

Kirurgisen potilaan kotiutus- hoitajan osaamisen kartoitus Keski-Suomen keskussairaalassa

Hannah Enke
Jenni Olli

Opinnäytetyö
Toukokuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Enke, Hannah Olli, Jenni	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Toukokuu 2020
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kirurgisen potilaan kotiutushoitajan osaamisen kartoitus Keski-Suomen keskussairaalassa		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Grommi, Salla; Ratinen, Pirkko		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, kirurgian poliklinikka		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sairaaloiden vähentäessä osastopaikkoja säästötoimintojen vuoksi on päiväkirurgian ohelle syntynyt uusi toimintamalli, jossa potilas kotiutuu 23h sisällä leikkauksesta. Tämän hoitomallin tavoitteena on lisätä potilaan hoidon turvallisuutta ja laatua. Maaliskuussa 2018 Keski-Suomen keskussairaalassa aloitti toimintansa uusi kotiutusyksikkö, jossa potilas voi kotiutua leikkauksen jälkeen viimeistään seuraavana aamuna. Kotiutusyksiköstä käytetään keskussairaalassa nimeä heräämöstä kotiin eli Herko.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä osaamisen kartoitus Herkon kotiutusyksikössä työskenteleville kotiutushoitajille. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulosten avulla työnantaja voi kehittää kotiutushoitajien osaamista, osaston toimivuutta ja kotiutusprosessin sujuvuutta kohti uutta sairaala Novaa.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä, jossa oli 32 kysymystä. Kysely lähetettiin 20 kotiutusyksikön sairaanhoitajalle. Kyselyn vastausprosentti oli 70%. Aineisto analysoitiin kvantitatiivista menetelmää käyttäen. Avoimet kysymykset toimivat määrällisen tutkimuksen tarkennuksina.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että suurin osa sairaanhoitajista koki osaamisensa hyväksi. Kyselyyn vastaajat toivoivat lisäkoulutusta vieraampiin erikoisaloihin ja yleisesti oman osaamisen päivittämistä ajantasaisilla koulutuksilla. Hankalaksi koettiin muun muassa potilaiden ruuhkautuminen iltpäiviin, sekä hoito- ja potilasohjeiden sijaitseminen epäloogisissa paikoissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Herko, kotiutusyksikkö, osaamisen kartoitus, sairaanhoitaja		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet) .		

Author(s) Enke, Hannah Olli, Jenni	Type of publication Bachelor's thesis	Date May 2020
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 40	Permission for web publication: x
Title of publication Outlining surgical patients' discharge nurses' skills in Central Finland Central Hospital		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Grommi, Salla; Ratinen, Pirkko		
Assigned by Central Finland Health Care District, Surgery Outpatient Clinic		
<p>Abstract</p> <p>As hospitals are reducing ward space due to cost-saving operations, a new approach has emerged alongside day surgery, where the patient is discharged within 23 hours of surgery. The purpose of this treatment model is to increase the safety and quality of patient care. In March 2018, the Central Hospital of Central Finland launched a new home discharge unit where the patient can return home after surgery on the following morning at the latest. The discharge unit in the Central Hospital is called Herko.</p> <p>The purpose of the thesis was to carry out a skills survey for the nursing staff working at the Herko discharge unit. The aim was that the results of the thesis would enable the assignor of the thesis to develop the skills of the discharge nursing staff, the efficiency of the ward and the smoothness of the discharge process especially with the prospect of the new hospital Nova.</p> <p>The data for the thesis was collected by using an online Webropol survey with 32 questions. The questionnaire was sent to 20 nurses of the discharge unit. The response rate of the survey was 70%. The data were analyzed using a quantitative method. The open questions served as elaborations of the quantitative results.</p> <p>According to the results, most of the nurses found their skills good. The respondents hoped for further training in more specialized areas and, in general, the updating of their competence by means of in-service training. Among other things, the congestion of patients in the afternoons and the placement of care and patient instructions in illogical places were considered troublesome.</p>		
Keywords/tags (subjects) Herko, discharge unit, mapping skills, nurse		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Kirurgisen potilaan hoitopolku.....	4
2.1	Kirurgisen hoitotyön prosessi.....	4
2.2	Heräämöstä kotiin (Herko).....	4
2.3	Päiväkirurgia (Päiki)	4
2.4	Leikkaukseen kotoa (Leiko)	5
3	Kotiutushoitaja.....	5
3.1	Kotiutushoitajan määritelmä	5
3.2	Kotiutushoitajan työnkuva	6
3.3	Potilaan seuranta heräämössä	7
3.4	Potilaan seuranta kotiutusyksikössä	9
3.5	Potilasohjaus	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	14
5	Tutkimuksen toteuttaminen	14
5.1	Tutkimusmenetelmä	14
5.2	Toimeksiantaja ja kohderyhmä	15
5.3	Aineistonkeruu kyselytutkimuksella	15
5.4	Aineiston analysointi	16
6	Tulokset	17
6.1	Taustatiedot	17
6.2	Kotiutushoitajan osaaminen	17
6.3	Potilaan seuranta	18
6.4	Potilasohjaus ja kotiuttaminen.....	22
6.5	Avoimet kysymykset.....	23
7	Pohdinta.....	24
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	24
7.2	Kvantitatiivisen analyysin luotettavuus.....	24
7.3	Kyselyn luotettavuus	25

	2
7.4 Kyselyn eettisyys	25
7.5 Tulosten tarkastelu	26
7.6 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	29

Lähteet	31
----------------------	-----------

Liitteet	35
-----------------------	-----------

Liite 1. Saatekirje.....	35
Liite 2. Kysely	36
Liite 3. Muuttujaluettelo.....	38

Kuviot

Kuvio 1. Kipumittarit (Duodecim Oppiportti 2018.)	10
---	----

Taulukot

Taulukko 1. ISBAR-tarkistuslista (Ervast 2013.)	9
Taulukko 2. Herko-potilaan kotiutuskriteerit (Mukaillen Kotiutuminen 2019.) ..	10
Taulukko 3. Potilaan tietojen saaminen ja potilasturvallisuus	18
Taulukko 4. Erikoisalojen osaaminen	19
Taulukko 5. Kivunhoito	20
Taulukko 6. Katetroinnin ohjaus.....	21
Taulukko 7. Potilasohjausosaaminen	22
Taulukko 8. Työyksikön tietoperustan kehittäminen	23

