liikuntaa. Hoitajien kyselyssä oli tullut myös ehdotus tarkistuslistan muokkaamisesta potilaskohtaiseksi, jolloin hoito ja ohjaus voisi ol-

la vielä enemmän potilaslähtöistä sekä kotiutuksen mahdollisimman hyvä onnistuminen huomioitaisiin jo tarkistuslistan sisällössä.

Muutama vastaajista oli katsonut tarkistuslistan etukäteen internetistä tai tehnyt omia muistiinpanoja, joka voisi viitata potilaiden halukkuuteen saada tarkistuslista aikaisemmin itselleen kuin vasta osastolla. Hoitajien kyselyssä tuli ehdotuksena lähettää tarkistuslista kutsukirjeen mukana potilaalle. Rantasalon (2007) mukaan ennen kotiutumista tulisi kartoittaa potilaan kotitilanne ja omaisten auttamismahdollisuudet. Jos potilas saisi tarkistuslistan kutsukirjeen mukana, hän voisi pohtia valmiiksi kotiutumista jo yhdessä omaisensa kanssa. Mikäli potilas itse ei kykene järjestämään kotiutukseen liittyviä asioita, voisi omainen huolehtia niistä potilaan ollessa sairaalassa.

Iivanaisen & Syväojan (2012, 318–319) mukaan potilaat tarvitsevat enemmän tietoa, mitä hoitajat olettavat. Tulosten perusteella potilaat kokivat saavansa riittävästi suullista ohjausta tarkistuslistan lisäksi liittyen jatkohoitoon, lääkitykseen ja haavan hoitoon, jos potilaalla oli haava. On tärkeää, että potilaita ohjataan myös suullisesti, sillä se mahdollistaa muun muassa kysymyksien esittämisen ja väärinkäsitysten oikaisemisen (Kyngäs ym. 2007, 39–74). Tuloksista päätellen potilaan mahdollinen tarve erityistyöntekijästä oltiin myös huomioitu, josta voisi päätellä potilaiden saaneen yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Hämäläisen (2017) mukaan kokonaisvaltaisella hoitotyöllä tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen osa-alueen huomioimista yhtenä, jolloin edistetään potilaan yksilöllistä, turvallista ja tehokasta hoitoa.

Kaiken kaikkiaan vastanneista potilaista yli puolet suosittelee tarkistuslistan käyttöä jatkossakin, kuten myös suurin osa hoitajista. Tarkistuslista loi potilaille myös turvallisuuden tunnetta ennen kotiutusta, kuten Blomgren & Pauniahon (2013, 282–285) ovat kertoneet tarkistuslistan edistävän turvallisuuden tunnetta. Aikaisempien opinnäytetöiden mukaan tarkistuslistan käytöstä on suurimmaksi osaksi vain hyviä kokemuksia. Yleisesti tarkistuslista koetaan potilasturvallisuuden edistämisen tekijänä, hyödyllisenä työvälineenä ja hyvänä muistilistana unohduksien välttämiseksi – niin potilaille kuin hoitajille (Kinnunen & Helovuori 2013).

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimus mitannut juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Ulkoinen validiteetti viittaa siihen, että kuinka hyvin tutkimustulokset voidaan yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa joudutaan usein miettimään voiko perusterveydenhuollossa saatuja tuloksia yleistää erikoissairaanhoidon potilaisiin. Tämän takia tutkimuksen tekijän on tärkeää arvioida tutkimusraportissa sitä, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen, jota voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiö samalla mittarilla eri aineistossa. Mikäli tulokset ovat samankaltaisia, voidaan mittaria pitää reliabelina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Tämän tutkimuksen validiteettia tukee se, että kyselylomakkeen väittämät luotiin vastaamaan tutkimustehtävään, joiden perusteella saatiin vastauksia potilaiden kokemuksista kotiutusvaiheen tarkistuslistasta. Reliabiliteettiin saattoi vaikuttaa, se että osaston hoitohenkilökunta harkitsi kenelle potilaista annetaan kyselylomake, mutta kuitenkin tutkimustulosten vastausprosentiksi saatiin 66. Tulosten virheiden vähentämiseksi aineisto analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelman avulla, joka loi tilastolliset taulukot vastauksista.

