

Sari Pölönen

LEIKKAUKSEEN KOTOA
Potilastyytyväisyyskyselylomakkeen laatiminen
LEIKO-toiminnasta tekonivelleikatuille
potilaille

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Toukokuu 2011





MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA LEIKKAUKSEEN KOTOA - TOIMINTAMALLI	2
2.1	Perioperatiivinen hoitotyö	2
2.2	LEIKO-toimintamalli	3
2.3	LEIKO-toiminnan vaikutukset	5
2.4	LEIKO-toiminta Suomessa ja Savonlinnassa	6
3	TEKONIVELPOTILAAN OHJAUS	8
3.1	Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät	9
3.1.1	Fyysiset taustatekijät	9
3.1.2	Psyykkiset taustatekijät	10
3.1.3	Sosiaaliset ja muut ympäristöön liittyvät taustatekijät	12
3.2	Potilaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde	13
3.3	Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus	14
4	LAATU HOITOTYÖSSÄ	17
4.1	Potilastyytyväisyys	17
4.2	Potilaspalaute	18
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	19
6	KYSELYLOMAKE TUOTEKEHITYSPROSESSINA	19
6.1	Kehitystarpeen tunnistaminen	20
6.2	Ideavaihevaihe	21
6.3	Luonnosteluvaihe	22
6.4	Kehittelyvaihe	23
6.5	Viimeistelyvaihe ja saatekirje	25
6.6	Tutkimuksen eettisyys	28
6.7	Tutkimuksen luotettavuus	29
7	POHDINTA	30
7.1	Opinnäytetyöprosessi	31
7.2	Jatkotutkimusehdotukset	33
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 6.5.2011
Tekijä(t) Pölönen, Sari		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyö
Nimeke Leikkaukseen kotoa – Potilastyytyväisyyskyselylomakkeen laatiminen LEIKO-toiminnasta		
Tiivistelmä <p>LEIKO-toiminta on saanut alkunsa Hyvinkään sairaalasta vuonna 2000. LEIKO-toimintaprosessissa potilas saa leikkausta edeltävät toimintaohjeet ennakkoon ja tekee osan leikkausvalmisteluista itse kotona. LEIKO-prosessissa potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna. LEIKO-prosessin myötä hoitokäytänteet ovat yhdenmukaistuneet, ja toiminnasta on tullut joustavaa ja tehokasta. Nykyään LEIKO-toimintaa on jo useissa Suomen sairaaloissa ja toimintaa laajennetaan ja kehitetään jatkuvasti.</p> <p>Savonlinnassa LEIKO-toiminta aloitettiin vuonna 2010. Toiminta alkoi polvi- ja lonkkaproteesipotilaista ja nyt toimintaa kehitetään ja laajennetaan koko ajan. Toiminnan kehittämiseksi halutaan toteuttaa potilastyytyväisyyskysely. Kyselylomakkeella halutaan saada tietoa, mitä mieltä potilaat ovat LEIKO-toiminnasta ja leikkausta edeltävästä ohjauksesta.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia Itä-Savon sairaanhoitopiirille kyselylomake polvi- ja lonkkaproteesileikkattujen LEIKO-potilaiden tyytyväisyystutkimusta varten. Kyselylomake suunniteltiin ja laadittiin yhdessä päiväkirurgian osastonhoitaja Sirpa Ikosen ja sairaanhoitaja Eija Sahlbergin kanssa.</p> <p>Kyselylomaketta lähdin kokoamaan opinnäytetyöni teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teoriatietoa etsin useista eri lähteistä, esim. kirjallisuudesta, hoitoalan ammattilehdistä ja alan tutkimuksista. Koko opinnäytetyöprosessin ajan tein tiiviisti yhteistyötä LEIKO-hoitajien kanssa yhdessä pohtien kyselyn sisältöä ja rakennetta.</p> <p>Lomakkeen esitestauksen toteutin kuudella LEIKO-prosessin käyneellä polvi- tai lonkkaproteesipotilaalla. Potilaiden, toimeksiantajan ja ohjaavien opettajien kommenttien pohjalta tein vielä viimeiset muutokset kyselylomakkeeseen.</p> <p>Kyselylomakkeen tarkoituksena on tuoda ilmi potilaiden mielipiteet LEIKO-toiminnasta ja erityisesti leikkausta edeltävästä ohjauksesta.</p>		
Asiasanat (avainsanat) LEIKO-potilas, preoperatiivinen ohjaus, potilastyytyväisyys, hoitotyön laatu		
Sivumäärä 36 + 7	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Turtiainen, Tarja Uosukainen, Leena		Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis 6.5.2011
Author(s) Pölonen, Sari	Degree programme and option Nursing	
Name of the bachelor's thesis From home to operation - A patient satisfaction questionnaire on the LEIKO process for endoprosthesis patients		
Abstract <p>LEIKO care began in Hyvinkää Hospital in 2000. LEIKO is the Finnish abbreviation of "from home to surgery", which indicates a situation where the patient goes directly to the hospital on the morning of their scheduled operation. LEIKO care was later adapted around Finland in many different hospitals.</p> <p>Savonlinna Central Hospital began experimenting with LEIKO care in 2010. The care practice was initially introduced to knee and hip replacement patients and is currently developed and expanded. The purpose of this thesis was to draw up a questionnaire for knee and hip replacement patients for a patient satisfaction survey. The purpose of the questionnaire was to survey patient satisfaction with the LEIKO practice of coming straight from home to surgery as well as the guidance provided to the patients preceding surgery. The questionnaire was designed together with the day surgery unit.</p> <p>The questionnaire was designed on the basis of the theoretical framework. The work proceeded according to a five-stage product development process; recognition of a development needed, eliciting new ideas, drafting, developing and finishing. At the finishing stage the questionnaire was pretested by six knee and hip replacement patients, who had gone through the LEIKO - process. After comments from the patients, commissioner and the teachers, final changes were made to the questionnaire. Throughout the entire thesis process there was close collaboration with the LEIKO nurses.</p> <p>The objective of this thesis was to obtain information on patients' experiences of LEIKO care and preoperative guidance in particular. The results of the study assist in the development of LEIKO care preoperative guidance further to make it more comprehensive.</p>		
Subject headings, (keywords) LEIKO (from home to operation), preoperative counseling, patient satisfaction, nursing quality		
Pages 36 + 7	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Turtiainen, Tarja Uosukainen, Leena	Bachelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District	

1 JOHDANTO

LEIKO-toiminta aloitettiin ensimmäisenä Suomessa, Hyvinkäällä ylilääkäri Ulla Keränen johdolla vuonna 2000. Keränen lähti suunnittelemaan uutta preoperatiivista toimintamallia, jotta pystyttiin välttymään uuden vuodeosaston rakentamiselta. Tarkoituksena oli kohdentaa olemassa olevat resurssit mahdollisimman tehokkaasti ja karsia kaikki turha toiminto. (Hyvinkään LEIKO avattiin – tilat toiminnan ehdoilla 2008.)

LEIKO-toiminta tarkoittaa toimintaa, jossa potilas tulee sairaalaan leikkauspäivän aamuna suoraan leikkausosastolle. Tämän uuden toimintatavan mukaan perinteinen tyyli tulla leikkausta edeltävänä päivänä vuodeosastolle jää kokonaan pois. (Hyvinkään sairaalan uusi LEIKO-yksikkö avattiin 2006.) LEIKO-toimintaa on kymmenessä vuodessa kehitetty paljon, ja se on laajentanut toimintaansa koskemaan kaikkia kirurgisia erikoisaloja (Keränen ym. 2006, 3603). Tällä hetkellä LEIKO-toiminta on otettu käyttöön jo useissa muissakin Suomen sairaaloissa. Savonlinnassa LEIKO-toiminta aloitettiin vuonna 2010. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Savonlinnassa LEIKO-toimintaa ollaan kehittämässä koko ajan ja jatkossa toimintaa on tarkoitus laajentaa koskemaan kaikkia erikoisaloja. LEIKO-toiminnan ja leikkausta edeltävän potilasohjauksen laadun parantamiseksi halutaan toteuttaa potilastyytyväisyyskysely polvi- ja lonkkaproteesileikatuilla potilailla. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Tutkimuksen tarkoituksena on luoda mittari, jolla voidaan mitata kotoa leikkaukseen tulevien polvi- ja lonkkaproteesipotilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaan, yksikön fyysisiin tiloihin ja saamaansa ohjaukseen ennen leikkausta. Tässä tutkimuksessa halutaan erityisesti tietoa leikkausta edeltävästä ohjauksesta, joka liittyy poliklinikakäyntiin, kutsukirjeeseen ja preoperatiiviseen käyntiin päiväkirurgian yksikössä ennen toimenpidettä. Laaditun kyselylomakkeen tavoitteena on saada tietoa, jonka pohjalta ohjausta ja toimintatapoja pystytään jatkossa kehittämään entistä potilaslähtöisemmiksi.

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA LEIKKAUKSEEN KOTOA - TOIMINTAMALLI

Leikkaukseen kotoa – toimintamalli, on preoperatiivinen malli, jossa potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna. (Hyvinkään sairaalan uusi LEIKO-yksikkö avattiin 2006). LEIKO-toiminta kuuluu osaksi suurempaa kokonaisuutta, perioperatiivista hoitotyötä. Perioperatiivinen hoito -käsite on otettu käyttöön ensimmäisen kerran Yhdysvalloissa vuonna 1978. Perioperatiivisella hoidolla tarkoitetaan koko kirurgisen potilaan hoitoprosessia, sisältäen leikkausta edeltävän, leikkauksen aikaisen ja leikkauksen jälkeisen vaiheen. (Kallio ym. 2000, 14.) Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan tiimityötä, jossa jokaisella tiimin jäsenellä on tavoitteena potilaan hyvinvointi, hyvä hoito, potilasturvallisuus ja positiiviset hoitotulokset. (Junttila ym. 2010, 27).

2.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Leikkausta edeltävä hoitajakso eli preoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun leikkauspäätös on tehty. Preoperatiivinen vaihe sisältää kaikki toimenpidettä edeltävät valmistelut niin kotona kuin sairaalassakin. Lisäksi preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu toimenpidevalmistelut leikkauspäivänä ennen toimenpiteen alkamista. (Viitamäki 1996, 8.) Preoperatiivisen hoitovaiheen tarkoituksena on suunnitella ja valmistaa potilaan yksilöllistä leikkauksen aikaista ja leikkauksen jälkeistä hoitoa. Suunnittelu perustuu potilaasta saataviin tietoihin, potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden vuorovaikutukseen, potilaan saamaan ohjaukseen ja hoitohenkilökunnan moniammatilliseen yhteistyöhön. (Kallio ym. 2000, 228.)

Preoperatiivinen vaihe voi olla erilainen eri ihmisillä ja eri toimenpiteeseen tulevilla henkilöillä. Perinteisessä vuodeosastomallissa potilas tulee sairaalaan ja vuodeosastolle jo leikkausta edeltävänä päivänä ja esivalmistelut suoritetaan edellisen illan ja leikkauksaamun aikana osastolla. Päiväkirurgiaksi (PÄIKI) luokitellaan hoitajakso, johon liittyy elektiivinen eli suunniteltu toimenpide ja jonka vuoksi potilas on sairaalassa alle 12 tuntia, eli potilas kotiutuu jo leikkauspäivänä. Päiväkirurgiassa preoperatiiviset valmistelut potilas tekee kotona ennen sairaalaan tuloa. (Alanko ym. 1998, 16–17.) Leikkaukseen kotoa -toimintamallissa (LEIKO) preoperatiivista vaihetta voidaan verrata päiväkirurgiseen toimintaan, mutta postoperatiivinen hoito tapahtuu perinteisen vuodeosastomallin mukaan. (Keränen ym. 2003, 3563.)

Leikkauksen aikainen hoitojakso eli intraoperatiivinen vaihe käsittää ajan, jonka potilaalle tehtävä toimenpide leikkaussalissa kestää (Viitamäki 1996, 8). Intraoperatiivisen hoitotyön tehtävänä on tukea potilasta selviytymään toimenpiteestä pyrkimällä lisäämään potilaan turvallisuuden tunnetta. Auttamismenetelminä voidaan käyttää ihmisläheistä ja kunnioittavaa suhtautumista potilasta kohtaan ja ammattitaitoisia toimintamenetelmiä. Intraoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu muun muassa potilaan vastaanotto leikkaus- ja anestesiaosastolle, anestesiavalmistelut ja anestesian aloitus, toimenpidevalmistelut, anestesian aikainen hoitotyö, itse toimenpide ja anestesian päättäminen sekä potilaan siirto heräämöhön tai tehostetun valvonnan yksikköön. (Iivanainen ym. 2001, 108, 111.)

Leikkauksen jälkeinen hoitojakso eli postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirtyy leikkaussalista toimenpiteen jälkeiseen hoitoon. Postoperatiivinen vaihe voi sisältää niin sairaalassa kuin kotonakin vietetyn toipumisajan. (Viitamäki 1996, 8.) Yleensä potilas siirretään toimenpiteen jälkeen heräämöhön. Heräämössä potilaan tilaa seurataan tehostetusti ja kokonaisvaltaisesti. Potilaalta kysellään yleisvointia, tarkkaillaan tajunnan tasoa, kipua, nestetasapainoa, verenpainetta, pulssia ja hengitystä sekä puudutetuilla potilailla puudutuksen häviämistä. Lisäksi seurataan eritystä ja mahdollista vuotoa haavoilta ja dreeneistä eli laskuputkista. Potilas voidaan siirtää jatkohoitoon vuodeosastolle, kun elintoiminnot ovat vakaat. Vuodeosastojakson pituus riippuu tehdystä toimenpiteestä ja kuntoutumisesta. (Iivanainen ym. 2001, 118–120.) Postoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilaan hoidosta tehdään loppuarviointi (Viitamäki 1996, 8).