1 Johdanto

Leikkaustekniikoiden kehittyessä kansainvälinen tavoite on, että 75% leikkauksista suoritettaisiin niin, että potilas kotiutuisi 23h sisällä leikkauksesta (Verma, Alladi, Jackson, Johnston, Kumar, Page, Smith, Stocker, Tickner, Williams & Young 2011). Sairaaloiden vähentäessä osastopaikkoja säästötoimintojen vuoksi on päiväkirurgian ohelle syntynyt uusi toimintamalli, jossa potilas kotiutuu 23h sisällä leikkauksesta. Tämän hoitomallin tavoitteena on lisätä potilaan hoidon turvallisuutta ja laatua. (Ruoahoaho 2016, 1098.) Maaliskuussa 2018 Keski-Suomen keskussairaalassa aloitti toimintansa uusi kotiutusyksikkö, jossa potilas voi kotiutua leikkauksen jälkeen viimeistään seuraavana aamuna. Kotiutusyksikkö tunnetaan Keski-Suomen keskussairaalassa sekä Suomen muissa sairaaloissa nimellä heräämöstä kotiin eli Herko. Herko-potilaan kotiutumiskriteerit ovat samat kuin päiväkirurgisen potilaan. Herko-toiminnalla halutaan lyhentää osastojen kuormitusta ja lyhentää potilaiden sairaalassa oloaikaa, pienentäen näin sairaalabakteerien tartuntavaaraa ja nopeuttaa toipumista. (Leikkauspotilaat voidaan kotiuttaa 12.3.2018 alkaen suoraan heräämöstä kotiin.)

Herko-toiminnassa potilasohjaus ennen leikkausta on suuressa asemassa. Lääkärit laativat potilaalle valmiiksi tarvittavat reseptit, sairaslomatodistuksen ja jatkohoito-ohjeet, jotka käydään kotiutusyksikössä työskentelevän sairaanhoitajan kanssa läpi. Sairanhoitajan on osattava hoitaa jokaisen erikoisalan potilasta, joka kotiutusyksikköön saapuu. (Leikkauspotilaat voidaan kotiuttaa 12.3.2018 alkaen suoraan heräämöstä kotiin.) Herko-toiminta on laajentunut useampaan sairaalaan Suomessa. Herko-toimintaa on tutkittu eri sairaalassa potilaan kokemana, mutta osaamisen kartoitusta Keski-Suomen keskussairaalan työntekijöille ei ole vielä tehty. Tällä opinnäytetyöllä pyritään löytämään kehittämistä vaativat asiat Herko-toiminnassa, jotta sitä voidaan kehittää kohti uutta sairaala Novaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä osaamisen kartoitus Herkon kotiutusyksikössä työskenteleville kotiutushoitajille. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulosten avulla työnantaja voi kehittää kotiutushoitajien osaamista, osaston toimivuutta ja kotiutusprosessin sujuvuutta kohti uutta sairaala Novaa.

2 Kirurgisen potilaan hoitopolku

2.1 Kirurgisen hoitotyön prosessi

Potilaan kirurginen hoitoprosessi alkaa siitä, kun potilaasta tehdään lähete erikoissairaanhoidon pariin leikkausarviota varten. Erikoislääkäri tekee leikkauspäätöksen lähetteen tai poliklinikkakäynnin perusteella, jonka jälkeen potilas asetetaan leikkaukseen. (Turunen 2018, 13.) Leikkauksen kiireellisyyden määrittelee kirurgi (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 17).

2.2 Heräämöstä kotiin (Herko)

Herko-toiminnan periaate on kotiuttaa potilas kotiutusyksikön kautta 23h sisällä, viimeistään seuraavana aamuna. Herko on melko uusi leikkaushoidon malli, jonka pää tavoitteet ovat lisätä hoidon turvallisuutta ja laatua. Oleellinen asia Herko-toiminnassa on sairaalassa vietetyn ajan lyhentäminen. Herko tunnetaan Suomessa myös nimityksillä lyhythoitoinen kirurgia eli Lyhki ja seurannasta kotiin eli Seuko. (Ruoahoaho 2016.) Herko-toiminta tuo kustannussäästöjä, sillä toiminnan avulla vuodeosastojen kuormittuvuus vähentyy ja hoitoprosessi nopeutuu sekä parantuu. On myös tutkittu, että potilaat haluavat viettää sairaalassa mahdollisimman vähän aikaa ja kotiutua nopeasti. (Martikainen & Musialowics 2015.) Herko-potilas saapuu toimenpiteenä preoperatiiviseen yksikköön ja tavoitteena on että, kotiutuminen tapahtuu viimeistään seuraavana aamuun mennessä. Herko-potilaan kotiutumiskriteerit ovat samat kuin päiväkirurgisen potilaan. Herko-toiminnalla halutaan lyhentää osastojen kuormitusta ja lyhentää potilaiden sairaalassa oloaikaa, pienentäen näin sairaalabakteerien tartuntavaaraa ja nopeuttaa toipumista. (Leikkauspotilaat voidaan kotiuttaa 12.3.2018 alkaen suoraan heräämöstä kotiin 2018.)

2.3 Päiväkirurgia (Päiki)

Päiväkirurginen potilas saapuu leikkauksyksikköön aamulla ja lähtee saman päivän aikana kotiin. Päiväkirurgisessa toimenpiteessä ennalta annettava ohjaus on erittäin

suuressa roolissa. Potilaan on täytettävä niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisiaakin valintakriteereitä, jotta hän voi olla päiväkirurginen potilas. Fyysisissä valintakriteereissä tarkastellaan potilaan toimintakykyä ja ASA-luokitusta. Psyykkisissä valintakriteereissä tarkastellaan potilaan motivaatiota leikkauksen suhteen ja yhteistyökykyä. Sosiaalisten valintakriteerien täyttyminen vaatii, että potilaalla on seurana aikuinen ihminen, joka huolehtii tästä kotona seuraavaan päivään saakka. (Karma ym. 2016, 18.) ASA-luokitus eli American Society of Anesthesiologist yhdistyksen laatima luokitus, jolla kuvataan potilaan fyysistä kuntoa ja anestesian aiheuttamia riskejä (Lääketieteen termit n.d.). Päiväkirurginen potilas pyritään saamaan mahdollisimman nopeasti liikkeelle ja syömään välipalaa. Päiväkirurgisen potilaan on täytettävä samat kriteerit kuin Herko-potilaan ennen kotiuttamista. (Kotiutuminen 2019.)

2.4 Leikkaukseen kotoa (Leiko)

Leiko eli leikkaukseen kotoa toimintamallissa potilaat tulevat sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle tai suoraan preoperatiiviseen yksikköön leikkauspäivän aamuna. Potilas saa ohjauksen leikkaukseen valmistautumiseen ennakoon sairaanhoitajalta joko poliklinikalla tai puhelimitse. Leikkauksen jälkeen potilasta seurataan heräämössä, josta tämä siirtyy vuodeosastolle. (Tulo sairaalaan 2019.) Potilas kotiutuu kirurgiselta vuodeosastolta, kun vointi sallii ja kotiutuskriteerit täyttyvät. Osastolta kotiutuminen vie keskimäärin 1-3 päivää. (Kotiutuminen 2019.)