Hirsjärven ym. (2009) mukaan opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös raportti. Siitä tulisi käydä ilmi mitä tutkimuksessa tehtiin ja miten se kirjallisesti suoritettiin, jotta lukija voi itse arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja asianmukaisuutta. Yksityiskohtaisesti ja tarkasti välittömien seikkojen selittäminen on tarpeen tutkimuksen kulun ymmärtämiseksi ja mahdollisen uusintatutkimuksen tekemiseksi.

Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisiä eettisiä lähtökohtia on muun muassa potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, anonymiteetti, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus ja tutkimuslupa. Helsingin julistuksen (1964) mukaan eettisyys on huomioitu siten, että tutkittavan yksityisyys, psyykinen ja fyysinen koskemattomuus on turvattu sekä suojattu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174–223.) Eettiset lähtökohdat huomioitiin ja

toteutettiin tässä tutkimuksessa alusta loppuun asti eikä tutkimuksen tekijä nähnyt kyselylomakkeeseen vastanneita potilaita missään vaiheessa tai hän ei kajonnut potilastietoihin.

Mikäli tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, se on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset ovat uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan muun muassa tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkija huomioi ja kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla heidän julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Tutkimukselle on hankittu tarvittavat tutkimusluvut sekä sen suunnittelu, toteutus ja raportointi tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on ensisijaisesti jokaisella tutkijalla ja tutkimusryhmän jäsenillä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.) Tämän tutkimuksen tulokset on tallennettu ja esitetty rehellisesti, niitä muutamatta. Analysointivaihe tehtiin rauhassa ja tarkasti, jotta vastaukset antavat oikeat tulokset tutkimukselle. Teoreettisessa viitekehyksessä on käytetty koti -ja ulkomaisia lähteitä, joihin on viitattu Vaasan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tekijä on ottanut kokonaisvaltaisen vastuun tutkimuksesta ja sen toteutumisesta hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti.

Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan mittarin esitestaamisen tarkoituksena on luotettavuuden ja toimivuuden testaaminen ennen varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeet esitettiin kahdella suomenkielisellä ja yhdellä ruotsinkielisellä hoitoalan ammattilaisella, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen kyselyyn eikä heidän vastauksia huomioitu tuloksissa. Heidän mielestään kyselylomake oli selkeä eikä muutoksia tarvittu.

Tietoinen suostumus, johon tutkimukseen osallistumisen tulee perustua, eli tutkittavan on tiedettävä mikä on tutkimuksen luonne ja että hän voi kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen. Tutkittavan on oltava tietoinen myös aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Tutkijan tulee kuvata oma eet-

tinen vastuunsa sekä antaa rehellinen tieto eduista ja haitoista. Nämä asiat voi kertoa saatekirjeessä, jonka tutkimukseen osallistuva saa luettavakseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178.) Nämä edellä mainitut asiat kerrottiin juurikin kyselylomakkeen mukana tullessa saatekirjeessä.

Teoreettinen viitekehys käsitteli potilasturvallisuutta, tarkistuslistaa, potilaan kokemusta sekä ohjausta ja neuvontaa. Tietoa edellä mainituista on haettu kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista, kuten Terveysportti, Medic, Duodecim, PubMed ja Cinahl. Hakusanoina on käytetty opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä, lisäsanoja sekä niiden eri yhdistelmiä, kuten potilasturvallisuus (patient safety), tarkistuslista (checklist), potilaan kokemus (patient's experience), kotiutus tarkistuslista (discharge checklist) ja potilasohjaus (patient counseling). Lähteinä on myös käytetty ammattiartikkeleita, hoitotieteellisiä julkaisuja ja terveysalan kirjallisuutta.

6.3 Oppimisprosessi

Likert -asteikon asenneväittämät olisi pitänyt muodostaa paremmalla tavalla. Suositellaan, että käytetään ”6= en osaa sanoa” tai sama vaihtoehto arvolle 0. Asteikon 3. olisi pitänyt olla ”en samaa enkä eri mieltä” eikä ”en osaa sanoa”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 131.) Vastaajan ikää kysyttäessä vastausvaihtoehtojen olisi pitänyt olla 71–80v ja yli 80v tai avoin kysymys, sillä Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 117) mukaan juuri ikää kannattaa kysyä avoimena kysymyksenä, jolloin vastaaja kirjoittaa vastauksensa sille varattuun tilaan. Tällöin oltaisiin saatu vastaajien tarkka ikäjakauma ja iän keskiarvon laskeminen olisi ollut mahdollista. Muutoin tutkijan mielestä kyselylomake oli onnistunut, sillä hän halusi luoda lyhyehkön mutta kattavan kyselylomakkeen tutkimuksen kannalta, jonka avulla saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia.