2.2 LEIKO-toimintamalli

LEIKO eli leikkaukseen kotoa on Hyvinkään sairaalan ylilääkärin Ulla Keräsen johdolla suunniteltu ja kehitelty preoperatiivinen toimintamalli. Hyvinkään sairaalassa LEIKO-toiminta aloitettiin jo vuonna 2000, jonka jälkeen toimintaa on kehitetty ja laajennettu monin tavoin. Toiminnan tavoitteena on suunnata olemassa olevat resurssit mahdollisimman tehokkaasti ja karsia toiminnot, jotka turhaan rasittavat henkilökunnan kapasiteettia. (Hyvinkään LEIKO avattiin – tilat toiminnan ehdoilla 2008.)

LEIKO-prosessissa potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna. Ennen sairaalaan tuloa potilas on jo kotona valmistautunut leikkaukseen saamiensa ohjeiden mukaan. Uudenlaisen toimintamallin myötä resurssit ohjautuvat mahdollisimman tehokkaasti, eikä potilaita makuuteta vuodeosastoilla turhaan. Potilaat siirtyvät vuodeosastoille ensimmäistä kertaa vasta leikkauksen jälkeen. LEIKO-toimintamallin mukaan preoperatiivinen hoitotyö kirurgian vuodeosastoilla jää siis kokonaan pois. (Hyvinkään sairaalan uusi LEIKO-yksikkö avattiin 2006.) LEIKO-toiminnan preoperatiivista prosessia voidaankin verrata päiväkirurgiseen toimintaan, mutta postoperatiivinen hoito vastaa perinteistä osastohoitoa. Tällaisen uudelleen organisoinnin kautta käytössä olevat resurssit saadaan kohdennettua paremmin postoperatiiviseen hoitoon, joka väestön vanhetessa vaatii entistä enemmän voimavaroja. LEIKO-toiminnassa potilas pystyy olemaan mahdollisimman pitkään kotona ennen leikkausta tinkimättä kuitenkaan leikkauksen jälkeisestä hoidosta. (Keränen ym. 2003, 3563.)

LEIKO-prosessin toimivuus vaatii moniammatillista yhteistyötä. Työn toimivuuden kannalta taustatyö on ensiarvoisen tärkeää. Hyvinkään sairaalassa on tehty LEIKO-potilaan prosessikuvaus, johon on kirjattu kaikkien leikkausryhmien hoidon ja tuki-toimien prosessikuvaukset. Kuvaus kattaa kaiken hoidon tarpeen arvioinnista aina potilaan kotiutumiseen saakka. Prosessikuvauksen ansiosta toimintatavat ovat yhdenmukaistuneet, jokainen tietää, mitä tekee, eikä samoja asioita tule tehtyä useaan kertaan. Näin ollen toiminnasta saadaan sujuvaa ja tehokasta. (Hyvinkään LEIKO avattiin 2008.)

Pre- ja perioperatiivinen leikkausprosessi yhdistyvät LEIKO-yksikössä, jossa kaikki tarvittavat tilat on lähekkäin. Preoperatiivisen tiimin tiivis yhteistyö leikkaustiimin kanssa on tärkeää. Prosessissa yhdistyvät monien eri lääketieteen erikoisalojen ja ammattiryhmien (lääkärit, leikkaussalisairaanhoitajat, preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajat, vastaanoton sairaanhoitajat, hoidonvaraajat, sihteerit jne.) kokemus, osaaminen ja työpanos. LEIKO-toiminnassa oleellista onkin juuri tilojen toimivuus, minkä ansiosta toiminnasta tulee moni- ja yhteisammattillista sekä ennakoitavaa ja potilaan etua korostavaa. (Tohmo 2010, 311.)

Karjalainen ym. (2008, 3891) kertovat Hyvinkään sairaalassa tehdyn tutkimuksen pohjalta, että LEIKO-prosessia voidaan toteuttaa lähes kaikille operatiivisille erikoisaloille ja leikkauspotilaille. Näin ollen toimintaa pystytään toteuttamaan kaikentyyppi-

sissä sairaaloissa. Ohjattuna iäkäskin potilas selviää hyvin LEIKO-prosessista, eikä ikä ole yksittäisenä kriteerinä hoitoprosessin valinnassa. (Keränen ym. 2006, 3603.)

2.3 LEIKO-toiminnan vaikutukset

LEIKO-toiminnasta on tähän mennessä saatu positiivista ja kannustavaa palautetta. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä, että kotona saa olla mahdollisimman pitkään ja leikkausvalmistelut voi tehdä rauhassa, tutussa ympäristössä. Saatujen potilaspalautteiden mukaan potilaalle on helpompaa ja yksinkertaisempaa hoitaa lasten, omaisten ja kotieläinten hoito sekä työasiat, kun leikkaukseen voi valmistautua kotona ja sairaalaan tarvitsee tulla vasta leikkausaamuna. Samoin erilaiset elintoiminnot, kuten nukkuminen ja syöminen, koetaan onnistuvan parhaiten tutussa ympäristössä. (Hyvinkään LEIKO avattiin 2008.)

LEIKO-prosessin myötä potilaan sairaalassaoloaika lyhenee ja näin ollen myös infektioiden riski vähenee. Prosessin myötä vuodeosastoilla vapautuu vuodepaikkoja, kun LEIKO-potilaat valmistautuvat leikkaukseen kotona. Samalla vuodeosastojen hoitohenkilökunnan aika pystytään keskittämään jo leikattujen potilaiden toipumiseen ja kuntouttamiseen. (Hyvinkään sairaalan uusi LEIKO-yksikkö avattiin 2006.)

LEIKO-toiminnan kehittäjän Ulla Keräsen mukaan LEIKO-malli vapauttaa sairaanhoitajia siihen työhön, mihin heidät on koulutettu. Keräsen mukaan vuodessa tuhatta potilasta kohden hoitajat käyttävät jopa kaksi kuukautta aikaa potilaan kускаamiseen paikasta toiseen sairaalan sisällä. Keräsen mielestä vanha toimintamalli on niin ajan kuin ammattitaidonkin turhaa hukkaan heittämistä (Järvi 2008). LEIKO-toimintamallilla säästetään ja kunnioitetaan potilaan omaa aikaa, helpotetaan sairaaloiden vuodeosastojen ruuhkaa ja säästetään yksi päivä erikoissairaanhoidosta (Iivonen 2003, 22–23). Hyvinkään sairaalassa tehtyjen tutkimusten mukaan LEIKO-prosessissa preoperatiivinen aika sairaalassa on 1 tunti 56 minuuttia, kun vastaava aika perinteisen mallin mukaan on 24 tuntia 28 minuuttia. Tulosten mukaan siis LEIKO-toiminta on tehokkuudeltaan ylivoimainen ja potilaat ovat tyytyväisiä. (Keränen ym. 2006, 3603–3605.)

Hoitotakuu erikoissairaanhoidossa takaa potilaalle hoitoon pääsyn viimeistään kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista (Erikoissairaanhoitolaki 2004/856).

LEIKO-prosessi itsessään edesauttaa hoitotakuun toteutumista (Keränen 2006, 1413). LEIKO-prosessin preoperatiivisilla käynneillä saadaan kartoitettua potilaiden terveysongelmat ja leikkauksen kannalta haastavat lääkitykset. Käynnin aikana pystytään arvioimaan myös tehostetun valvonnan tarpeet, ja paikka pystytään varaamaan jo etukäteen, mikäli tarpeellista. LEIKO-prosessin preoperatiivisten käyntien avulla on pystytty vähentämään viime hetken leikkausperuutuksia ja leikkausosaston tyhjäkäyntiä sekä lyhentämään potilaiden hoitopolkua. (Haapoja ym. 2009, 232.)

2.4 LEIKO-toiminta Suomessa ja Savonlinnassa

Hyvinkään sairaala suunnitteli ja kehitti LEIKO-prosessin ja aloitti LEIKO-toiminnan vuonna 2000. Hyvien kokemusten myötä toiminta on laajentunut, ja tällä hetkellä Hyvinkäällä hoidetaan kaikki suunnitellut leikkauspotilaat ja osa päivystyspotilaistakin LEIKO-potilaina. LEIKO-toiminnan tapaista prosessointia on aikaisemmin käytetty yksityissektorilla, mutta ei kunnallisella puolella vastaavassa määrin. Myöskään muualla Euroopan unionin alueella ei vastaavaa julkisen terveydenhuollon toimintaa vielä ollut ainakaan vuonna 2006. (Keränen ym. 2006, 3603.)

LEIKO-toiminnasta saatujen hyvien kokemusten perusteella Savonlinnan keskussairaala lähti suunnittelemaan omaa LEIKO-toimintaansa alkuvuodesta 2009. Toimintamallinrunko ja ideoita saatiin Hyvinkään sairaalan kehittämästä LEIKO-prosessikuvauksesta sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkaukseen kotoa - mallista. Saaduista palautteista ja kokemuksista lähdettiin suunnittelemaan omaa toimintaa. Prosessikuvausta muutettiin jonkin verran, että se saatiin sovitettua toimivaksi Savonlinnan sairaalaan. Virallisesti LEIKO-toiminta aloitti Savonlinnassa toukokuussa 2010. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Savonlinnassa hoidetaan tällä hetkellä LEIKO-potilaina mm. gastroenterologisia, urologisia, gynekologisia, ortopedisia ja korvatautien potilaita. Pikkuhiljaa toimintaa ollaan kehittämässä ja laajentamassa koskemaan kaikkia kirurgisia erikoisaloja. Suuri osa LEIKO-potilaista on endoproteesipotilaita. Heitä leikataan tällä hetkellä maksimissaan yhdeksän viikossa. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Huhtikuussa 2010 Savonlinnan keskussairaala sai täysin uusitun leikkausosaston. Uudistuksen myötä päiväkirurginen yksikkö sai uudet tilat leikkausosaston yhteydestä.

Nykyisin LEIKO-toiminta toimii samoissa tiloissa päiväkirurgian kanssa ja on näin ollen siis aivan vierekkäin heräämön ja leikkaussalien kanssa. Tilojen saanti samaan yhteyteen on tehnyt toiminnasta tehokasta ja joustavaa. Päiväkirurgisen yksikön tiloihin kuuluu mm. potilaiden suihku- ja pukeutumistilat, tutkimushuoneita, odotusaula sekä hoitohenkilökunnan tilat. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Päätöksen, kuka voi olla LEIKO-potilas, tekee ortopedi kirurgian poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä. Samalla käynnillä potilas tapaa yleensä poliklinikan sairaanhoitajan, joka ohjeistaa potilasta koko leikkausprosessiin liittyvissä asioissa. Sairaanhoitaja selvittää mm. potilaan perustiedot, lääkityksen, allergiat, ruokavalion, kysyy lupatiedot, ohjeistaa infektioiden ehkäisyssä ja ihonhoidossa sekä ottaa selvittää asumisolot ja jatkohoito paikan tarpeen. Ennen leikkaukseen tuloa potilas on itse huolehtinut laboratorio- ja röntgentutkimuksista annettujen ohjeiden ja varattujen aikojen mukaan. Yleensä potilas käy myös tapaamassa fysioterapeuttia ja mahdollisesti myös ravitsemusterapeuttia ennen leikkaukseen tuloa. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Vähän ennen leikkausta endoproteesipotilas käy vielä päiväkirurgisella osastolla preoperatiivisella käynnillä, jolloin suoritetaan potilaan perustutkimus, selvitetään leikkauksekelpoisuus ja annetaan potilaalle leikkausaamun ohjeet. Leikkausaamuna potilas saapuu päiväkirurgian yksikköön aamu seitsemältä. Potilaat ilmoittautuvat aluksi sihteerille, minkä jälkeen he pääsevät pukuhuoneeseen vaihtamaan vaatteet. Potilaiden omat vaatteet jäävät lukittuihin kaappeihin, joista hoitaja päivän aikana vie ne valmiiksi kirurgian vuodeosastolle. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

Ennen leikkaukseen menoa potilaan kanssa käydään vielä läpi potilaan perustiedot ja anestesiakaavake. Potilaalta varmistetaan ravinnotta olo ja ihon kunto. Verenpaine ja pulssi mitataan, tarvittaessa laitetaan verisuonitukoksia ehkäisevät sukat jalkaan ja ajetaan ihokarvat leikkausalueelta. Leikkaava lääkäri käy tapaamassa potilasta päiväkirurgian yksikössä aamulla ennen toimenpidettä. Potilas siirtyy esilääkittynä odottelemaan leikkaussaliin vientiä heräämön puolelle, josta anestesiahoitaja hakee potilaan leikkaukseen. Suullista raporttia ei yleensä anneta, mikäli ei ole mitään erityistä huomioitavaa. (Ikonen & Sahlberg 2011.)

3 TEKONIVELPOTILAAN OHJAUS

Hyvän potilasohjauksen merkitys kasvaa jatkuvasti samalla, kun sairaalassaoloajat lyhentyvät. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen tarve kasvaa jatkuvasti, mutta toisaalta resursseista johtuen aikaa ohjaukseen on entistä vähemmän. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi potilailta odotetaan entistä enemmän itsehoitovalmiuksia ja omaan hoitoonsa sitoutumista. Ohjauksella pyritään antamaan potilaalle eväitä selviytyä uudesta tilanteesta, sairaudesta, päivittäisistä toiminnoista, lääkehoidosta, itsensä hoitamisesta ja tarkkailusta. (Hautakangas ym. 2003, 58–59.) Hyvin ohjattu potilas ei turvaudu terveydenhuollon toimipisteiden apuun niin usein kuin huonosti ohjatut potilaat (Lipponen 2006, 22).

Kääriäisen (2007) tekemän ohjauksen laatua koskevan tutkimuksen myötä selvisi, että ohjauksen resurssit ovat pääosin kohtalaiset. Kyselyyn vastaajien mielestä henkilöstön tiedot ja taidot ohjauksesta ja käsiteltävistä aiheista olivat kohtalaiset, mutta ohjaukseen käytettävä aika oli riittämätön. Vastanneiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, ja viidennes vastanneista ei kokenut ohjausta potilaslähtöiseksi. Suullinen ohjaus koettiin hyväksi ja riittäväksi, mutta kirjallisissa ohjeissa oli puutteita, mm. kolmannes vastanneista ei ollut saanut ollenkaan kirjallisia ohjeita.