3 Kotiutushoitaja

3.1 Kotiutushoitajan määritelmä

Herkon kotiutusyksikössä työskentelee sairaanhoitajia. Sairaanhoitajan tutkinnon rakennetta määrittelee ammattipätevyysdirektiivi, kansalliset opetus- ja kulttuuriministeriöt sekä sosiaali- ja terveysministeriö säädöksineen, ohjeineen ja suosituksineen. Laajojen asiantuntijatyöryhmien johdolla sairaanhoitajien suuntautumisvaihtoehtoja pyritään saamaan tasalaatuisia ja vertailukelpoisia. Sairaanhoitajakoulutuksen

laajuus on 210 opintopistettä, joka sisältää 180 opintopistettä perusopintoja sekä lisäksi 30 opintopistettä suuntaavia opintoja. Opiskelijat valitsevat itse opintojen loppuvaiheessa suuntautumisvaihtoehtonsa. Näitä ovat perioperatiivinen hoitotyö, sisätauti-kirurginen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdehoitotyö, gerontologinen hoitotyö, lasten ja nuorten hoitotyö sekä perhehoitotyö. (Karma ym. 2016, 12-13.)

3.2 Kotiutushoitajan työnkuva

Kotiutusyksikössä toimivan sairaanhoitajan on osattava ottaa huomioon potilaan fyysinen ja henkinen toipuminen leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitajan täytyy osata perustella toimintojaan, niin potilaalle kuin omaisille. Tämän takia sairaanhoitajan on omattava hyvät sosiaaliset taidot, teknisten taitojen lisäksi. (Hamlin, Davies, Richardson-Tench & Sutherland-Fraser 2017, 4.) Britanniassa on kehitetty potilaan vitalielintoimintojen seuranta varten NEWS-pisteytys eli National Early Warning Score. NEWS-pisteiden on arvoitu pelastaneen noin 6000 henkeä joka vuosi. Pisteytyksen avulla voidaan tunnistaa ajoissa muun muassa mahdollinen sepsis eli verenmyrkytys. (Tucker & Lusher 2018, 76-79.) Potilaan peruselintoimintojen arvioinnista on tehty useita tutkimuksia. Näissä on todettu, että potilaiden vitalielintoimintoja arvioidaan usein puutteellisesti. Elvytystilanteita edeltää yleensä tunteja kestäneet häiriöt elintoiminnoissa. NEWS-pisteytyksessä potilaasta arvioidaan tämän hengitystaajuus, happisaturaatio, verenpaine, syke, tajunnan taso, lämpötila sekä lisähapen käyttö. (Karjalainen, Norrgård, Peltomaa, Pirneskoski, Rantala & Tirkkonen 2018, 786-788.)

Sairaanhoitajalla on monipuolinen toimenkuva kotiutusyksikössä. Se sisältää:

- potilaiden seuranta
- raportointia ja kirjaamista
- lääkehoitoa
- virtsanmittauksia
- katetrien poistoja
- dreenieritteiden mittauksia
- nenätamponien poistoja
- ylösnousussa avustamisia (rintaleikatut)
- liikkeelle kannustamista

-potilaiden kotiutuskriteerien täyttymisten seuranta

-potilaiden kotiuttamista ja siirtämistä jatkohoitoon. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.)

Kotiutusyksikössä toimivan sairaanhoitajan vastuulla on arvioida potilaan kotiutuskriteerien täytyminen ja kotona selviytyminen. Sairaanhoitajan on kyettävä ohjaamaan potilasta lyhyen ajan sisällä niin, että potilas ymmärtää ja osaa toimia kotiutuessaan annettujen ohjeiden mukaan. (Karma ym. 2016, 179.) Kotiutusyksikössä toimitaan laaja-alaisesti eri erikoisalojen kanssa. Näitä ovat muun muassa käsikirurgia, neurokirurgia, ortopedia ja traumatologia, plastiikkakirurgia, rintaelinkirurgia, urologia, vatsaelinkirurgia, gynekologia, silmätaudit, gastroenterologia, hammas-, suu- ja leukakirurgia ja korva-, nenä- ja kurkkutaudit. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri n.d.)

3.3 Potilaan seuranta heräämössä

Heräämössä työskentelevä sairaanhoitaja tarkkailee potilaan postoperatiivista toipumista niin nukutuksesta kuin puudutuksestakin (Karma ym. 2016, 182). Heräämössä potilaasta tarkkaillaan hengitystä, verenkiertoa, lämpötilaa, tajuntaa, lihastoimintaa, leikkaushaavaa ja sen vuotoa, nestetasapainoa, virtsaneritystä, pahoinvointia ja kipua. Sairaanhoitaja kirjaa ja raportoi potilaan toipumisen ja voinnin edistymisestä. (Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle: Hoitotyön suositus 2012, 7.)

Leikkauksen jälkeen tajunnan tasoa ja lihastoimintaa valvotaan. Heräämössä tavoitteena on sujuva ja normaalilla hengitystiheydellä hengittävä potilas, jonka happisaturoatio on pienimmillään 95% lisähapen kanssa. Potilaan tulee ymmärtää ja pystyä noudattamaan annettuja ohjeita ja toimimaan näiden mukaan. (Käsikirja potilaan turvallisesta siirrosta vuodeosastolle: Hoitotyön suositus 2012, 11-14.) Potilaan tajunnan tasoa selvitetään keskustelemalla ja kyselemällä, samalla nähdään hänen orientoitumisensa leikkauksen jälkeen. Lihastoiminnan palautumisessa potilaalta seurataan puudutuksen häviämistä, lihasvoiman palautumista ja tuntorajoja. Potilaan lämpötasapainosta postoperatiivisessa vaiheessa tulee huolehtia, koska leikkauksen jälkeen voi esiintyä hypotermiaa. (Karma ym. 2016, 182.) Normaalilämpö edistää leik-

kauksesta toipumista. Lämmön tulee olla normaalilla tasolla ennen siirtymistä jatko-
hoitoon heräämöstä. (Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta
siirrosta vuodeosastolle: Hoitotyön suositus 2012, 19-20.)

Sairaanhoitaja seuraa siirtokriteereiden täyttymistä ennen kuin potilas siirtyy koti-
utusyksikön puolelle. Siirtokriteereitä ovat potilaan toipuminen anestesiasta ja vitaa-
lielintoimintojen monitoroinnin päättäminen. Potilaalle tulee riittävä kivunhoidoksi
suun kautta otettavat lääkkeet. Potilaan tajunnantaso ja motoriikka ovat leikkausta
edeltävällä tasolla, pahoinvointia ei ole ja lämpötila on normaali. Leikkaushaavan si-
dos tulee tarkistaa, ettei tämä eritä. Potilaan virtsarakolle tehdään tarvittaessa ultra-
äänitutkimus virtsamäärän selvittämiseksi. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019.)