Opinnäytetyön prosessi opetti järjestelmällisyyttä, aikataulutusta, tiedon hakua niin verkosta kuin kirjastostakin sekä palautteen vastaanottamista. Oma lähdekriittisyys on harjaantunut tämän aikana ja tiedon hakeminen on helpompaa kuin ennen. Yksin opinnäytetyötä tehdessä tutkija on oppinut tekemään enemmän itsenäisiä päätöksiä ja ottamaan vastuuta tällaisesta työstä sekä viemään sitä eteenpäin

aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyö selkeytti kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamisen alusta loppuun asti, ja mitä tutkimus vaatii käynnistyäkseen. Ohjauksen ja tarkistuslistojen merkittävyys ja tarkoitus kasvoivat huomattavasti, joihin tutkija aikoo kiinnittää huomioita omassa käytännön hoitotyössä. Potilasturvallisuuden merkitys kasvoi myös entistä enemmän, ja kuinka siitä voi huolehtia niinkin yksinkertaisella asialla kuin tarkistuslistalla.

Tutkimuksen tuloksista opinnäytetyön tekijä raportoi Vaasan keskussairaalaan sekä pitää lyhyen esityksen tutkimuksen vaiheista ja sen tuloksista osaston A3 hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tutkimustuloksista raportoidaan opinnäytetyön esityksessä Vaasan ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulosten perusteella osa potilaista ja hoitajista on sitä mieltä, että tarkistuslistaa voisi tiivistää, joten sitä voisi kokeilla sekä sen lähettämistä kutsukirjeen mukana, jonka jälkeen aiheesta voisi tehdä uuden vertailevan tutkimuksen. Näin saataisiin potilaiden omaisetkin vielä enemmän hoitoon ja tulevan kotiutuksen valmisteleamiseen mukaan. Hoitajien ehdotuksesta tarkistuslistaa voisi muokata potilaskohtaisemmaksi, josta voisi tehdä vertailevan tutkimuksen muokatun ja alkuperäisen tarkistuslistan kokemusten välillä. Tällä tavoin saataisiin enemmän potilaaseen ja hänen tarpeisiin keskittyvää ohjausta ja neuvontaa tarkistuslistan lisäksi.

LÄHTEET

Blomgren, K. & Pauniaho, S-L. 2013. Terveystarkistuksen tarkistuslistat. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, 282-285. Toim. Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Helsinki. Duodecim.

Green-Hernandez, C., Quinn, A., Denman-Vitale, S., Falkenstern, S. & Judge-Ellis, T. 2004. Making Nursing Care Culturally Competent. Holistic Nursing Practice. Viitattu 24.3.2018
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=008be88c-d3ff-42fe-bf75-1496ce6c4001%40sessionmgr103>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. Viitattu 24.3.2018
<http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.puv.fi/lehti/2005/16/duo95167>

Häkli, K. & Väntsi, E. 2014. Kirurgisen potilaan onnistunut kotiutuminen. Opinnäytetyö. Hoitotyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.5.2017
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/73067>

Hämäläinen, R. 2017. Hoidatko ihmistä vai sairautta ja konetta? Tehy-lehti. Viitattu 5.5.2018
<https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/sairaanhyvaohitaja/hoidatko-ihmista-vai-sairautta-ja-konetta>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki. WSOYpro.

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

Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2013. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja, 899-901. Toim. Mustajoki, M. Helsinki. Duodecim.