Polvi- ja lonkkaproteesipotilaan preoperatiivinen ohjaus tulisi aloittaa hyvissä ajoin ennen leikkausta, heti leikkauspäätöksen teon jälkeen. Leikkauspäätöstä tehtäessä ja leikkausjonoon potilasta laitettaessa on hyvä miettiä, onko potilas tarpeeksi hyvässä fyysisessä kunnossa leikkausta ajatellen vai siirretäänkö leikkausta myöhemmäksi. (Lucas 2007, 54.)

Ohjauksen pitäisi kulkea potilassuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Potilasohjaus edellyttää näyttöön perustuvaa, tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Ohjauksessa korostuvat hoitohenkilöstön tiedot sekä persoonalliset taidot ja luovuus. Ohjaustilanteet eivät koskaan toistu samanlaisina, mikä antaa oman haasteensa ohjaukselle. Aina on tärkeää muistaa, että ohjaustilanne on potilaalle ainutkertainen ja sillä on kiistatta vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyvyyteen. (Ohtonen 2006, 3.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan. Hoitohenkilökunnan on tuotava esille kaikki hoitoon liittyvät asiat ja hoidon merkitys sekä eri hoitovaihtoehdot puolueettomasti niin, että potilas voi itse lopulta päättää oman hoitolinjauksensa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.1 Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät

Ohjaustilanteessa hoitaja on ohjauksen ja hoitotieteen asiantuntija ja potilas on oman itsensä ja elämänsä asiantuntija. Ohjausprosessia lähtevät määrittelemään potilaan tarpeet, joista syntyvät tavoitteet. Tavoitteiden pohjalta pystytään miettimään mahdollisia menetelmiä ja ohjauksen keinoja. Onnistuneen ohjauksen kannalta tärkeää on muistaa ottaa huomioon sekä potilaan että ohjaajan taustatekijät koko prosessin ajan. (Hirvonen ym. 2007, 26–27.)

Heinon (2005) teettämän tutkimuksen mukaan potilaiden taustatiedot ja saama ohjaus vaikuttivat suurelta osin leikkauksesta toipumiseen. Ohjaustilanteessa tulee ottaa huomioon potilaan taustatekijät ja hänen käsityksensä ja suhtautumisensa niihin. Taustatekijät muodostavat sen kokonaisuuden, missä potilas elää elämäänsä ja toteuttaa hoitoaan. Taustatekijöillä voi olla erittäin suurikin merkitys ohjauksen onnistumiseen ja potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Potilas voi olla esimerkiksi yksilö, perhe tai yhteisö. Yksilö voi puolestaan olla esimerkiksi lapsi, nuori, ikääntynyt, vakavasti sairas tai somaattisesti terve. (Hirvonen ym. 2007, 26.)

Potilaiden erilaisuus ja heidän tarpeensa asettavat hoitajalle suuria haasteita. Ohjauksen onnistumisen kannalta hoitajalle on tärkeää tunnistaa myös hänen omat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijänsä. Hoitajan tulee ymmärtää omat tunteensa ja toimintatapansa. Hoitajalla tulee olla tietoutta omista arvoistaan ja ihmiskäsityksistään. (Hirvonen ym. 2007, 26–27.)

3.1.1 Fyysiset taustatekijät

Fyysisiin taustatekijöihin lasketaan kuuluvaksi muun muassa ikä, terveydentila ja sairauden laatu. Aikuiset ovat yleensä kykeneviä huolehtimaan itsestään ja omasta hoidostaan ja hoitoon sitoutumisesta. Ikääntyessä ihmiselle saattaa tulla rajoitteita, jotka

asettavat haasteita ohjaustyölle. Tällaisia tilanteita ovat mm. aistitoimintojen heikkeneminen, fyysiset rajoitteet ja muistisairaudet. Ikääntyvän ohjaus on monesti enemmän ydinasioihin painottuvaa, lyhytkestoista ja toistuvaa. Iäkkään hoidossa ja ohjauksessa merkittävää on läheisten osallistuminen ohjaukseen ja hoitoon. (Hirvonen ym. 2007, 27–28.) Heinon (2005) tutkimuksen mukaan läheiset ja omaiset osallistuvat vain harvoin ohjaukseen ja hoitoon, vaikka se suositeltavaa olisikin.

Sairauden tyypistä ja terveydentilasta johtuen ohjauksen luonne voi olla hyvinkin erilainen. Ohjaus akuuteissa tilanteissa on erilaista kuin kroonisissa sairauksissa, ja ohjaaminen psykiatrian puolella on erilaista kuin kirurgian puolella. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Ohjauksessa on osattava asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen ja mietittävä, millaisia asioita hän on milloinkin valmis omaksumaan ja oppimaan. (Hirvonen ym. 2007, 30.)

Jotta potilas olisi mahdollisimman hyvässä fyysisessä kunnossa leikkaukseen tullessaan, on kestävyys- ja lihaskuntoharjoittelu aloitettava hyvissä ajoin leikkausta. Hyvä peruskunto ennen leikkausta takaa tekonivelen mobilisoitumiselle ja kuntoutumiselle hyvät edellytykset heti leikkauksen jälkeen. Leikkausta edeltävällä liikunnalla koetaan myös olevan kipua helpottava vaikutus leikkauksen jälkeen. Mikäli potilas tekee nelipäisen reisilihaksen lihaskuntoharjoitteita ennen leikkausta, voi potilaan leikkausta edeltävä kipua helpottua ja leikkauksen jälkeinen toipumisaika lyhentyä. Jotta potilas oli mahdollisimman hyvässä kunnossa leikkaukseen tullessaan ja toipuminen leikkauksesta olisi nopeaa, on ohjaus aloitettava heti leikkauspäätöksen jälkeen. (Lucas 2007, 51–52.)

3.1.2 Psykkiset taustatekijät

Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat ihmisen käsitys omasta terveydentilastaan, terveysuskomuksista ja -kokemuksista, mieltymyksistä, odotuksista, tarpeista, oppimistavoista ja -valmiuksista sekä motivaatiosta. Potilaan motivaatio ohjaukseen ja omahoitoon vaikuttaa siihen, haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän asiat itselleen tärkeiksi. Motivaation syntyyn vaikuttavat mm. riittävän selkeät tavoitteet, onnistumisodotukset ja sopiva tunnetila. Myös hoitajan omalla motivoitumisella ja asennoitumisella ohjaukseen on merkitystä ohjauksen kannalta ja potilaan kokemuksen kannalta. (Hirvonen ym. 2007, 32.)

Potilaan uskomukset esimerkiksi sairauksista tai lääkkeistä ja aikaisemmat kokemukset hoitotyöstä ja ohjauksesta vaikuttavat suurelta osin potilaan suhtautumiseen ja sitoutumiseen hoitoon. Mikäli potilaalle on edellisiltä hoitokerroilta jäänyt negatiivinen kuva, sitä voi olla vaikeakin lähteä muuttamaan. Lisäksi potilailla voi olla totuttuja tapoja ja mieltymyksiä, joista hänen on vaikea päästä irti. Tällaisia voivat olla esim. saunominen, joku tietty urheilulaji tai epäterveellinen ruoka. Ohjauksessa on tärkeää tuoda esille tiettyjen mieltymysten hyödyt ja haitat omalle terveydelle ja hoidon onnistumiselle. (Hentinen ym. 2008, 89–90.)

Ohjaustarpeet ovat hyvin erilaisia eri potilailla taustatekijöistä riippuen. Potilas, joka on sairastanut jo pitkään, tietää hyvin oman tilanteensa ja ohjaustarpeensa. Juuri sairastunut taas tarvitsee paljon ohjausta, mutta ei vielä osaa itse arvioida mitä ja millaista ohjausta. Tällaisessa tilanteessa ohjaustilanteen vastuu on suurimmaksi osaksi hoitajalla. Erilaisten ohjaustarpeiden lisäksi ohjauksessa tulee huomioida erilaiset oppimistyyli. Yksi ja sama ohjaustyyli ei välttämättä sovi kaikille. Toiset omaksuvat asioita paremmin kuulemalla, toiset näkemällä ja kolmannet tekemällä. Sopivasta ohjaustyylistä on hyvä keskustella potilaan kanssa. Lisäksi on otettava huomioon, että mielekäs oppimistapa voi muuttua tilanteesta ja aiheesta riippuen. (Hentinen ym. 2008, 90–91.) Ohjaajan on myös hyvä miettiä, millä keinoin tarvittavat ohjausasiat tuo ilmi potilaalle. Ohjausmateriaalina voidaan käyttää esim. kirjallista materiaalia tai DVD-levyä. Polvi- ja lonkkaproteesipotilaiden ohjauksessa voitaisiin hyödyntää myös ryhmäohjausta, jossa samalla saisi vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta potilailta. (Lucas 2007, 54.)

Hoitajan ohjausvalmiuksista tärkeimpiä ovat teoreettinen tietotaito ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitajalta odotetaan myös hyviä vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, sillä hän toimii ohjauksen asiantuntijana potilas-hoitajasuhteessa. Hoitajalla tulee olla kyky hallita erilaisia prosesseja, kuten oppimista, tiedonhankintaa ja päätöksentekoa. Hoitaja kannustaa potilasta luottamaan omiin kykyihinsä ja motivoi häntä oma-aloitteellisuuteen. Potilaalle on annettava riittävästi tilaa ja aikaa tehdä päätöksiä. Ohjaustavoitteen saavuttamiseen vaikuttaa hoitajan kyky aistia potilaan kokonaistilanne. Hoitaja voi omalta osaltaan vaikuttaa niihin, mutta vain potilas itse voi muuttaa toimintaansa. (Hirvonen ym. 2007, 34–35.)

3.1.3 Sosiaaliset ja muut ympäristöön liittyvät taustatekijät

Ohjauksen onnistumisen ja potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää tietää potilaan sosiaaliset ja muut ympäristöön liittyvät tekijät. Tämä on tärkeää siksi, että sosiaaliset tekijät muodostavat oleellisen osan potilaan arkea ja sen ympäristön, missä potilas toteuttaa hoitoaan. Tällaisia taustatekijöitä ovat muun muassa sosiaaliset, kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät. (Hentinen ym. 2008, 93.)

Perhe tai suku näyttäytyy hyvin eri tavoin eri potilaiden elämässä. Jotkut potilaat eivät halua kertoa läheisilleen oireistaan tai sairaudestaan, ja toisille läheisten tuki, turva ja läsnäolo ovat eriarvoisen tärkeitä. Hoitajan velvollisuus on kunnioittaa potilaan mielipidettä siitä, kenelle hänen tietojaan luovutetaan ja ketkä kaikki otetaan mukaan ohjaukseen ja hoitoon. Mikäli kuitenkin potilas on itse kykenemätön tekemään päätöksiä tai ymmärtämään ohjausta, on hoitajalla velvollisuus ottaa omaiset huomioon ohjauksessa ja hoidossa ja vastata heidän ohjaustarpeisiinsa. (Hirvonen ym. 2007, 35–36.)

Omaisten läsnäolo mukana hoidossa ja hoidon ohjauksessa olisi eriarvoisen tärkeää, koska tekonivelleikatuilla potilailla tulee olemaan rajoittunut liikunta- ja toimintakyky jonkin aikaa leikkauksen jälkeen. He saattavat tarvita apua esim. kaupassa käynnissä ja kotitöissä. Onkin todettu, että potilaat, joilla on heikko sosiaalinen tukiverkosto, voivat huonommin leikkauksen jälkeen kuin ne potilaat, joilla on hyvä tukiverkosto. Jokaisen polvi- ja lonkkaproteesipotilaan ohjauksessa tulee myös ottaa huomioon potilaan oma kotiympäristö, missä hän tulee myöhemmin toteuttamaan toipumistaan ja kuntoutumistaan leikkauksen jälkeen. Kotiin saatetaan joutua tekemään pieniä muutostöitä, esim. sängyn ja tuolien korotuksia, jotta ylösouseminen on toipumisvaiheessa helpompaa. Nämä kaikki asiat tulee ottaa hyvissä ajoin huomioon ennen leikkausta, jotta leikkaukseen tullessa kaikki on valmista ja potilas tietoinen asioista. (Lucas 2007, 53–54.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavina ympäristötekijöinä pidetään myös hoitotyön kulttuuria, fyysistä ohjausympäristöä ja ihmissuhdeympäristöä. Pohjaa potilaan odotuksille ohjauksesta luo ensivaikutelma hoitoyksikön ilmapiiristä, siisteydestä, viihtyvyydestä ja myönteisyydestä. Merkittävimpänä tekijänä kuitenkin pidetään tilaa, huonetta, jossa ohjaus toteutetaan. Paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskeytyksetä ja rauhassa keskittyä asiaan. Tila ei saa herättää potilaassa negatiivisia tunteita, ja

ohjaukseen tarvittavan materiaalin tulee olla lähettyvillä ja helposti saatavilla. Hoitajan on hyvä kiinnittää huomiota vuorovaikutussuhteen laatuun. Tärkeinä tekijöinä pidetään kiireettömyyttä, suunnitelmallisuutta, luotettavuutta ja aktiivista kuuntelua. (Hirvonen ym. 2007, 36–37.)

Nykypäivänä on tärkeää huomioida myös potilaan kulttuuriset ja uskonnolliset taustatekijät. Kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät vaikuttavat syvästi ihmisiin, ja heistä voi olla vaikea poiketa oman kulttuurinsa tai uskontonsa tavoista ja toiminnoista. Hoitajat tarvitsevat nykyään tietoutta eri kulttuurien ja uskontojen tavoista, jotta voivat ohjata ja hoitaa potilaitaan kokonaisvaltaisesti heidän taustansa ja tapansa huomioon ottaen. (Hentinen 2008, 96.)

3.2 Potilaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde

Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas ja hoitaja ymmärtävät keskustelemansa asiat samalla tavalla, he puhuvat samaa kieltä, ymmärtävät toisiaan ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Sanallisen viestinnän lisäksi ohjaus koostuu monista erilaisista sanattomista viestimistä, kuten ilmeistä, eleistä, teoista ja kehon kielestä. (Hirvonen ym. 2007, 38–39.)