Potilaan verenkierron, nestetasapainon ja virtsanerityksen on oltava mahdollisimman
lähellä leikkausta edeltävää tasoa. Verenkiertoa tarkkailtaessa katsotaan, että veren-
paine, syke ja pulssi ovat potilaalle tavanomaisia. Ennen potilaan siirtymistä selvite-
tään leikkauksen aikainen nesteytys, rakon täyttyminen ja viimeisin virtsaamiskerta.
Tuntidiureesin tulee olla noin 0,5-1ml/kg. (Käsikirja potilaan heräämövaiheen seuran-
nasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle: Hoitotyön suositus 2012, 7-10.) Erä-
miehen (2017) mukaan terveen aikuisen nestetarve, on 25-35ml/kg.

Viestinnän merkitys terveydenhuollossa on lisääntynyt, koska terveydenhuollon jär-
jestelmät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi. ISBAR on kansainvälinen viestintä-
tapa, joka on eniten tutkittu muistisääntö terveydenhuollon raportoinnissa. (Metsä-
vainio & Tamminen 2015, 338-340.) ISBAR-tarkistuslista käytetään kansainvälisesti
leikkaussaleissa ja osastoilla. Potilaan siirtyessä heräämöstä kotiutusyksikköön tai
muualle jatkohoitoon on potilaasta annettava raportti. (Hamlin ym. 2017, 335.) Tar-
kistuslistan mukaan annettu suullinen raportti välittää selkeästi seuraavalle hoitoyk-
sikölle tai ammattiryhmälle potilaan tärkeimmät tiedot. ISBAR-tarkistuslistassa on
viisi kohtaa (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. ISBAR-tarkistuslista (Ervast 2013.)

Identify Tunnista	-Oma nimi, ammatti, yksikkö -Potilaan nimi, ikä, sosiaalitytunnus
Situation Tilanne	-Raportoinnin syy
Background Tausta	-Nykyiset ja aikaisemmat oleelliset sairaudet sekä allergiat -Tartuntavaara ja eristys
Assesment Nykytilanne	-Vitaalielintoiminnot -Potilaan vointi
Recommendation Toimintaehdotus	Ehdota -tarkkailun lisääminen -toimenpide -siirtoa toiseen yksikköön

Henkilöstön tehokas tiedonvälitys takaa hoidon jatkuvuuden sekä parantaa ja vahvistaa hoidon laatua. Potilaan siirtyminen toiseen yksikköön voi vaarantaa potilaan turvallisuuden, jos tiedonsiirrosta tapahtuu virhe. Vuoronvaihdon aikana tapahtuu suurin osa hoidon kriittisistä virheistä. (Schmidt, Kocher, Mahendran & Denece 2019, 224.) ISBAR-tarkistuslista tehostaa potilasturvallisuutta (Ervast 2013). Työyksikössä tulee kiinnittää huomiota epäkohtiin ja riskitekijöihin, jotka voivat vaarantaa potilasturvallisuuden. Potilaiden turvallisuutta voidaan parantaa kiinnittämällä työyksikön työturvallisuuteen enemmän huomiota. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 14-15.)

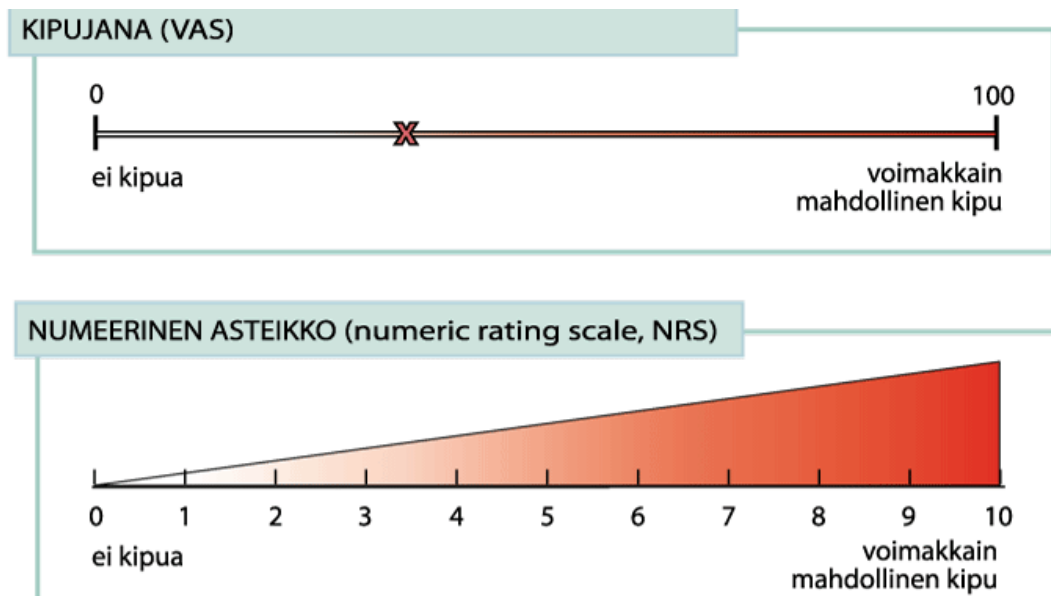
3.4 Potilaan seuranta kotiutusyksikössä

Kotiutusyksikössä seurataan potilasta, kunnes kotiutuskriteerit täyttyvät (ks. Taulukko 2). Herko-potilaan kotiutuskriteerit ovat samat kuin päiväkirurgisen potilaan kotiuttamisen kriteerit.

Taulukko 2. Herko-potilaan kotiutuskriteerit (Mukaillen Kotiutuminen 2019.)

Verenkierto: Potilaan syke, verenpaine on oltava vakaa.
Tajunnantaso: Potilas on orientoitunut paikkaan ja aikaan, sekä pystyy vastaanottamaan ohjausta.
Kipu: Kivun on oltava hallinnassa ja kotona saatavilla olevat kipulääkkeet riittävät.
Pahoinvointi: Ei saa olla enää pahoinvointia joka vaatii lääkitystä.
Syöminen ja juominen: Potilaan on pystyttävä syömään ja juomaan.
Liikkuminen: Potilas kykenee liikkumaan tuettuna tai ilman tukia.
Virtsaaminen: Ennen kotiutusta tulisi pystyä virtsaamaan.
Hakija/seuralainen: Potilaan tulee kotiutua aikuisen ihmisen seuraan joka on tämän kanssa seuraavaan aamuun saakka.

Kipu on yksilöllinen kokemus, joka pitää aina huomioida. Potilaan kivun kokemista, ilmaisemista ja käyttäytymistä tulee arvioida. Arvioinneissa tulee käyttää apuna kipumittaria (ks. Kuvio 1).



Kuvio 1. Kipumittarit (Duodecim Oppiportti 2018.)

Kipumittarin käyttö ohjataan potilaalle ja samaa mittaria pyritään käyttämään koko hoitojakson ajan. Kivunhoitoa tulee toteuttaa ja sen vaikuttavuutta arvioida. Kivunhoidossa voidaan hyödyntää niin lääkkeellistä kuin myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. (Karma ym. 2016, 182.)