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 17 (4), 209-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja-lehti. Viitattu 31.5.2017
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki
 Finlexin sivuilla. Viitattu 8.3.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Säädös säädöstieto-
 pankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.4.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa – LYHKI,
 HERKO, SEUKO? Duodecim. Viitattu 8.3.2018
<http://www.duodecimlehti.fi/duo13196>

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokema-
 na. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu
 2.5.2018
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sahlström, M., Liukka, M., Roine, R., Aaltonen, L-M. & Kinnunen, M. 2018. Hy-
 vä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja. Lääkärilehti. Viitattu 18.2.2018
<https://www.laakarilehti.fi/pdf/2018/SLL12018-62.pdf>

Salo, J. 2007. Asioimistulkkauksella yhdenvertaisuutta. Duodecim. Viitattu
 24.3.2018 <http://duodecimlehti.fi.ezproxy.puv.fi/lehti/2007/4/duo96305>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-
 2021. Viitattu 13.1.2018
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Potilasturvallisuus. Viitattu 13.1.2018
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-
 kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 25.4.2018
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaasan keskussairaala. 2016. Tarkistuslistat. Viitattu 30.5.2017
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/ammattilaisille/ammattilaisille/potilasturvallisuus/tarkistuslistat/>

World Health Organization. 2018. Patient Safety. Viitattu 9.4.2018
<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

LIITE 2

Frågeformuläret

Patienternas erfarenheter av checklistan vid hemförlovingen på avdelning A3

Ringa in det alternativ som passar bäst:

Kön: man kvinna

Ålder: 20-30år 31-40år 41-50år 51-60år 61-70år
 över 70år

(1= helt av annan åsikt, 2= delvis av annan åsikt, 3= jag kan inte säga, 4= delvis av samma åsikt, 5= helt av samma åsikt)

1. Checklistan var omfattande	1	2	3	4	5
2. Checklistan var klar och lätt att förstå	1	2	3	4	5
3. På checklistan var det för många punkter	1	2	3	4	5
4. Checklistan gav er en trygghetskänsla före hemkomsten från sjukhuset	1	2	3	4	5
5. Ni känner att ni fick tillräckligt med <u>mundlig</u> handledning samtidigt som man gick genom checklistan...					
- om hemvården och eftervården	1	2	3	4	5
- medicineringen	1	2	3	4	5
- om vården av ett operationssår (om ni har ett sår)	1	2	3	4	5
6. Man tog i beaktande ett eventuellt behov av en specialarbetare (t. ex. fysioterapeut, socialarbetare, näringsterapeut)	1	2	3	4	5
7. Ni fick tillräckligt med tid att planera/arrangera hemförlovingen	1	2	3	4	5
8. Ni rekommenderar att man använder en checklista också i fortsättningen	1	2	3	4	5

Utvecklingsförslag och kommentarer om checklistan:

Tack för era svar!

LIITE 3

Hyvä osasto A3:n potilas,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyöni yhteistyössä Vaasan keskussairaalan, osasto A3:n, kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaiden kokemuksia liittyen kotiutusvaiheen tarkistuslistaan. Tavoitteena on kehittää tarpeen mukaan tarkistuslistaa ja edistää potilasturvallisuutta.

Tiedonkeruuta tapahtuu kyselylomakkeen avulla, johon vastataan nimettömästi ja vapaaehtoisesti. Te, A3 osastolta kotiutuva, olette tietenkin avainasemassa ja toivonkin, että vastaisitte näihin kysymyksiin. Tutkimuksen päätyttyä tutkimusaineisto hävitetään.

Viimeinen palautuspäivä on _____. Täytetyn kyselylomakkeen voitte lähettää kirjeitse Vaasan keskussairaalaan. (Postimaksu maksettu)

Jaana Ketonen

Sairaanhoitajaopiskelija

Vaasan ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön ohjaaja

Lehtori Ritva Alaniemi

Vaasan ammattikorkeakoulu

LIITE 4

Bästa patient på avdelningen A3,

Jag är sjukskötarestudent från Vasa yrkeshögskola och jag skrivet mitt lärdomsprov i samarbete med avdelning A3 vid Vasa centralsjukhus. Syftet med lärdomsprovet är att kartlägga patienternas erfarenheter av checklistan som används vid hemförlovingen. Målet är att vid behov utveckla checklistan och befrämja patientsäkerheten.

Materialet samlas in med ett frågeformulär, som besvaras anonymt och det frivilligt att svara på det. Ni, som hemförlovas från avd A3 har en viktig roll och jag hoppas att ni svarar på de här frågorna. Materialet kommer att förstöras efter avslutad studie.

Den sista inlämningsdagen är _____. Det ifyllda frågeformuläret kan ni skicka till Vasa centralsjukhus. (Porto betalt)

Jaana Ketonen
Sjukskötarestudent
Vasa yrkeshögskola

Lärdomsprovet handleds av
Lektor Ritva Alaniemi
Vasa yrkeshögskola