Ohjaustilanteessa kaksi oman alansa asiantuntijaa kohtaa toisensa. Potilas tietää oman tilanteensa, voimavaransa ja tietonsa ja taitonsa. Hoitaja taas puolestaan tietää ja tuntee hoitotyön ja potilasohjauksen näkökulman. Hoitaja pystyy tutkitun tiedon ja kokemustensa perusteella arvioimaan potilaan henkilökohtaisen tilanteen ja kartoittamaan potilaan selviytymistekijät. (Hautakangas ym. 2003, 68.)

Ohjauksella pyritään tavoitteelliseen oppimiseen. Potilasta tuetaan ja autetaan hänen omassa oppimisprosessissaan. Oppiminen on siis aktiivista toimintaa ja tiedon käsitteilyä. Potilas rakentaa ohjauksen sisältöä aikaisemmin opitun tiedon päälle aikaisempien odotusten ja kokemusten pohjalta. Hoitajan tehtävä ei ole antaa potilaalle valmiita toimintatapoja ja ohjeistuksia, vaan yhdessä keskustellen ja vaihtoehtoja pohtien miettiä tavoitteet ja toiminnot. Ohjaussuhteesta voidaankin puhua dialogisena suhteena, jossa potilas ja hoitaja yhdessä jakavat aloitteellisuuden, tiedonannon ja vastuullisuuden. (Hautakangas ym. 2003, 69–71.)

3.3 Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus

Perinteisen preoperatiivisen mallin mukaan hoitaja suorittaa potilaan leikkausta edeltävät esivalmistelut sairaalassa leikkausta edeltävänä iltana ja leikkauspäivän aamuna. LEIKO-prosessin mukaan potilas tai hänen omaisensa suorittavat leikkausta edeltävät valmistelut itse kotonaan ennen sairaalaan saapumista. LEIKO-prosessin ja preoperatiivisen ohjauksen kannalta onkin oleellista pystyä etukäteen arvioimaan potilaan anestesian kannalta tärkeät sairaudet ja lääkitykset sekä potilaan sosiaalinen ja psyykinen tila, joka vaikuttaa potilaan tai omaisen kykyyn ymmärtää ja toteuttaa annetut ohjeet. (Karjalainen ym. 2008, 3888, 3890.)

Kirurgin ja potilaan yhdessä tekemän leikkauspäätöksen jälkeen potilas käy kirurgian poliklinikalla ensimmäisellä ohjauksikäynnillä. Käynnin tarkoituksena on käydä hoitajan kanssa läpi kaikki potilaan perustiedot, lääkitys, allergiat, ruokavalio, ihon kunto, lupatiedot, asumisolot ja jatkohoitopaikka jne. Ohjauksikäynnin aikana potilas saa tietoa toimenpiteestä, toimenpiteeseen valmistautumisesta ja hoidosta sekä kuntoutuksesta, niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Ohjauksikäynnin tavoitteena on, että potilas on leikkaukseen kelpoinen leikkauspäivänä ja leikkauksen jälkeiset komplikaatiot vähenevät. (LEIKO-prosessikuvaus 2010.)

Tekonivelleikkaukseen tulee valmistautua huolellisesti, sillä leikkaus on iso rasite elimistölle. Hyvä yleiskunto ja lihasvoima nopeuttavat leikkauksesta toipumista ja fyysisen toimintakyvyn parantumista. Terveellinen ravinto, riittävä uni ja lepo sekä liikunta ylläpitävät ja parantavat yleiskuntoa. Ohjauksikäynnillä potilasta ohjataan terveelliseen ruokavalioon, päivittäiseen liikuntaan ja uneen ja lepoon liittyvissä asioissa. (LEIKO-prosessikuvaus 2010.) Leikkauksen kannalta yksi tärkeä seikka on ihon kunto ja tulehdusten ehkäisy ja hoito. Leikkauspäivänä ihon tulee olla ehjä kauttaaltaan ja tulehdusten tulee olla hoidettu. Tärkeää on muistaa tarkistaa, ettei potilaalla ole hammastulehduksia tai virtsatieinfektiota. (Hämäläinen 2003, 117.) Potilasta ohjataan ihon perushoidossa ja infektioiden ehkäisyssä. Tarvittaessa potilas ohjataan jalkahoitajalle ennen leikkausta. Lisäksi potilasta motivoidaan pitämään hyvä huoli perussairaudestaan. Perussairauden tulee olla tasapainossa ennen toimenpidettä, ja tarvittavat tutkimukset ja hoidot liittyen perussairauteen tulee olla hoidettu hyvissä ajoin ennen leikkausta omassa terveyskeskuksessa. (LEIKO-prosessikuvaus 2010.)

Pari viikkoa ennen leikkausta potilas käy preoperatiivisella ohjauskäynnillä päiväkirurgian yksikössä. Preoperatiivisen käynnin tavoitteina on muun muassa varmistaa potilaan leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutumiseen. Tavoitteena on saada potilas sitoutumaan hoitoonsa ja motivoitumaan kuntoutumiseen sekä terveydentilansa parantamiseen. Preoperatiivisella käynnillä taataan myös potilaan hoidon jatkuvuus. (Roikonen 2010.) Preoperatiivinen käynti toteutetaan moniammattillisena yhteistyönä leikkaavan lääkärin, endoproteesihoitajan, fysioterapeutin ja tarvittaessa myös anestesia- ja leikkauksen lääkärin kanssa. (Haapoja ym. 2009, 232.)

Ohjauskäynnillä kirurgi valitsee potilaalle parhaan mahdollisen leikkausmenetelmän ja arvioi omalta osaltaan potilaaseen liittyvät erityispiirteet. Tärkeää on pystyä kuvaamaan potilaalle toimenpiteeseen liittyviä asioita, jotta potilas saa realistisen kuvan leikkauksesta saamistaan hyödyistä ja haitoista. (Haapoja ym. 2009, 231.)

Sairaanhoitajan ohjauskäynnillä hoitaja käy potilaan kanssa läpi leikkausta edeltäviä esivalmisteluja. Potilasta ohjeistetaan peseytymisessä ja ravinnosta olosta. Potilaan kanssa käydään yhdessä läpi sairaalaan tuloa ja leikkauspäivän tapahtumia. Potilaalla on mahdollisuus kysellä leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen toipumiseen liittyvistä asioista. Potilaan kanssa käydään vielä yhdessä läpi hänen lääkityksensä, mitkä lääkkeet ovat tauolla ja mitä lääkkeitä hän saa ottaa leikkauspäivän aamuna. Potilasta muistutetaan vielä ottamaan kaikki lääkkeensä mukaan sairaalaan leikkauspäivänä. (LEIKO-prosessikuvaus 2010.)

Fysioterapeutti ohjeistaa potilasta pitämään huolta yleiskunnostaan, nivelliikkuvuudesta ja liikkumiskyvystään omatoimisin ja ohjatuin harjoittein (Patteri 2005, 17). Fysioterapeutin ohjauskäynnillä tavoitteena on, että potilas saa tietoa leikkauksesta aiheutuvista rajoituksista ja leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta. Potilaalle kerrotaan myös jatkokuntoutusmahdollisuuksista. Ohjauksen yhteydessä potilaalle ohjataan vuoteesta ylösnousu ja takaisinmeno, lihasten voimisteluohjelma sekä sauvakävely. Lisäksi potilaan kanssa käydään läpi erilaisten apuvälineiden käyttö ja ohjataan, mistä niitä voi hankkia. (LEIKO-prosessikuvaus 2010.) Ohjauksen yksi tärkeimmistä tavoitteista on saada potilas hahmottamaan fysioterapia oleelliseksi osaksi kokonaisuhoitoa ja kuntoutumista (Patteri 2005, 18).

Potilailla on erilaisia odotuksia ja tunnetiloja liittyen tulevaan toimenpiteeseen. Monesti toiveet ja odotukset liittyvät paranemiseen, oireettomuuteen ja liikuntakyvyn palautumiseen. Valtaosa potilaista jännittää tulevaa toimenpidettä, mikä taas omalta osaltaan vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. (Paunonen 2000, 45–46). Alasen (2002, 49–50) teettämä tutkimus toi ilmi, että potilaat halusivat tutustua sairauteensa ja tulevaan toimenpiteeseen myös mahdollisten verkkoaineistojen ja sähköpostiliitteiden avulla. Potilaiden mielestä kattava, asiallinen ja ajan tasalla oleva materiaali sairaudesta ja toimenpiteestä toisi enemmän varmuutta asioihin ja motivoisi omahoitoon.

Rauhasalon vuonna 2003 LYHKI-potilailla teettämän tutkimuksen mukaan potilaat saivat kattavan preoperatiivisen kirjallisen materiaalin kotiin luettavaksi ennen leikkausta. Alhon (2002) tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kutsukirjeeseen, sen sisällön aiheellisuuteen ja riittävyYTEEN. Jotkut potilaat eivät olleet saaneet kirjallisista ohjeista minkäänlaista suullista ohjeistusta, eikä niitä käyty yhdessä läpi hoitajan kanssa. Potilaat itse ajattelivat tämän johtuvan hoitohenkilökunnan kiireestä. Potilaat kokivat sekä suullisen että kirjallisen ohjauksen tärkeäksi. Keskustelun aikana epäselväksi jääneitä asioita pystyi vielä kysymään ja tarkentamaan, ja kirjalliset ohjeet taas olivat kotona muistin tukena valmistauduttaessa leikkaukseen. (Rauhasalo 2003, 63 – 64.)

Heinon (2005, 60) polviniveltähystyspotilailla teettämä tutkimus osoitti, että 5,8 % kyselyyn vastanneista ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta toimenpiteeseen valmistautumisesta. Potilaista 79,2 % oli saanut kirjalliset ohjeet ja 24,3 % suulliset ohjeet toimenpiteeseen valmistautumisesta. 4,6 %:lle vastaajista jokin asia oli jäänyt epäselväksi ennen leikkausta, ja he joutuivat soittamaan sairaalaan kysyäkseen epäselvää jäännyttä asiaa.

Paunoson (2000, 45) polviniveltähystyspotilailla teettämän tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat ja arvostivat lääkärin jämerää ja aktiivista otetta hoitopäätösten teossa ja tiedon jakamisessa. Tutkimuksen perusteella potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa hoitoprosessin kulusta, mitä tapahtuu milloinkin. Alasen (2003, 49) Hyvinkäällä teettämän tutkimuksen mukaan potilaat kaipaivat keskusteluille enemmän aikaa ja avoimuutta. Lisäksi potilaat toivoivat, että hoitohenkilökunta kertoisi asiat selkokielisesti.

4 LAATU HOITOTYÖSSÄ

Nykypäivänä laatukysymykset ovat muuttuneet entistä tärkeämmiksi monistakin syistä. Yhtenä syynä voidaan pitää hoitoaikojen lyhentymistä, mikä tarkoittaa hoitotyön toimintojen kannalta tehokkaampaa toimintaa. Toisena asiana pidetään sitä, että nykyään asiakkaat osaavat vaatia hoitotyön laadulta enemmän. Ihmiset ovat valveutuneita, he osaavat etsiä tietoa ja käyttää sitä hyödyksi omassa hoidossaan ja oman asemansa vahvistajana. Hoitotyön laadun varmistamiseksi Suomessa on tällä hetkellä lukuinen määrä erilaisia lakeja, toimintaa ohjaavia suosituksia, oppaita, laatukriteerejä, kansallisia ja kansainvälisiä terveys- ja hyvinvointiohjelmia sekä yleisiä ja ammatillisia käytänteitä ja eettisiä ohjeistuksia. (Hirvonen ym. 2007, 12–13.)

Sosiaali- ja terveystalouden laatu on asia, joka varmasti kiinnostaa kaikkia. Hyviä, joustavia, yksilöllisiä ja taloudellisesti kohtuuhintaisia palveluita haluavat niin asiakkaat, potilaat, alan ammattilaiset kuin toiminnan rahoittajatkin. Palveluiden laadun seuranta, arviointi ja kehittäminen on kaikkien osapuolten yhteinen asia ja etu. (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995, 7.)

Hoitotyön asiakaslähtöinen laatu määritellään palvelun kyvyksi täyttää asiakkaan toiveet, tarpeet ja odotukset. Laatu hoitotyössä on aina subjektiivinen kokemus, joka on sidoksissa käyttäjäänsä. (Hautakangas ym. 2003, 105.) Laatu vaihtelee tilanteittain, ja se on kytköksissä asiakkaan tarpeisiin, odotuksiin ja saatavilla oleviin resursseihin. Laadunvarmistuksella taas tarkoitetaan järjestelmällistä hoidon laadun mittaamista ja toiminnan kehittämistä sekä uudelleen organisointia saatujen tulosten ja havaittujen puutteiden perusteella. (Salo 1991, 12–13.)

4.1 Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyyttä on mitattu jo pitkän aikaa erilaisin mittarein tarkoituksena tyytyväisyyden määrän ja laadun kuvaaminen. Tyytyväisyydellä on tarkoitettu potilaan käsityksiä saamastaan hoidosta ja ohjauksesta. Potilastyytyväisyyttä ei voida kuitenkaan pitää ainoana laadun arviointimittarina hoitotyössä. Laatu on käsitteenä paljon laajempi kuin tyytyväisyys, mistä syystä potilastyytyväisyys on vain yksi osa-alue

hoitotyön laadusta. (Leino-Kilpi ym. 1992, 25–26.) Potilastyytyväisyyskyselyiden teettäminen on sikäli tärkeää, että se on kuitenkin yksi osa hoitotyön laadusta ja keino, jolla palvelun laatua voidaan kehittää entistä toimivammaksi ja tehokkaammaksi. (Laadunhallinta 1995, 12–13).

Hautakangas ym. (2003, 108) kertovat kirjassaan, että tutkimusten perusteella potilaat ovat yleensä tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Vaikka potilaat pääpiirteittäin ovatkin tyytyväisiä hoitoonsa, silti on paljon myös kehitettävää. Tyytymättömyys liittyy usein kohteluun, hoitoon pääsyyn, puutteisiin tiedon kulussa ja omatoimisuuden tukemiseen sekä epätietoisuuteen hoidon jatkuvuudesta. Tyytymättömyyttä on lisännyt myös henkilökunnan vähäisyys, kiire ja se, että potilas ei ole itse päässyt osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Tutkimusten mukaan potilaat olisivat lisäksi kaivanneet enemmän tietoa sairaudesta, toimenpiteistä ja hoitoympäristöön liittyvistä asioista.