Potilaalle ohjataan lääkärin määräämä kipulääkitys kotiin ennen tämän kotiutumista ja varmistetaan, että hänellä on kipu hallinnassa (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri n.d.). Akuutin kivun tehokas hoitaminen on yksi leikkauspotilaan hoidon perusteista. Kivun on joskus ajateltu olevan valitettava, mutta normaali sivuvaikutus leikkauksesta, jolla ei olisi vahingollisia vaikutuksia sairastuneelle. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että kivun huonolla hoitamisella on vaikutus mm. aineenvaihduntaan, toipumisen viivästymiseen, pidentyneisiin sairaalajaksoihin ja kipu voi kehittyä krooniseksi kivuksi. Tehokas kivunhoito nopeuttaa leikkauksesta toipumista. (Hamlin ym. 2017, 347.) Leikkauksen jälkeen kotiutusyksikössä seurataan potilaan haavakipua, verenvuotoa, kudoseritteiden määrää, tyyppiä ja väriä. Leikkausalueen ympärillä olevan ihon lämpöä, väriä ja tuntoa sekä mahdollista paikallisinfektiota tarkkaillaan. (Karma ym. 2016, 182.)

Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi eli PONV (postoperative nausea and vomiting) on yleinen ongelma yleisanestesian jälkeen. Leikkauksen jälkeistä pahoinvointia ja oksentamista voitaisiin vähentää räätälöimällä potilaalle sopivammaksi leikkauksen aikana annettavat kipu ja pahoinvointilääkkeet, eikä antaa niin sanottuja perusannoksia. Oksentaminen aiheuttaa aspiraatoriskiä ja se kuivattaa, sekä lisää painetta leikkaushaavoille. Yleisanestesia aiheuttaa enemmän pahoinvointia kuin puudutus. PONV pahoinvointia pyritään jo estämään riskipotilailla leikkaussalissa esim. nukutuslääkkeitä valittaessa. (Jakobbson, Jildenstål, Oddby & Öbrink 2015.) Postoperatiivista pahoinvointia esiintyy yökkäilyinä, hätäntymisenä, ahdistuneisuutena, kylkiasennon tavoitteluna ja oksenteluna (Karma ym. 2016, 182). Pahoinvoinnin seuraaminen on tärkeää, koska se voi nostaa verenpainetta tai jopa avata leikkaushaavan (KäsiKirja leikkauspotilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle: Hoitotyön suositus 2012, 24). Pahoinvointi ilmenee usein kahden ensimmäisen tunnin aikana leikkauksesta ja seuraava pahoinvointihuippu on 7-8 tunnin kuluttua (Erämies 2017).

Leikkauksen jälkeistä virtsaumpea kutsutaan kansainvälisesti nimellä POUR eli postoperative urinary retention (Bjerregaard, Bagi & Kehlet 2014, 8). Virtsaumpi saattaa esiintyä kyvyttömyytenä virtsata lainkaan tai puutteellisenä virtsarakon tyhjentymisenä. Virtsaa saattaa myös karkailla usein vähäisiä määriä, kun paine virtsarakossa nousee isommaksi kuin virtsaputkessa. (Säily, Vasarainen, Sairanen & Taavi 2012, 2244.) Täyden virtsarakon tuntee häpyluun yläpuolella tiiviinä kumpareena ja se leviää koko alavatsan alueelle. Täysi rakko tutkitaan ultraäänilaitteella. (Hammar 2011, 302.) Leikkauksen jälkeen virtsaamisheijastetta ja täyden rakon tuntemista voivat häiritä spinaalipuudutus, anestesia- ja kipulääkkeet. Nesteytyksen suuri määrä leikkauksen aikana voi venyttää rakkoa. Virtsaumpi tulee hoitaa kertakatetroinnilla. Katetrointi tulee tehdä heti residuaalin ollessa useasti yli 500ml. Ylivenyttyneeseen, yli 1000ml virtsaa sisältäneeseen rakkoon, tulisi asettaa kestopaketti virtsarakon palautumisen tueksi. (Säily ym. 2012, 2244-2247.)

3.5 Potilasohjaus

Sosiaali- ja terveysalan toiminnan perustana toimii ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen (Etene 2011, 5). Tervo-Heikkinen, Huurre, Saaranen & Turunen (2018, 187) kirjoittavat, että hyvän potilasohjauksen perusta on etiikassa, lainsäädännössä, itsensä kouluttautumisessa sekä kliinisissä että pedagogisissa työtaidoissa. Terveystieteiden ammattihenkilöstön (Finlex 559/1994, 18§) laissa sanotaan, että sairaanhoitajan tulee ylläpitää ja kehittää ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja. Potilaan ja sairaanhoitajan välillä tulisi vallita arvostava ja inhimillinen vuorovaikutus. Tämä sisältää keskinäisen luottamuksen, todenmukaisuuden ja molempien sitoutumisen niihin suunnitelmiin ja prosesseihin mistä yhdessä on sovittu. (Etene 2011, 5-6.)

Sairaanhoitajalla, joka toteuttaa potilasohjausta, tulee olla asianmukaista, näyttöön perustuvaa tietoa ohjaamistaan asioista (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 181). Nykyisin löytyy kattavasti kirjallisuutta hoitotyön eri aihealueisiin suositusten ja katsausten kautta. Nämä ovat tutkittua ja yhteen kerättyä tutkimusnäyttöä. Hoitoaikojen lyhentyessä potilailta odotetaan hyviä itsehoitovalmiuksia ja vastuun ottamista omasta toi-

pumisesta. Tämän takia myös potilaalle annettava suullinen ohjaus ja kirjalliset materiaalit on oltava täsmällisiä ja helposti ymmärrettäviä. (Poskiparta 2015.) Sairaanhoidajien olisi tärkeää osata käyttää työssään näyttöön perustuvaa tutkimusnäyttöä, koska laadukas tutkimusnäyttö antaa käyttäjälleen vahvan pohjan omaan päätöksentekoon. Sairaanhoidajilla tulisi olla halukkuutta sekä vastuuta tutkimustiedon lukemiseen ja niiden kriittiseen arviointiin. Tämä edistää yksilön ammattitaidon kasvua sekä tietoperustan ajantasaisuutta. Omassa yksikössään on tärkeää osata huomata epäkohdat, ikääntyneet tai vääränlaiset hoitotyön toiminnot. (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2014, 46-47.)