Kauppisen ja Räsänen (2010) Keski-Suomen sairaalassa toteuttama potilastyytyväisyyskysely oli tekijöiden mielestä onnistunut. Tulosten perusteella nuoret olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin vanhemmat ihmiset. Kotiin lähetettyyn kutsukirjeeseen oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. Osa vastanneista olisi halunnut tarkemmin tietoa, mitä sairaalaan tulee ottaa mukaan ja miten apuvälineiden kanssa toimitaan. Monet vastanneista olisivat halunneet etukäteen enemmän tietoa leikkauksesta ja leikkauspäivän kulusta. Hoitajien toiminta ja potilaiden kohtelu olivat tulosten mukaan hyvää ja ammatillista. Eniten kritiikkiä saivat LEIKO-yksikön fyysiset tilat, joita toivottiin rauhallisemmiksi ja yksityisemmiksi. Lisäksi enemmän tietoa toivottiin kipulääkityksestä ja vierailuajoista. Suurin osa vastanneista oli kuitenkin tyytyväisiä toimintaan ja halusivat jatkossakin tulla vasta leikkausaamuna sairaalaan.

4.2 Potilaspalaute

Potilas on saamansa palvelun tuloksellisuuden ja laadun paras asiantuntija. Tästä syystä juuri potilaspalaute on perinteisin ja yleisin käytössä oleva laatumittari hoitotyössä. Palautelomakkeita pidetään yleensä hyvinä niiden helppouden ja nopeuden takia. (Hautakangas ym. 2003, 108.) Monesti kyselylomakkeet ovat hyvin strukturoituja, jolloin mittari mittaa ainoastaan asiakkaan tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden määrää eikä sitä konkreettista asiaa, mihin potilas on tyytyväinen tai miksi hän on tyytyväinen (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 31).

Laadunhallinnan ja jatkuvan kehittymisen kannalta on tärkeää, että palautetta kerätään jatkuvasti ja sitä myös hyödynnetään tehokkaasti. Pelkät yksittäiset mittaukset antavat vain senhetkisen kuvan palveluista ilman vertailukohdetta. Tärkeää nimenomaan onkin seurata palveluiden kehitystä ja laatua pitemmällä aikavälillä, seurata tehtyjen muutosten tuloksellisuutta. (Laadunhallinta 1995, 12.)

LEIKO-potilaiden tyytyväisyyttä toimintaan ja leikkausta edeltävään ohjaukseen on tutkittu ainakin jo Hyvinkään ja Keski-Suomen sairaaloissa opinnäytetöinä. Kauppi-
sen ja Räsäsen (2010) Keski-Suomen sairaalalle toteuttama LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely sisälsi niin suljettuja kuin avoimiakin kysymyksiä. Kyselylomakkeeseen ja saatuihin tuloksiin oltiin tyytyväisiä. Tutkimus täytti tavoitteet, ja näin ollen saatujen tulosten perusteella toimintaa pystytään jatkossa kehittämään.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on laatia kyselylomake, jolla voidaan mitata Savonlinnan sairaalan LEIKO-potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa leikkausta edeltävään ohjaukseen. Kyselylomakkeella on tarkoitus mitata myös potilaiden tyytyväisyyttä ylipäätään LEIKO-toimintaan ja LEIKO-toiminnan fyysisiin tiloihin. Tavoitteena on pystyä parantamaan ja kehittämään toimintaa saatujen tulosten perusteella.

Kyselylomakkeella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten potilaat kokevat leikkausta edeltävän ohjauksen?
2. Mitä mieltä potilaat ovat LEIKO-toiminnasta?
3. Mitä mieltä potilaat ovat LEIKO-toiminnan tiloista ympäristönä?

Kyselylomake jää tilaajalle, eikä tässä tutkimuksessa toteuteta vielä varsinaista kyselytutkimusta.

6 KYSELYLOMAKE TUOTEKEHITYSPROSESSINA

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa paineet sijoittuvat toimintojen tehokkuuteen ja laatuun. Asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin täytyy pystyä vastaamaan asiakaslähtöisesti, asiakkaan etu ja paras huomioon ottaen mutta silti kustannustehokkaasti. Tuotteistaminen sosiaali- ja terveystalalla edistää asetettujen laatuvaatimusten toteutumista ja toimintojen turvaamista mahdollisimman vähin kustannuksin. (Jämsä & Manninen 2000, 7–9.)

Tuotekehityksen tarkoituksena on kehittää kokonaan uusi tuote tai parannella aikaisempaa tuotetta (Jokinen 2001, 9). Sosiaali- ja terveystalalla tuotteella tarkoitetaan joko materiaalista tuotetta, palvelutuotetta tai materiaali- ja palvelun yhdistelmää. Kyselylomake eli mittari kuuluu materiaaliin tuotteisiin. Sosiaali- ja terveystalalla yksikön menestymisen seuranta ja haluttuihin tavoitteisiin pääsemistä edistää, mikäli suoritteet tuotteistetaan. Kyselylomakkeen avulla asiakkaiden palaute pystytään hyödyntämään ja tuotetta pystytään jatkossa kehittämään ja parantamaan. (Jämsä ym. 2000, 9, 13.) Jämsän ja Mannisen (2000, 28) mukaan tuotteistaminen sisältää viisi eri vaihetta: ongelman tai kehittämistarpeen tunnistusvaiheen, ideointivaiheen, luonnostelu-, kehittäminen- ja viimeistelyvaiheen.

6.1 Kehitystarpeen tunnistaminen

Sosiaali- ja terveystalalla palveluiden kehittämisessä käytetään hyväksi erilaisia laadun kehittämisen menetelmiä, kuten arviointitiedon keräämistä palveluista. Helpoiten tällainen arviointitiedon keruu tapahtuu potilas- ja asiakaskyselyinä. Arviointitietojen pohjalta pystytään näkemään, mitkä ovat kyseessä olevan palvelun ja yksikön kehittämistarpeet. Monesti tuotteistaminen lähtee liikkeelle siitä, että on jokin tuote tai palvelu mutta se ei vastaa enää tarpeisiin ja määrättyihin tavoitteisiin. (Jämsä & Manninen 2000, 29.)

Opinnäytetyöni sai alkunsa joulukuussa 2010, kun otin yhteyttä Savonlinnan päiväkirurgiseen yksikköön ja lähdin kyselemään mahdollisesta LEIKO-toiminnan kehittämistarpeesta. Sieltä sainkin heti myöntävän vastauksen kehittämistarpeelle, ja ideana tuli potilastytyväisyyskyselylomakkeen laatiminen LEIKO-potilaille. Tutkimusta pidettiin erittäin tärkeänä, sillä LEIKO-toiminta on vielä hyvin uutta Savonlinnassa ja vastaavaa tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty.

6.2 Ideavaihevaihe

Kehitystarpeen tunnistettua alkaa ideointivaihe. Ideointivaiheen tavoitteena on löytää sopivat ratkaisu- ja toteutuskeinot valmiin tuotteen saavuttamiseksi. Erilaisilla ongelmanratkaisuvaihtoehdoilla pyritään löytämään ratkaisu juuri niihin ongelmiin, jotka sillä hetkellä, siinä yksikössä ovat ajankohtaisia. Ideointivaihe voi olla melko lyhyt, mikäli kyseessä on jo olemassa olevien tuotteiden uudistaminen vastaamaan nykyistä käyttötarkoitustaan ja tavoitteitaan. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Saatuani opinnäytetyön aiheen kävin ohjauskeskustelua opettajani kanssa aiheen tiimoilta. Kävimme yhdessä läpi ideapaperin, joka sisälsi alustavan työnimen, opinnäytetyön keskeiset käsitteet, tutkimuksen tarkoituksen ja työssä käyttämäni tutkimus- ja kehittämismenetelmät. Näiden asioiden pohjalta sovin tapaamisen päiväkirurgianyksikön osastonhoitajan Sirpa Ikosen ja sairaanhoitaja Eija Sahlbergin kanssa. Tapaamisen tarkoituksena oli käydä läpi tutkimuksen tarpeet, tavoitteet ja keinot. Mitä halutaan kehittää? Mihin pyritään? Millä keinoin? Vastaus oli melko selkeä. Haluttiin luoda potilastyytyväisyyskyselylomake mittaamaan potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaa ja erityisesti leikkausta edeltävää ohjausta kohtaan. Tapaamisen yhteydessä kyselin Savonlinnan LEIKO-toiminnasta (ks. liite 1) ja katsoimme yhdessä päiväkirurgian fyysisiä tiloja. Tarkoituksena oli saada itselle parempi kuva toiminnasta ja siitä, mitä kyselylomakkeessa haluttiin kysyä ja mihin niillä kysymyksillä haettiin vastausta.

Kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen päädyimme siksi, että sen avulla on hyvä selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia ja eri ilmiöissä tapahtuneita muutoksia. Määrällisessä tutkimuksessa asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia havainnollistetaan yleensä taulukoiden ja kaavioiden avulla. Määrällisen tutkimusotteen avulla saadaan olemassa oleva tilanne hyvin kartoitettua. (Heikkilä 2004.) Kyselylomakkeeseen tiedonkeruumenetelmänä päädyimme yhteistuumin siksi, että sen avulla voidaan helposti ja nopeasti kerätä laaja ja kattava tutkimusaineisto. Kyselyn etuina näimme myös sen, että se säästää aikaa ja vaivaa ja potilaan on se helppo ja nopea täyttää. (Ks. Hirsjärvi ym. 2005, 184.) Itse koin kyselylomakkeen laatimisen haasteen siinä, kuinka osaan muotoilla kysymykset siten, että ne mittaavat sitä, mitä pitääkin, ja että potilaat ymmärtävät kysymykset oikein ja yksiselitteisesti.

6.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe alkaa, kun on saatu päätös, millainen tuote aiotaan suunnitella ja kehittää. Luonnosteluvaiheen tehtäviin kuuluu analysoida ne tekijät ja näkökohdat, jotka ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Eri näkökulmia analysoimalla saadaan selville tuotteen kannalta oleellimmat tekijät ja vaikuttajat. Kirjallisuuteen perehtyminen luonnosteluvaiheessa auttaa tunnistamaan tekijöitä, jotka takaavat tuotteen laadun. Kirjallisuuden kautta perehtyminen tuotteen tekemiseen auttaa löytämään ne vaiheet ja keinot, jotka auttavat tuotteen kehittämisessä. (Jämsä & Manninen 2000, 43, 50.)

Luonnosteluvaiheessa aloin etsiä taustamateriaalia teoreettista viitekehystäni varten. Tiedonhaussa käytin apuna kirjastojen palveluja sekä eri hoitotieteen ja lääketieteen tietokantojen elektronisia aineistoja. Tietokannat, joita käytin, olivat Medic, Academic Search Elite ja Cinahl. Hakusanoina käytin aluksi variaatioita seuraavista sanoista: LEIKO, preoperatiivinen, ohjaaminen ja potilastyytyväisyys. Varsinaisesti LEIKO-toiminnasta en löytänyt kovinkaan paljon tietoa ja jouduinkin laajentamaan hakuni koskemaan myös päiväkirurgista toimintaa. Hakusanoina käytin päiväkirurgia + hoitotyö, päiväkirurgia + ohjaus, päiväkirurgia + preoperatiivinen.

Kyselylomakkeen luonnosteluvaiheessa aloin etsiä vastaavia potilastyytyväisyyskyselyitä saadakseni ideoita kyselyn sisältöä ja ulkoasua varten. Vastaavia LEIKO-toimintaan perustuvia tyytyväisyyskyselyitä löysin tarkasteltavaksi vain yhden, vaikka tiesin, että niitä on tähän mennessä tehty useampiakin. Tämän kyselyn lisäksi etsin kyselyitä liittyen potilaan leikkausta edeltävään ohjaukseen. Otin ideoita myös potilastyytyväisyystutkimuksista liittyen potilaan ohjaukseen kotiutusvaiheessa ja päiväkirurgian osaston toimintaan ylipäätään.

Hyvät kysymykset ja oikea kohderyhmä ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta oleellimmat tekijät. Kyselylomakkeen alkuun on hyvä sijoittaa helppoja kysymyksiä, joilla vastaajan mielenkiinto tutkimusta kohtaan saadaan herätettyä. Kysymykset esitetään kohteliaasti, ja mikäli kohderyhmänä on iäkkäitä tai korkeasti arvostettuja henkilöitä, on hyvä käyttää teitittelyä. Tärkeää on, että sama muoto jatkuu läpi kyselynsen johdonmukaisuuden takia. (Heikkilä 2004, 48, 57–58.)

Kysymyksiä tehdessä on hyvä muistaa, että kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Jokainen kysymys on mietittävä huolella. Onko kysymys tarpeellinen ja vastaako se ongelmaan, johon tutkimuksella lähdettiin hakemaan vastausta. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia eivätkä myöskään liian pitkiä. Mikäli kysymys on liian pitkä, vastaaja saattaa kysymyksen lopussa jo unohtaa, mitä oikeastaan edes kysyttiin. Lisäksi kysymysten täytyy olla selkeitä, ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. Hyvien kysymysten ominaispiirteisiin ei myöskään kuulu sivistyssanojen tai muiden erikoissanojen käyttö. Tärkeimpänä on kuitenkin muistaa, että laadituilla kysymyksillä pystytään saamaan vastauksia haluttuihin tutkimusongelmiin. (Heikkilä 2004, 57.)

Kysymyksiä lähdin miettimään kolmen pääkysymyksen avulla. Näiden yläotsikoiden kautta lähdin pohtimaan kyselylomakkeen kysymyksiä ja niiden ulkoasua. Aluksi kirjoitin ylös kaikki kysymykset, jotka tulivat mieleen liittyen vähääkään LEIKO-toimintaan. Ideoita etsin aikaisemmista tutkimuksista, LEIKO-aiheeseen liittyvistä teksteistä ja haastatteluista sekä omista kokemuksista. Koottuani kaikki kysymykset yhteen aloin laittaa niitä eri kategorioihin, osan kysymyksistä muotoilin parempaan muotoon ja osan poistin kokonaan. Kysymyksiä oli tuossa vaiheessa vielä runsaasti. 15.2. kävin tapaamassa LEIKO-toiminnan sairaanhoitajaa Eija Sahlbergia ja kävimme yhdessä läpi mahdollisia kyselyyn tulevia kysymyksiä. Sahlberg antoi minulle hyviä neuvoja, mitkä asiat ovat oleellisia ja mitkä eivät niin merkityksellisiä tämän tutkimuksen kannalta. Sahlberg muistutti taas kerran, että pääpaino on preoperatiivisessa ohjauksessa. Kuinka potilaat kokevat ohjauksen? Kuinka potilaat kokevat ohjaajan? Mitä he toivoisivat ohjaukseen lisää?

Tapaamisen jälkeen minulle jäi kuitenkin vielä melko vapaat kädet muotoilla lopullisia kysymyksiä ja lomakkeen ulkonäköä. Kategorioiden pohjalta huomasin, että kysymykset asettuivat selvästi tiettyihin osa-alueisiin, jotka muotoutuivat melko automaattisesti. Osa-alueiksi syntyi esitiedot, kutsukirje, ohjauksen sisältö, kirjallisista ja suullisista ohjeista saatu tieto, ohjaustilanne ja LEIKO-toiminnan tilat. Osa-alueitten alle valitsin kysymykset, jotka mielestäni vastasivat parhaiten tutkimusongelmiin.

6.4 Kehittelyvaihe

Kehittelyvaihe etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden ja rajausten pohjalta. Yleensä tuotteiden ensimmäinen työvaihe on niin sanottu työpiirustusten tekeminen. Monesti sosiaali- ja terveystieteen tuotteet on tarkoitettu informaation välitykseen erilaisissa tilanteissa. Keskeisin sisältö muodostuu keskeisimmistä tosiasioista. Oleellista on pystyä tuomaan asiat esille täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tarpeet huomioon ottaen. Informaation välittämiseen tarkoitettuille tuotteille yhteisiä ongelmia ovat keskeisimmän asiasisällön valinta, määrä ja tietojen muuttuminen tai vanhentuminen. Sosiaali- ja terveystieteen laadittaessa informaatiota sisältäviä materiaaleja potilaan tai asiakkaan käyttöön on ammattihenkilön pyrittävä eläytymään tiedon vastaanottajan asemaan sen sijaan, että keskittyisi henkilökohtaisiin tai ammatillisiin tiedon tarpeisiin. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.)

Koko tuotekehitysprosessin alun ajan olin miettinyt kysymysten muotoilua ja lomakkeen ulkonäköä. Millä tavalla muotoillut kysymykset olisivat parhaimmat? Käyttäisinkö avoimia vai suljettuja kysymyksiä? Entä mikä olisi kyselyn sopiva pituus? Suljetut eli monivalintakysymykset puoltavat sitä, että vastauksia on helpompi vertailla. Lisäksi monivalintakysymykset ovat monesti vastaajalle helpompia vastata. Tutkimuksen suorittajan etuja ovat esimerkiksi, että tulokset eivät tuota kirjavia vastauksia ja vastaukset on helppo ja nopea analysoida. Avointen kysymysten edut taas liittyvät vapaaseen sanaan. Jokainen vastaaja voi ilmaista asian omalla tavallaan, omalla kokemuksellaan. Avoimilla kysymyksillä voidaan saada todellista ja tarkkaa tietoa vastaajilta. (Hirsjärvi ym. 2005, 187, 190.)

Mietittyäni asiaa ja keskusteltuani Sahlbergin kanssa päädyimme siihen, että suurin osa kysymyksistä tulisi olemaan suljettuja, jotta niihin olisi helppo ja nopea vastata ja ne olisi helpompi analysoida. Monet kyselylomakkeen kysymyksistä on esitetty Likertin-asteikkoa hyväksikäyttäen, jossa toisena ääripäänä on ”en lainkaan” ja toisena ääripäänä ”riittävästi”. Etuna tällaisen asteikkotyypin kysymysten käytössä on se, että niiden avulla saadaan paljon tietoa pieneen tilaan. (Heikkilä 2004, 52–53). Likertin-asteikko on välimatka-asteikko, jolla yleensä pyritään mittaamaan jotain tiettyä ominaisuutta, kuten motivaatiota tai asennetta. Tarkoituksena on saada selville vastaajan käsitys esitetystä kysymyksestä tai väittämästä. (Metsämuuronen 2009, 70.) Tässä kyselylomakkeessa päätin käyttää 4- ja 5-portaista asteikkoa. Osioon, joka koski ohjauksen sisältöä, halusin lisätä ensimmäiseksi arviointikohdaksi ”en tarvinnut tietoa”, koska osa potilaista on voinut kokea jonkin ohjausalueen itselleen itsestäänselvyydeksi.

si ja turhaksi. ”En osaa sanoa” -vaihtoehtoa en halunnut käyttää missään kyselyn vaiheessa, koska mielestäni tuo vaihtoehto on liian helppo ruksattavaksi ilman, että koko väittämää tulee mietittyä sen enempää. Likertin-asteikot osana kyselyä ovat myös sen takia hyvät, että kyselystä ei tule liian raskas vastattavaksi. Lisäksi halusin kuitenkin avoimia kysymyksiä täsmentämään tietoutta siitä, mihin potilaat ovat erityisesti tyytyväisiä tai tyytymättömiä ja miksi.

Saatuani kysymykset kasaan aloin sommitella niitä vastauslomakkeeksi. Lomakkeen kokoamisessa pyrin huomioimaan, että lomake näyttäisi helposti täytettävältä, se olisi ulkoasultaan moitteeton ja vapaalle sanalle olisi riittävästi tilaa. (Hirsjärvi ym. 2005, 193). Heikkilän (2004, 48–49) mukaan hyvän kyselylomakkeen tunnuspiirteitä ovat mm. lomakkeen selkeys ja houkutteleva ulkonäkö, kysymysten loogisuus ja juokseva numerointi, lomake ei ole liian pitkä ja lomake saa tuntemaan vastaamisen tärkeäksi. Lisäksi on hyvä ryhmitellä kysymykset kokonaisuuksiksi, joilla on selkeä oma otsikko. Näitä edellä mainittuja hyvän kyselylomakkeen tunnuspiirteitä pyrin vaalimaan myös omassa kyselylomakkeessani. Minulla oli jo hyvässä vaiheessa muotoutunut kyselyn alaotsikoita, joiden pohjalta lähdin lomaketta rakentamaan. Lomakkeen koonnissa pyrin huomioimaan, että kysymykset etenevät loogisessa järjestyksessä, jota-kuinkin tapahtumien aikajärjestyksen mukaan.

Saatuani ensimmäinen version kyselomakkeesta valmiiksi lähetin sen liitetiedostona Sahlbergille, ohjaaville opettajilleni ja opponentilleni kommentoitavaksi. Lomakkeesta saatu palaute oli positiivista. Sahlberg oli keskustellut lomakkeesta muiden LEIKO-hoitajien kanssa, ja heidän mielestään kysely oli hyvä, siinä oli ne kysymykset, joihin juuri haluttiinkin vastausta. Kysely tuntui sopivan pituiselta, ja rakenne oli hyvä. Myöskään ohjaavilta opettajilta tai opponentiltani ei löytynyt muutosehdotuksia.

6.5 Viimeistelyvaihe ja saatekirje

Jokaisessa tuotekehittelyn vaiheessa tuote kaipaa palautetta ja arviointia. Parhaimpia keinoja arvioida tuotetta on esitellä tai koekäyttää se tuotteen viimeistelyvaiheessa. Palautetta on hyvä pyytää sellaisilta käyttäjiltä, joille tuote ei ole ennestään tuttu. Lisäksi esitelluksen olisi hyvä tapahtua todellisessa arjen tilanteessa, missä se normaalistikin tapahtuu ja missä tuotetta käytetään. Näin ollen saatu palaute olisi mahdollisimman antoisaa ja todellisuuteen pohjautuvaa. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Lo-

makkeen esitestaukseen riittää yleensä 5 - 10 henkilöä. Testauksen tavoitteena on pyrkiä aktiivisesti selvittämään kysymysten selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, vastausvaihtoehtojen sisällöllistä toimivuutta ja lomakkeen vastaamisen raskautta sekä vastaamiseen kulunutta aikaa. Tarkoituksena on myös miettiä, onko jotakin olennaista jäänyt kysymättä tai onko mukana turhia kysymyksiä. (Heikkilä 2004, 61.)

Informoidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti vastaajille sellaisissa paikoissa, joissa hänen suunnittelemansa kohdejoukot ovat henkilökohtaisesti tavoitettavissa. Jakaessaan lomakkeita tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksesta, selostaa kysymyksiä ja vastaa vastaajaa askarruttaviin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 185–186.) Mikäli kyselylomake viedään ja/tai haetaan vastaajalta henkilökohtaisesti, vastausprosentti nousee. Toinen etu on se, että vastaaja voi kysyä epäselväksi jääneitä kysymyksiä väärinkäsitysten välttämiseksi. (Heikkilä 2004, 67.)

Kyselylomakkeeseen sisältyy varsinaisen lomakkeen lisäksi myös saatekirje. Joissakin tapauksissa saatekirje on korvattu saatesanoilla kyselyn alussa ennen varsinaisia kysymyksiä. Saatekirje on hyvin tärkeä ja oleellinen osa tutkimusta, sillä sen perusteella moni vastaaja päättää, vastaako kyselyyn vai ei. Saatekirjeen tarkoituksena on selvittää tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta, vastaamiskäytänteitä ja motivoida vastaamaan. (Heikkilä 2004, 61.) Saatekirjeessä tulee huomioida saatteen ja kyselylomakkeen visuaalinen ilme, saatteen sisältö sekä kyselyn laajuus ja kieli, sillä nämä asiat ratkaisevat, vastataanko kyselyyn vai ei. Saatekirjeen tulee lisäksi olla vakuuttava, että kysely otetaan vakavasti ja vastaukset annetaan totuudenmukaisina. (Vilka 2007, 152–156.)

Lähdin suunnittelemaan saatekirjettä niin, että siitä selviää tutkimusaihe ja tutkimuksen tarkoitus. Halusin tuoda erityisesti ilmi, miksi vastaaminen on tärkeää ja mitä näillä vastauksilla saavutetaan. Halusin tuoda saatekirjeessä myös ilmi vastaajan eettiset oikeudet, vapaaehtoisuuden ja anonymiteetin. Lisäksi mielestäni oli tärkeä mainita, että kyselyyn vastaaminen ei vaikuta vastaajan saamaan hoitoon.

Kyselylomakkeen viimeistelyvaiheessa esitetasin kyselylomakkeen LEIKO-potilailla. Toteutin esitestauksen kuudella LEIKO-prosessin käyneellä potilaalla viikkojen 12 ja 13 aikana. Esitestaukseen osallistujat olivat joko olleet polvi- tai lonkka-proteesileikkauksessa, ja heillä oli meneillään ensimmäinen, toinen tai kolmas leikkauksen jälkeinen päivä. Olin etukäteen tiedustellut LEIKO-potilaiden määrää kirurgian

vuodeosaston osastonhoitajalta ja tiedustellut samalla, mikä olisi paras aika päivästä tulla jututtamaan potilaita ja jättämään kyselylomakkeet vastattaviksi. Kävin itse henkilökohtaisesti viemässä kyselylomakkeet (ks. liite 3) ja lomakkeen palauteosion (ks. liite 4) potilaille. Selvitin kyselyyn osallistujille kyselyn taustan ja tarkoituksen sekä esitestauksen merkityksen ja tärkeyden. Kyselyiden mukana potilaat saivat myös saattekirjelmän (ks. liite 2), josta myös selvisi kyselyn tarkoitus ja periaatteet. En missään vaiheessa kysynyt potilaiden henkilötietoja ja painotin heille, että esitestaukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eivätkä heidän henkilökohtaiset tietonsa tule ilmi missään vaiheessa. Kerroin lisäksi, että kyselyyn vastaamisen voi keskeyttää missä vaiheessa vain, eikä vastaaminen vaikuta millään tavalla heidän saamaansa hoitoon. Annoin kyselyyn osallistujille sekä kirjallisen että suullisen palaute mahdollisuuden. Aluksi potilaat vastasivat kyselyyn ja antoivat kirjallisen palautteen, jonka jälkeen heillä oli vielä mahdollisuus antaa palautetta suullisesti ja tarkentaa joitakin kohtia, mikäli oli kysyttävää. Palautteen antamiseen annoin aikaa tarpeen mukaan, puolesta tunnista jopa päivään.

Potilailta saatu palaute kyselylomakkeesta oli pääosin positiivista. Jokainen esitestaukseen osallistuja kuvasi lomaketta selkeäksi ja kysymyksiä yksiselitteisiksi. Vastausvaihtoehdot tuntuivat sopivilta ja oikein määritellyiltä. Kaikki vastaajat olivat vastanneet, että kyselyyn vastaaminen ei ollut raskasta, ja muutamat vastaajat kertoivat vastaamiseen kuluneen noin 15 minuuttia aikaa. Esitestauksen mukaan mitään olennaista ei jäänyt puuttumaan. Yksi vastaaja vastasi, että kyselyssä oli jotakin turhaa, mutta hän ei osannut kuvata, että mitä. Uusia kehittämisideoita ei myöskään tullut esille.

Eräs esitestaukseen osallistuja kysyi suullisesti, mitä LEIKO-toiminta tarkoittaa. Siitä oppineena lisäsin kyselylomakkeeseen selvemmin, mitä kysely koskee. Esitestauksesta huomasin myös, että avoimiin kysymyksiin ei paljon tullut vastauksia. Oliko syynä kenties vastanneiden korkea ikä tai senhetkinen vointi? Vai eikö vain ollut mitään lisättävää?