Potilasohjausta antavien sairaanhoidajien tulee tunnistaa potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 64). Tervo-Heikkinen ym. (2018, 182) kirjoittavat, että yksilöllisyys edistää hyvän ohjaustuloksen syntymistä. Potilaan ikä, sukupuoli, koulutustausta, siviilisääty, asuin-/elinolosuhteet, sairaus ja tämän vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään tulee ottaa huomioon, kun potilaan ohjaustarvetta suunnitellaan. Potilasohjauksella voidaan vahvistaa potilaiden, mutta myös heidän läheistensä elämänhallintaa. Tämä tukee potilaan voimavaroja ja näin ollen edistää hänen toipumistaan ja selviämistään. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2014, 13.) Potilasohjauksella varmistetaan, että potilas saa tarvitsemansa tiedon ja tuen. Hyvälaatuinen potilasohjaus tukee potilaan terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja hyvinvointia sekä mahdollistaa potilaan sitoutumisensa omahoitoon. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 181.) Potilasohjaus edistää myös potilaan tietoa, käsitystä sekä tietoon pohjautuvaa päätöksentekoa. Tämä vahvistaa potilaan taitoja sekä yritteliäisyyttä elämänlaadun kehittämiseen. (Lipponen 2014, 17.)

Rakenteinen kirjaaminen potilasohjauksesta sisältää toteutuksen, arvioinnin ja tavoitteet. Kirjaaminen tulee tehdä tarkasti, jotta potilasohjauksen laadukkuus pysyy yllä. Tämä lisää potilaan sitoutumista hoitoonsa. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 182-188.) Kirjattu potilasohjaus on myös osoitus siitä, millaista ohjausta on annettu. Epäselvän kirjaamisen vaikutukset näkyvät potilaan hoidossa sekä ammatillisessa vastuussa. (Kaakinen 2013, 27.) Potilaan lähtiessä kotiin hänelle ohjataan suullisesti kivunhoito-, haavanhoito- ja kotihoito-ohjeet, jotka hän saa myös kirjallisena. Potilaalle annetaan mukaan myös leikkauskertomuksen kopio ja reseptit. Tarvittaessa potilas

saa myös fysioterapeutin lähetteen tai fysioterapeutin kotiharjoitusohjeet, matkakorvaustodistuksen, sairauslomatodistuksen ja mahdolliset muut todistukset. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri n.d.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä osaamisen kartoitus Herkon kotiutusyksikössä työskenteleville kotiutushoitajille. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulosten avulla työnantaja voi kehittää kotiutushoitajien osaamista, osaston toimivuutta ja kotiutusprosessin sujuvuutta kohti uutta sairaala Novaa.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä osaamista Herko-yksikössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on?
2. Minkälaista osaamista Herko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien tulee mahdollisesti kehittää?
3. Miten työnantaja voi kehittää Herko-yksikön sairaanhoitajien osaamista?

5 Tutkimuksen toteuttaminen

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön menetelmänä oli kvantitatiivinen eli määrällinen kyselytutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus on muodollinen, objektiivinen ja systemaattinen prosessi, jossa numeerista tietoa käytetään tiedon hankkimiseen. Tällä systemaattisella lähestymistavalla voidaan mitata elämäkokemuksia ja tilanteita. (Burns & Grove 2011, 20.) Tämän menetelmän avulla pyrimme kartoittamaan Herko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien osaamista. Päädyimme kvantitatiiviseen kyselytutkimukseen,

koska opinnäytetyömme perusjoukko oli tarkkaan määritelty. Koimme, että kvantitatiivisella kyselytutkimuksella saisimme tutkimuskysymyksiin mahdollisimman tarkat tulokset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 62.)

Keskeisiä asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat teoriaan pohjautuvien väittämien esittäminen ja teoreettisen viitekehyksen luominen. Keskeisessä roolissa ovat myös havaintoaineiston soveltuminen numeeriseen mittaamiseen ja tulosten muuttaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.) Kokonaisuudessaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään vahvistamaan olemassa olevaa tietoa eikä niinkään kehittämään uutta teoriaa (Kankkunen ym. 2013, 65). Kysely on vakioitu, joka tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn osallistuvilta kysytään täsmälleen samat kysymykset (Vilkka 2015, 94).

5.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Keski-Suomen keskussairaalan kotiutusyksikkö, joka tunnetaan myös nimeltä heräämöstä kotiin eli Herko. Kohderyhmämme oli kaikki Herko-yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat. Perusjoukko koostui 20 sairaanhoitajasta.

5.3 Aineistonkeruu kyselytutkimuksella

Opinnäytetyötä varten olimme tehneet kyselylomakkeen, joka toimi tutkimuksen mittarina. Mittarin avulla tutkittava asia saadaan määrälliseen muotoon (Vilkka 2007, 14). Kysymykset luotiin teoreettisen viitekehyksen ja työnantajan toiveiden pohjalta (ks. Liite 3). Kyselylomakkeessa ja tutkimuksessa muuttujien valinta perustui teoreettiseen viitekehykseen. Kyselyn onnistumisen kannalta oli tärkeää, että tiesimme tutkittavan kohderyhmän. Tämän avulla varmistimme, että kysely oli vastaajille ymmärrettävässä muodossa. Teoreettisten käsitteiden muuttaminen mitattavaan muotoon pohjautui opinnäytetyössämme meidän omaan tulkintaamme. Määrällisen tutkimuksen tärkein asia oli mittarin eli kyselylomakkeen suunnittelu. Tämä myös edellytti, että meillä oli selkeät tavoitteet ja tutkimuskysymykset. (Vilkka 2015, 101-109.) Kyse-

lyä testasi useampi henkilö ennen virallisen kyselyn julkaisua. Tällä tapaa varmistimme, että vastaajat ymmärsivät kysymykset samalla tapaa. Lomakkeen testaamisella varmistimme myös ohjeiden selkeyttä, vastausvaihtoehtojen toimivuutta ja kuinka kauan kyselyn vastaamiseen meni ajallisesti. (Vilkka 2007, 78.) (ks. Liite 2).

Kyselytutkimuksessamme käytimme 5-portaista Likert-asteikkoa. Kirjallisuudessa tämä on keskeinen järjestysasteikko. (Vehkalahti 2014, 35.) Asteikossamme vastaaja valitsi omaa mielipidettään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon (Hirsjärvi ym. 2009, 200). Kysymykset 1-8 koskivat kotiutushoitajan työnkuvaa. Kysymykset 9-26 koskivat potilaan seurantaan liittyviä asioita kotiutusyksikössä. Kysymykset 27-32 liittyivät potilaan ohjaamiseen. Kysymys 30 oli monivalintakysymys, jossa vastaaja sai valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Kysymykset 31 ja 32 olivat avoimia kysymyksiä. Näin annoimme vastaajille mahdollisuuden kertoa oman näkemyksensä vapaamuotoisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 201).

Kyselypohja tehtiin Webropol-ohjelmalla. Kyselylomakkeen käyttämisessä oli se etu, että vastaaja jäi tuntemattomaksi (Vilkka 2015, 94). Lähetimme sähköisen Webropol-kyselyn linkin saatekirjeen kanssa yhteyshenkilöllemme, joka jakoi ne kotiutusyksikön sairaanhoitajille. Näin varmistimme, ettei vastaajien henkilöllisyys tullut tietoomme.

5.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen yksi tärkeimmistä vaiheista oli aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen. Käytimme strukturoitua kyselyä, jonka avulla pystyimme aloittamaan vastausten analysoinnin heti vastausajan päätyttyä. Aluksi tarkistimme kyselylomakkeet selvittääksemme mahdollisia tietopuutoksia tai virheellisyyksiä. Tarkituksen jälkeen kaikki lomakkeet päätettiin säilyttää. Tämän jälkeen aineisto järjestettiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tässä vaiheessa käytimme Webropol-ohjelmaa, joka raportoi kyselystä valmiit tilastot. Seuraavaksi aloitimme aineiston järjestämisen opinnäytetyöhömme. (Hirsjärvi 2009, 221-223.) Esitimme tulokset niin graafisesti kuin myös sanallisesti eli aineisto analysoitiin käyttämällä kuvailevia tilastollisia menetelmiä (Vilkka 2007, 134).

Kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä, joiden avulla halusimme saada vastaajilta spontaaneja vastauksia, joihin sai vastata halutessaan vapaamuotoisesti (Vilkka 2015, 106). Tutkimuksessamme avointen kysymysten vastaukset olivat määrällisen tutkimuksen tarkennuksia. Sisällönanalyysiä käytetään yleisesti kvalitatiivisten aineistojen analyysimenetelmänä (Kankkunen ym. 2013, 163). Aineiston analysoimiseen ei ole vain yhtä tapaa, vaan ne voidaan jakaa selittävään ja ymmärtävään analyysitapaan. Tutkimuksessa tärkeintä on valita sille parhaiten sopiva analyysitapa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 219.)

6 Tulokset

Esittelemme tässä osiossa opinnäytetyömme kyselyn tulokset. Tulokset on jaettu teemoittain.

6.1 Taustatiedot

Kysely lähetettiin yhteyshenkilömme toimesta kaikille perusjoukon 20 sairaanhoitajalle. Kyselyyn vastasi 70% (n=14) kyselyn saaneista. Kyselyssä ei kartoitettu taustatietoja anonymiteetin säilyttämiseksi. Kysymysmuotoina käytimme Likert-asteikkoa, joka oli viisiportainen. Vastausvaihtoehdot olivat; 1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 4 jokseenkin samaa mieltä ja 5 täysin samaa mieltä. Kyselyn lopussa oli yksi monivalintakysymys ja kaksi avointa kysymystä. Avoi-
miin kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista.

6.2 Kotiutushoitajan osaaminen

Kysymykset 1-8 liittyivät työyksikössä työskentelyyn. Kysymyksessä 1 selvitimme, kivatko työntekijät omaavansa hyvät **sosiaaliset taidot**. 50% (n=7) koki olevansa täysin samaa mieltä, 43% (n=6) koki olevansa jokseenkin samaa mieltä ja täysin eri mieltä oli 7% (n=1). Kysymyksessä 2 kysyimme, omaavatko työntekijät mielestään hyvät **tietojenkäsittelytaidot**. 29% (n=4) olivat täysin samaa mieltä, 43% (n=6) olivat

jokseenkin samaa mieltä, 21% (n=3) eivät olleet samaa eikä eri mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 3 tiedustelimme osaavatko työntekijät perustella **omaa toimintaansa potilaille**. 36% (n=5) olivat täysin samaa mieltä, 57% (n=8) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 4 kysyimme osaavatko työntekijät perustella **omaa toimintaansa omaisille**. 36% (n=5) olivat täysin samaa mieltä, 50% (n=7) olivat jokseenkin samaa mieltä, 7% (n=1) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 7% (n=1) oli täysin eri mieltä. Kysymyksessä 5 kartoitettiin, käyttävätkö sairaanhoitajat työssään **NEWS-pisteytystä**. 7% (n=1) oli täysin samaa mieltä, 14% (n=2) olivat jokseenkin samaa mieltä, 36% (n=5) eivät olleet samaa eikä eri mieltä, 21% (n=3) ovat jokseenkin eri mieltä ja 21% (n=3) ovat täysin eri mieltä.

Selvitimme kysymysten 6-8 avulla tiedonkulusta ja potilasturvallisuudesta. (ks. Taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilaan tietojen saaminen ja potilasturvallisuus

	1	2	3	4	5	Yhteensä	Keskiarvo
Käytän työssäni ISBAR:ia	3	4	2	5	0	14	2,5
	21%	29%	14%	36%	0%		
Saan tarvittavat tiedot potilaasta vuoronvaihdon aikana	0	1	1	9	3	14	4
	0%	7%	7%	64%	21%		
Työyksikössämme kiinnitetään riittävästi huomiota potilasturvallisuuden	0	3	2	7	2	14	4
	0%	21%	14%	50%	14%		

6.3 Potilaan seuranta

Kysymykset 9-26 liittyivät potilaan seurantaan kotiutusyksikössä. Kysymyksessä 9 kysyimme, onnistuuko **potilaan hoito** sujuvasti eri erikoisalojen toimepiteessä (ks. Taulukko 4).

Taulukko 4. Erikoisalojen osaaminen

	1	2	3	4	5	Yhteensä	Keskiarvo
Käsikirurgia	1	0	1	4	8	14	4
	7%	0%	7%	29%	57%		
Neurokirurgia	1	1	2	5	5	14	4
	7%	7%	14%	36%	36%		
Ortopedia	1	0	0	7	6	14	4
	7%	0%	0%	50%	43%		
Plastiikkakirurgia	0	1	0	9	4	14	4
	0%	7%	0%	64%	29%		
Rintaelinkirurgia	0	1	3	7	3	14	4
	0%	7%	21%	50%	21%		
Urologia	0	1	4	8	1	14	4
	0%	7%	29%	57%	7%		
Vatsaelinkirurgia	0	1	0	12	1	14	4
	0%	7%	0%	86%	7%		
Gynekologia	1	0	3	7	3	14	4
	7%	0%	21%	50%	21%		
Silmätaudit	1	0	5	6	2	14	4
	7%	0%	36%	43%	14%		
Gastroenterologia	1	0	1	9	3	14	4
	7%	0%	7%	64%	21%		
Hammas-, suu- ja leukakirurgia	1	2	0	8	3	14	4
	7%	14%	0%	57%	21%		
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	1	1	2	8	2	14	4
	7%	7%	14%	57%	14%		

Kysymyksessä 10 kartoitettiin **sairaanhoitajien osaamista** työyksikön eri tehtävissä. Lääkehoidon toteuttaminen: 93% (n=13) oli täysin samaa mieltä ja 7% (n=1) oli täysin eri mieltä. Virtsakatetrin poistaminen: 93% (n=13) oli täysin samaa mieltä ja 7% (n=1) oli täysin eri mieltä. Nenätamponin poistaminen: 43% (n=6) oli täysin samaa mieltä, 29% (n=4) oli jokseenkin samaa mieltä, 21% (n=3) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 7% (n=1) oli täysin eri mieltä. Dreenieritteiden mittaaminen: 93% (n=13) oli

täysin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Rintaleikattujen potilaiden hoitamisen: 50% (n=7) oli täysin samaa mieltä, 29% (n=4) oli jokseenkin samaa mieltä, 14% (n=2) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 7% (n=1) oli täysin eri mieltä.