Kirurgian vuodeosaston hoitohenkilökunnalta kysyttäessä kehittämis ehdotuksia kyselylomakkeeseen esille nousi muutamia asioita: Hoitohenkilökunnan mielestä kysymyksiä oli paljon, kenties liikaakin, koska polvi- tai lonkkaleikkauksessa olleet ovat monesti jo iäkkäämpiä ja eivät jaksa vastata pitkiin kyselyihin. Heiltä tuli myös ideaa, että avoimia kysymyksiä voisi karsia ja yhdistää toisiinsa. Jopa yksikin avoin ky-

symys voisi riittää. He kyseenalaistivat kutsukirjeeseen liittyviä kysymyksiä sekä osaa ohjauksen sisällön väittämistä. Esimerkiksi esilääkkeen tarkoituksen ja leikkauksessa laitettavat mahdolliset katetrit ja dreenit kohdat voisi jättää pois, koska yleensä niistä varmasti mainitaan, mutta eri asia, muistetaanko niitä enää myöhemmin.

Juteltuani esitestauksen tuloksista ohjaavien opettajieni ja LEIKO-hoitajien kanssa tein lomakkeeseen muutamia pieniä muutoksia. Pari avointa kysymystä poistettiin kokonaan ja pari ohjauksen sisältöön liittyvää väittämää poistettiin, koska koimme, että niillä ei ollut niin suurta merkitystä. Muut kohdat koimme kuitenkin tarpeellisiksi juuri tätä kyselyä varten. Lopullinen kyselylomake on liitteessä neljä.

6.6 Tutkimuksen eettisyys

Koska tutkimukseen liittyy kyselytutkimusta potilailla, on eettisten kysymysten huomiointi tärkeää. Tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkittavalla on niin halutessaan mahdollisuus pysyä nimettömänä koko tutkimuksen ajan. Yleensä nimettömänä vastaaminen rohkaisee vastaajia puhumaan rehellisemmin ja suorasanaisesti. Mikäli tutkija lupaa, että vastaajan nimettömyys taataan, hänen on tehtävä kaikkensa pitääkseen vastaajan henkilöllisyys salassa. Tutkimusta tehdessä toinen tärkeä seikka nimettömyyden ohella on luottamuksellisuus. Tässä tapauksessa luottamuksellisuudella tarkoitetaan sitä, että vastaajien henkilökohtaisia tietoja ei levitellä ympäriinsä. (Mäkinen 2006, 114–116.)

Henkilöiden ollessa kohteena tutkimuksen teossa on huomiota kiinnitettävä myös tiedonhankintatapoihin ja koejärjestelyihin. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on erityisesti otettava huomioon, miten potilaiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa voi liittyä. Tutkimukseen osallistujalle tulee selvittää kyselyn taustaa ja se, mitä tapahtuu tutkimuksen kuluessa. Tutkimukseen osallistujan tulee olla kykenevä ymmärtämään hänelle informoitu asia, sekä hänen tulee olla pätevä tekemään kypsiä arviointeja. (Hirsjärvi ym. 2005, 26–27.)

Lomakkeen esitestausta tehdessäni otin huomioon nämä edellä mainitut eettiset näkökulmat. Pysin kaikin tavoin säilyttämään potilaiden anonymiteetin ja käsittelemään luottamuksellisesti heidän antamia vastauksia ja palautteita. En missään vaiheessa kysynyt heidän henkilökohtaisia tietojaan ja painotin lisäksi, että kyselyyn vastaami-

nen on täysin vapaaehtoista. Kerroin heille kyselyn taustan ja tarkoituksen sekä kerroin, että kyselyyn vastaaminen ei tule millään tavalla vaikuttamaan heidän saamaansa hoitoon. Kerroin potilaille, että kyselyn vastaukset tulevat vain minun tietouteeni. Kerättyäni ja koottuani palautteen yhteen hävitin aineistomateriaalit silppuroimalla. Esi-
testauksella pyrin saamaan tietoa vain lomakkeen oikeellisuudesta, käyttökelpoisuudesta, tavoitteena ei siis ollut kerätä vielä tietoa LEIKO-toiminnan kehittämiseksi.

6.7 Tutkimuksen luotettavuus

Mittarin luotettavuus on yhtä kuin koko tutkimuksen luotettavuus (Metsämuuronen 2009, 74). Kaikissa tutkimuksissa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, minkä vuoksi joka tutkimuksessa onkin syytä tarkastella sen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2005, 216). Tutkimuksen pätevyydellä eli validiteetilla tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, millä tavalla tutkittavat ovat ymmärtäneet mittarin, kyselylomakkeen ja kysymykset. Mikäli vastaajat eivät ajattelekaan kuten tutkija on oletanut, tulokset vääristyvät. Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan siis käsitteiden, perusjoukon ja muuttujien tarkkaa määrittelyä. Lisäksi on huomioitava, että aineiston keräys ja mittarin kehittäminen on suunniteltu huolella ja varmistuttu, että mittarin kysymykset kattavat koko tutkimusongelman. (Vilka 2007, 161.)

Lomaketta rakentaessani pyrin huolella miettimään, mihin tällä kyselyllä halutaan vastauksia. Tavoitteiden ja tarkoituksen myötä aukenivat myös keskeiset käsitteet. Käsitteiden pohjalta lähdin hakemaan tutkimukselleni taustatietoa ja lähdin rakentamaan kyselylomaketta. Aikaisempia tutkimuksia lukiessani en löytänyt sopivaa mittaria käytettäväksi tähän tutkimukseen. Oli automaattisesti selvää, että tutkimus toteutetaan LEIKO-prosessin käyneillä polvi- ja lonkkaproteesipotilailla, eikä vastaavaa tutkimusta tai mittaristoa löytynyt käytettäväksi. Lähdin rakentamaan lomakkeen kysymyksiä keskeisten käsitteiden ja tutkimusongelmien kautta.

Tutkimukseni ensimmäinen kysymys oli, miten potilaat kokevat leikkausta edeltävän ohjauksen. Tähän kysymykseen mittarissa vastaavat kohdat 4–42. Toinen kysymys oli, mitä mieltä potilaat ovat LEIKO-toiminnasta. Tähän kysymykseen tutkimuksessa pyritään vastaamaan kohdilla 49–51. Kolmas kysymys oli, mitä mieltä potilaat ovat LEIKO-toiminnan tiloista. Tähän kysymykseen vastaavat kohdat 43–48. Lisäksi kyse-

lyn kolme ensimmäistä kysymystä koskevat potilaan esitietoja. Kaikki kyselyn kohdat olen pyrkinyt miettimään niin, että niillä saataisiin vastaus asetettuihin pääkysymyksiin. Lisäksi olen pyrkinyt muotoilemaan kysymykset niin, että ne ovat lyhyitä, selkeitä ja yksiselitteisiä, jotta potilaat ymmärtäisivät ne niin kuin olen ne tarkoittanut. Vastaamisen helpottamiseksi lisäsin kysymysten alkuun selkeät ohjeet vastauskäytännestä.

Laaditun lomakkeen pätevyyden parantamiseksi kyselin mittarin parannusehdotuksia ohjaavilta opettajiltani, työelämäedustajilta ja opponentiltani koko mittarin luomisprosessin ajan. Pätevyyden lisäämiseksi esitetasin kyselylomakkeen LEIKO-potilailla. Saatujen palautteiden ja kehittämisideoiden pohjalta muokkasin kyselylomakkeen lopullisen version.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös reliabiliteetin avulla. Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta ja mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös mittaustulosten toistettavuus, mikä tarkoittaa sitä, että toistettaessa mittaus saman henkilön kohdalla saadaan täsmälleen samat tulokset tutkijasta riippumatta. (Vilkkä 2007, 161.)

Mittarin lopullinen luotettavuus selviää vasta, kun lopullinen tutkimus LEIKO-potilailla pidetään ja saadut vastaukset analysoidaan. Luotettavuudessa kannattaa kuitenkin ottaa huomioon, missä vaiheessa leikkauksen jälkeen kysely toteutetaan. Heti leikkauksen jälkeen potilaat saattavat olla kivuliaita, väsyneitä, huolissaan omasta tai läheisten voinnista tai jaksamisesta, eivätkä välttämättä siitä syystä ole halukkaita ja motivoituneita vastaamaan kyselyyn heti leikkauksen jälkeen. Toisaalta heti leikkauksen jälkeen asiat ovat vielä hyvässä muistissa. Lisäksi paikka, missä kyselyyn vastataan, voi vaikuttaa vastauksiin ja näin ollen koko tutkimuksen luotettavuuteen. Sairaalan potilashuone voi olla rauhaton paikka kyselyyn vastaamiselle. Lisäksi liian monet kysymykset saattavat väsyttää ja turhauttaa potilaan, jolloin vastaaminen jää kokonaan tai lopussa ei jakseta enää keskittyä kunnolla.

7 POHDINTA

Aikaisemmin sairaalaan tultiin jo hyvissä ajoin ennen leikkausta, yleensä edellisenä päivänä, ja sairaalassa oltiin useita päiviä, jopa viikkoja leikkauksen jälkeen. Ikärakenteen muuttumisen myötä leikattavat potilaat ovat yhä vanhempia ja leikkauksia tehdään enemmän kuin ennen. Nykyään hoitotyön haasteena onkin, kuinka saada toiminnasta entistä sujuvampaa ja tehokkaampaa.

Leikkauksen jälkeiset hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet koko ajan tehostetun leikkauksen jälkeisen ohjauksen ja omahoidon ansiosta. Nykyään onkin paneuduttu kiinnittämään entistä enemmän huomiota myös leikkausta edeltävään ohjaukseen ja hoitoaikaan. Vuonna 2000 Keräsen Ulla kävi suunnittelemaan uutta leikkausta edeltävää toimintamallia juuri siksi, että leikkausta edeltävää sairaalassaoloaikaa pystyttäisiin lyhentämään tehostamalla potilaiden ohjausta.

LEIKO-toimintaa on ollut Suomessa nyt kymmenisen vuotta. Toiminta on laajentunut vuosi vuodelta koskemaan eri erikoisaloja ja eri toimintayksiköitä. Tulevaisuuden suuntaus on, että kaikki potilaat voisivat tulla leikkaukseen vasta leikkauspäivän aamuna. Tällä hetkellä toiminnasta on saatu hyviä tuloksia ja uusia tutkimuksia tehdään edelleen ohjauksen laadun ja LEIKO – toiminnan kehittämiseksi.

Savonlinnassa LEIKO – toiminta aloitettiin vuonna 2010, ja toimintaa halutaan koko ajan kehittää ja laajentaa koskemaan kaikkia kirurgian erikoisaloja. Toiminnan ja ohjauksen kehittämiseksi haluttiin toteuttaa potilastyytyväisyyskysely ja luoda sitä varten käytettävä kyselylomake. Saatujen palautteiden perusteella toimintaa ja leikkausta edeltävää ohjausta voidaan entisestään parantaa potilaslähtöisemmäksi.

7.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli luoda potilastyytyväisyyskyselylomake, jonka perusteella saataisiin tietoja, mitä mieltä potilaat ovat LEIKO-toiminnasta ja leikkausta edeltävästä ohjauksesta. Koko prosessi lähti aluilleen joulukuussa 2010, kun lähdin kyselemään mahdollisista LEIKO-toiminnan kehittämisideoista Savonlinnan keskussairaaltalta. Teoreettista viitekehystäustaa ja kyselylomakkeen sisältöä ja rakennetta kokosin tammi–maaliskuussa 2011.

Aikaisempaa tietoa koskien LEIKO-toimintaa löysin suomalaisista lähteistä vain niukasti ja kansainvälisistä lähteistä en ollenkaan. Yhden potilastyytyväisyyskyselylomakkeen löysin liittyen LEIKO-toimintaan, mutta mielestäni se ei ollut tarpeeksi kattava koskien leikkausta edeltävää ohjausta, joten jouduin kokoamaan lomakkeen itse. Koska kyselyä ei ole vielä kertaakaan toteutettu tällä kyseisellä lomakkeella, ei sen luotettavuudesta ole vielä varmuutta. Näin ollen se ei ole myöskään vertailukelpoinen.

Kyselylomakkeen esitestauksen toteutin LEIKO-potilailla viikkojen 12 ja 13 aikana. Esitestauksen jälkeen kokosin kommentit kyselylomakkeesta niin potilailta, vuodeosaston henkilökunnalta kuin ohjaavilta opettajiltani lopullisia lomakkeen muutoksia varten. Esitestauksen palaute jäi melko vähäiseksi, ja kaikki palaute oli pääasiallisesti positiivista, joten pienten korjausehdotusten jälkeen olin hyvin tyytyväinen kehitettyyn kyselylomakkeeseen.

Kyselylomake sopii hyvin mittaamaan LEIKO-potilaiden asenteita heidän saamaansa leikkausta edeltävää ohjausta kohtaan ja ylipäätään siitä, mitä mieltä he ovat LEIKO-toiminnasta. Mielestäni kyselylomakkeen kysymykset vastaavat hyvin tutkimusongelmiin ja kyselyn pohjalta saadaan tarpeeksi tietoa LEIKO-toiminnan kehittämiseksi. Kyselylomakkeen onnistuminen pystytään huomaamaan tarkemmin vasta, kun varsinaisen kyselyn toteutetaan ja tulokset analysoidaan. Lomakkeeseen vastaaminen voi olla joillekin iäkkäämmille henkilöille turhan työlästä tai hankalaa, jolloin kannattaa miettiä, ketkä kaikki potilaat osallistuvat kyselyyn. Toisaalta iäkkäät ihmiset ovat useimmiten niitä, jotka tarvitsevat eniten ohjausta, kannustusta ja tukea, joten heidän mielipiteensä ohjauksesta olisi tärkeä.

Työn tekeminen on ollut mielekästä aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. LEIKO-toiminta oli minulle sinällään jo ennestään tuttua, mutta työn tekemisen myötä aihe on tullut entistä tutummaksi. Aihe on tällä hetkellä erittäin ajankohtainen, mikä on tehnyt siitä entistä mielenkiintoisemman. Työ on edennyt nopeassa tahdissa, mikä on sopinut hyvin omaan aikatauluuni. Yhteistyö ohjaavien opettajieni ja työelämäedustajien kanssa sujui joustavasti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Ohjausta sain tasaisesti koko prosessin ajan.

Työn tekeminen on opettanut paljon erilaisia taitoja, kuten tiedonhakuprosessia, tekstinkäsittelyohjelman käyttöä, tuotekehitysprosessia, mittarin luomista, moniammatti-

lista yhteistyötä, seminaarikäytänteitä jne. Aiheestani on jo tähän mennessä ollut hyötyä myös muille opiskelijoille mm. seminaarien merkeissä, koska LEIKO-toiminta on monelle täysin vierasta ja opinnäytetyöni kautta LEIKO-sana ja -käytänteet ovat tulleet tutuiksi myös muille. Jatkossa on mielenkiintoista saada tietää, kuinka kyselylomake on käytännössä käyttäytynyt ja onko sillä saatu haluttuja palautteita LEIKO-toiminnan kehittämiseksi.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Ensimmäisenä jatkotutkimusehdotuksena tulee tietysti mieleen tämän kyseisen tutkimuksen toteuttaminen LEIKO-potilailla. Jatkossa Savonlinnassa voitaisiin toteuttaa kyseistä tai vastaavaa tutkimusta LEIKO-potilailla aina määrääjoin, jolloin tuloksia pystyttäisiin vertailemaan. Jatkossa tutkimus voisi myös koskea kaikkia LEIKO-potilaita eikä vain polvi- ja lonkkaproteesileikattuja. Olisi mukava myös saada vertailutietoja muista Suomen sairaaloista. Mitä mieltä potilaat muualla ovat LEIKO-toiminnasta ja leikkausta edeltävästä ohjauksesta? Savonlinnan ja Suomen LEIKO-potilailta saatuja tietoja olisi mielenkiintoista myös vertailla ulkomailla tehtyjen tutkimusten kanssa, mikäli vain mahdollista.

Potilaan taustatiedot huomioon ottaen voisi miettiä muitakin ohjausmenetelmiä ohjaukseen mukaan, kun vain suullinen ohjaus ja perinteinen kirjallinen ohjausmateriaali. Joissakin tapauksissa ryhmäohjauskin voisi olla toimiva. Nuoremmat ihmiset taas ovat niin tottuneita käyttämään Internetiä apuna tiedonhankinnassa, että esim. sairaanhoitopiirin sivuille voisi laittaa omat sivunsa ja ohjeistukset, kuinka valmistautua leikkaukseen. Siellä voisi olla myös enemmän tietoa esim. leikkauksesta ja ajasta ennen ja jälkeen leikkauksen.

LÄHTEET

- Alanen, Seija 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.
- Alanko, Arto, Korttila, Kari, Kotilainen, Helinä, Laatikainen, Leila, Lahtinen, Juhani, Nenonen, Mikko, Permi, Jaakko, Punnonen, Heikki, Rihkanen, Heikki, Tenhunen, Anssi & Toivonen, Juhani 1998. Päiväkirurgia. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Alho, Seija & Nylund, Arja 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Erikoissairaanhoidolaki 1989. www-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Päivitetty 17.9.2004. Luettu 7.2.2011.
- Haapoja, Elina, Kuusniemi, Kristiina, Pihlajamäki, Kalevi & Virolainen, Petri 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. Finnanest 3, 232.
- Hautakangas, Anna-Liisa, Horn, Tarja, Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: Werner Söderström Oy.
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Hentinen, Maija & Kyngäs, Helvi 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, Eila, Johansson, Kirsi, Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Mari-ta & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hyvinkään Leiko avattiin – tilat toiminnan ehdoilla 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. www-dokumentti.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,14828,14829,7967,14862,23216>. Päivitetty 16.6.2008. Luettu 8.1.2011.
- Hyvinkään sairaalan uusi LEIKO-yksikkö avattiin 2006. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. www-dokumentti.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,11215,14613>. Päivitetty 21.9.2006. Luettu 8.1.2011
- Hämäläinen, Marja 2003. Valmistelut osastolla ja leikkaussalissa. Suomen sairaalahygienialehti 3, 117.

- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Ivonen, Irma 2003. Leikkaukseen kotoa – toiminta Hyvinkään sairaalassa. *Spirium* 4, 22-23.
- Ikonen, Sirpa & Sahlberg, Eija 2011. Haastattelu 3.1.2011. Osastonhoitaja ja sairaanhoitaja. Savonlinnan keskussairaala..
- Jokinen, Tapani 2001. Tuotekehitys. Helsinki: Otatieto Oy.
- Junttila, Kristiina, Lamberg, Eija, Salanterä, Sanna & Suhonen, Riitta 2010. Tutkimus ja käytäntö kehittävät perioperatiivista hoitotyötä. *Pinsetti* 1, 27.
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Järvi, Ulla 2008. Kotisohvalta leikkauspöydälle, hop. *Lääkärilehti*. www-dokumentti. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcod=e=show/news_id=5434/type=1. Päivitetty 10.1.2008. Luettu 8.1.2011.
- Kallio, Arja, Korte, Ritva, Lukkari, Liisa & Rajamäki, Aira 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.
- Karjalainen, Essi, Keränen, Ulla, Pitkänen, Pertti & Tohmo, Harri 2008. Leikkaukseen kotoa – malli soveltuu valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. *Suomen lääkirilehti* 45, 3888, 3890-3891.
- Kauppinen, Anna & Räsänen, Laura 2010. Leikkaukseen kotoa – LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen Keskussairaalassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Keränen, Ulla 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim* 122, 1413.
- Keränen, Ulla, Keränen, Jaana & Wäänänen, Ville 2006. LEIKO – prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkirilehti* 36, 3603-3605.
- Keränen, Ulla, Tohmo, Harri & Soirinsuo, Matti 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) – toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. *Suomen lääkirilehti* 36, 3563.
- Kotilainen, Helinä & Räikkönen, Outi 2008. Käyttäjien arvioita päiväkirurgisten yksiköiden tiloista. Stakesin raportteja 6/2008.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995. Helsinki: Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. www-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Päivitetty 30.6.2000. Luettu 2.2.2011.

LEIKO – prosessikuvaus 2010. Lonkka- / polvitekonivelleikkauspotilaan LEIKO – prosessi. Kirurgian poliklinikka. Savonlinnan keskussairaala.

Leino-Kilpi, Helena & Vuoreneimo, Jaana 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Lipponen, Kaija 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja 10, 22.

Lucas, Brian 2007. Preparing patients for hip and knee replacement surgery. Nursing Standard 2, 51-54.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 10, 3.

Patteri, Marja 2005. Tekonivelpotilaiden fysioterapia Pirkanmaalla. Fysioterapia 4, 17-18.

Paunonen, Tarja 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa – Laadullinen tutkimus päiväkirurgisen polventähystyspotilaan kokemuksista, odotuksista ja tarpeista hoitoketjun eri vaiheissa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rauhasalo, Anneli 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Roikonen, Laura 2010. Kotoa leikkaukseen Kysin malli 2010. Kuopion yliopistollinen sairaala.

Salo, Sirpa (toim.) 1991. LAATU – Laadunvarmistus terveydenhuollossa. Helsinki: Sairaaliitto.

Tohmo, Harri 2010. Miten Leiko – toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 4, 311.

Viitamäki, Rita 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITE1. Haastattelu LEIKO-toiminnasta

Sirpa Ikosen ja Eija Sahlbergin haastattelu Savonlinnan LEIKO - toiminnasta 3.1.2011

1. Milloin LEIKO - toiminta aloitettiin Savonlinnassa?
2. Miten toiminta sai alkunsa?
3. Millaisia potilaita on LEIKO - potilaina?
4. Kuka päättää ja millaisin kriteerein kuka voi olla LEIKO - potilas?
5. Millainen on LEIKO - potilaan hoitoprosessi?
6. Millaista preoperatiivista ohjausta potilas saa?
7. Mitä LEIKO - yksikössä tapahtuu?
8. Millaiset tilat LEIKO - yksiköllä on käytössä?
9. Millainen työryhmä vastaa LEIKO - potilaista?
10. Kuinka monta LEIKO – potilasta operoidaan viikossa?
11. Mitkä ovat tulevaisuuden suunnitelmat LEIKO – toiminnan suhteen Savonlinnassa?

SAATEKIRJELMÄ

Hyvä kyselytutkimukseen osallistuja,

Olette vastaamassa Mikkelin ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijan opinnäytetyönä tekemään kyselyyn. Kysely koskee ”leikkauksen kotoa” - (LEIKO) toimintaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Kyselyllä halutaan saada tietoa mitä mieltä te olette leikkausta edeltävästä ohjauksesta ja LEIKO – toiminnasta ylipäätään. Vastauksenne ja mielipiteenne ovat meille erityisen tärkeitä, koska niiden pohjalta ohjausta ja toimintaa pystytään jatkossa kehittämään.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajia ei pysty tunnistamaan missään tiedon käsittelyn vaiheessa, eikä kyselyyn vastaaminen vaikuta millään tavalla saamaanne hoitoon.

Kiitämme teitä osallistumisesta!

Sari Pölönen
Sairaanhoitajaopiskelija
Mikkelin ammattikorkeakoulu
Savonlinna

OHJAUKSEN SISÄLTÖ

Seuraavassa esitetään väittämiä saamastanne ohjauksen sisällöstä ennen leikkausta.

Ympyröikää sopivin vaihtoehto:

1 = en tarvinnut tietoa, 2 = en lainkaan, 3 = liian vähän, 4 = jonkin verran, 5 = riittävästi.

Ennen leikkausta sain tietoa seuraavista asioista:

	En tarvinnut tietoa	En lainkaan	Liian vähän	Jonkin verran	Riittävästi
8. Tulevasta leikkauksesta	1	2	3	4	5
9. Leikkaavasta lääkäristä	1	2	3	4	5
10. Leikkaukseen valmistautumisesta	1	2	3	4	5
11. Leikkausta edeltävistä tutkimuksista	1	2	3	4	5
12. Ihon hoidosta	1	2	3	4	5
13. Infektioiden ehkäisystä	1	2	3	4	5
14. Ravinnotta olost	1	2	3	4	5
15. Sairaalaan saapumisesta leikkausaamuna	1	2	3	4	5
16. Leikkauspäivän tapahtumista	1	2	3	4	5
17. Esilääkkeen tarkoituksesta	1	2	3	4	5
18. Leikkauksen jälkeisestä voinnista	1	2	3	4	5
19. Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	1	2	3	4	5
20. Kotona tapahtuvasta hoidosta	1	2	3	4	5
21. Sairasloman pituudesta	1	2	3	4	5
22. Mihin voin tarvittaessa ottaa yhteyttä jos tulee kysyttävää	1	2	3	4	5

23. Mistä asioista olisitte kaivanneet lisää tietoa / ohjausta?

KIRJALLISET JA SUULLISET OHJEET

Seuraavat väittämät koskevat saamianne ohjeita ennen leikkausta. Ympyröikää sopivin vaihtoehto.

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------|----|
| 24. Ennen leikkausta saamani kirjalliset ohjeet olivat selkeät. | Kyllä | Ei |
| 25. Ennen leikkausta saamani suulliset ohjeet olivat ymmärrettävät. | Kyllä | Ei |
| 26. Sain riittävästi ohjausta ennen leikkausta. | Kyllä | Ei |
| 27. Saamani ohjaus oli oikein ajoitettu. | Kyllä | Ei |

28. Jos vastasitte johonkin edellä olevaan väittämään ei, niin miksi ei?

OHJAUSTILANNE

Seuraavat osiot koskevat ohjaustilannetta sairaanhoitajan kanssa päiväkirurgian yksikössä, noin pari viikkoa ennen leikkausta. Ympyröikää sopivin vaihtoehto:

1 = ei lainkaan, 2 = liian vähän, 3 = jonkin verran, 4 = riittävästi.

	Ei lainkaan	Liian vähän	Jonkin verran	Riittävästi
29. Ohjaaja oli asiantunteva.	1	2	3	4
30. Ohjaaja oli hienotunteinen.	1	2	3	4
31. Ohjaaja oli kiinnostunut ohjauksestani.	1	2	3	4
32. Ohjaaja motivoi ja kannusti minua.	1	2	3	4
33. Sain vapaasti kysyä mieltäni. askarruttavia asioita	1	2	3	4
34. Toiveitani kuunneltiin.	1	2	3	4
35. Ohjaustilanne tuntui luottamukselliselta.	1	2	3	4

36. Mitä olisimme voineet tehdä toisin ohjauksen suhteen?

LEIKO-TOIMINNAN TILAT

	Ei lainkaan	Liian vähän	Jonkin verran	Riittävästi
37. Vastaanotto sairaalaan tullessa oli miellyttävä	1	2	3	4
38. Odotus- ja vastaanottotilat olivat viihtyisät	1	2	3	4
39. Yksityisyyttäni kunnioitettiin	1	2	3	4
40. Ilmapiiiri oli myönteinen	1	2	3	4
41. Hoitoympäristö oli kiireetön	1	2	3	4
42. Tila, jossa sain ohjausta, oli rauhallinen	1	2	3	4

43. Jos tulisin uudestaan leikkaukseen, haluaisin silloinkin

tulla sairaalaan leikkausamuna.

Kyllä

Ei

44. Minkä kouluarvosanan (4 – 10) antaisitte LEIKO-toiminnalle? _____

45. Kehittämisehdotuksia LEIKO-toiminnalle:

Kiitos vastauksistanne!

PALAUTETTA KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUKSESTA

- 1. Onko lomake selkeä?**
- 2. Ovatko kysymykset ja vastausvaihtoehdot yksiselitteisiä?**
- 3. Vastaavatko vastausvaihtoehdot kysymyksiin?**
- 4. Miten raskasta kyselyyn vastaaminen on?**
- 5. Paljonko vastaamiseen kului aikaa?**
- 6. Mitä olennaista jäi puuttumaan?**
- 7. Oliko jotain turhaa?**
- 8. Muita kehittämisideoita?**