Kysymyksessä 11 kysimme tunnistaako sairaanhoitajat mittausten perusteella **elintoimintojen häiriöt**. 93% (n=13) olivat joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. 7% (n=1) oli täysin eri mieltä. Kysymyksessä 12 selvitimme osaavatko sairaanhoitajat toimia, jos potilaalla on ongelmia seuraavanlaisissa tilanteissa: verenpaineessa 64% (n=9) olivat täysin samaa mieltä, 29% (n=4) jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Sykkeessä 64% (n=9) olivat täysin samaa mieltä, 29% (n=4) jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Tajunnantasossa 71% (n=10) olivat täysin samaa mieltä, 21% (n=3) jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Ohjauksen vastaanottamisessa 64% (n=9) olivat täysin samaa mieltä, 29% (n=4) jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Pahoinvoinnin vuoksi 86% (n=12) olivat täysin samaa mieltä, 7% (n=1) jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Syömisen/juomisen suhteen 71% (n=10) olivat täysin samaa mieltä, 21% (n=3) jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä.

Kartoitimme **kivunhoitoon** liittyviä asioita kysymyksissä 13-17 (ks. Taulukko 5).

Taulukko 5. Kivunhoito

	1	2	3	4	5	Yhteensä	Keskiarvo
Osaan arvioida potilaan kipua	1	0	0	6	7	14	4
	7%	0%	0%	43%	50%		
Käytän kipumittaria työssäni	1	0	1	4	8	14	4
	7%	0%	7%	29%	57%		
Osaan toteuttaa kivun lääkehoitoa	1	0	0	3	10	14	4,5
	7%	0%	0%	21%	71%		
Osaan toteuttaa lääkkeetöntä kivunhoitoa	1	0	0	5	8	14	4
	7%	0%	0%	36%	57%		
Ymmärrän kivunhoidon merkityksen potilaan toipumisessa	1	0	0	1	12	14	5
	7%	0%	0%	7%	86%		

Kysymyksessä 18 selvitimme, tunnistavatko sairaanhoitajat **leikkaushaavan epänormaalit tilanteet**: lämpö 64% (n=9) olivat täysin samaa mieltä, 29% (n=4) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Väri 64% (n=9) olivat täysin samaa mieltä, 29% (n=4) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Tunto 71% (n=10) olivat täysin samaa mieltä, 21% (n=3) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Vuoto 79% (n=11) olivat täysin samaa mieltä, 14% (n=2) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 19 kysymme, tietävätkö sairaanhoitajat, milloin **haavasidos** täytyy vaihtaa steriilisti. 86% (n=12) olivat täysin samaa mieltä, 7% (n=1) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 20 selvitimme, osaavatko sairaanhoitajat vaihtaa haavasidoksen steriilisti. 93% (n=13) olivat täysin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä.

Kysymyksessä 21 selvitimme, ymmärtävätkö sairaanhoitajat **virtsanerityksen merkityksen** potilaan hoidossa. 79% (n=11) olivat täysin samaa mieltä, 14% (n=2) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 22 kysymme, tietävätkö sairaanhoitajat, milloin virtsarakosta tehdään ultraäänitutkimus. 79% (n=11) olivat täysin samaa mieltä, 14% (n=2) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 23 kartoitimme, tunnistavatko sairaanhoitajat virtsarakon ultraääntä käyttäen. 79% (n=11) olivat täysin samaa mieltä, 14% (n=2) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 24, osaavatko sairaanhoitajat katetroida potilaan virtsarakon. 93% (n=13) olivat täysin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksissä 25-26 selvitimme katetroinnin ohjaukseen liittyviä asioita (ks. Taulukko 6).

Taulukko 6. Katetroinnin ohjaus

	1	2	3	4	5	Yhteensä	Keskiarvo
Osaan ohjata virtsarakon kertakatetroinnin potilaalle	1	0	1	8	4	14	4
	7%	0%	7%	57%	29%		
Olen saanut ohjauksen katetroinnin opettamiseen	1	1	0	1	11	14	4
	7%	7%	0%	7%	79%		

6.4 Potilasohjaus ja kotiuttaminen

Selvitimme kysymyksessä 27, tietävätkö sairaanhoitajat, milloin potilaan **kotiutuskriteerit** ovat täyttyneet. 71% (n=10) olivat täysin samaa mieltä, 21% (n=3) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Kysymyksessä 28 kysyimme, osaatko he antaa potilaan mukaan oikeat dokumentit. 79% (n=11) olivat täysin samaa mieltä, 14% (n=2) olivat jokseenkin samaa mieltä ja 7% (n=1) täysin eri mieltä. Selvitimme myös, löytävätkö sairaanhoitajat tarvittavat dokumentit työyksiköstä vaivattomasti. 21% (n=3) olivat täysin samaa mieltä, 43% (n=6) oli jokseenkin samaa mieltä, 21%(n=3) eivät olleet samaa mieltä eikä eri mieltä ja 14% (n=2) olivat jokseenkin eri mieltä.

Kysymyksessä 29 kartoitimme sairaanhoitajien **potilasohjausosaamista** (ks. Taulukko 7).

Taulukko 7. Potilasohjausosaaminen

	1	2	3	4	5	Yhteensä	Keskiarvo
Osaan ohjata haavanhoidon	1	0	0	2	11	14	5
	7%	0%	0%	14%	79%		
Olen tyytyväinen potilasohjausosaamiseen	1	0	1	8	4	14	4
	7%	0%	7%	57%	29%		
Tunnistan potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet	1	0	0	7	6	14	4
	7%	0%	0%	50%	43%		
Ymmärrän potilasohjauksen merkityksen potilaan toipumisen kannalta	1	0	0	3	10	14	4,5
	7%	0%	0%	21%	71%		
Osaan kirjata antamani potilasohjauksen	1	0	0	5	8	14	4
	7%	0%	0%	36%	57%		
Potilaalle annettavat materiaalit tukevat ohjaamistani	1	0	0	3	10	14	4,5
	7%	0%	0%	21%	71%		

Kysymys 30 liittyi työyksikön **tietoperustan kehittämiseen** (ks. Taulukko 8).

Taulukko 8. Työyksikön tietoperustan kehittäminen

	n	Pro-sentti
Etsimällä itse tutkimusnäyttöä.	7	50%
Työpaikan järjestämällä koulutuksilla	13	93%
Kokoamalla muutamien työntekijöiden ryhmiä, jotka etsivät sovitusta aiheesta tietoa ja jakavat sitten tämän muille	9	64%
En osaa sanoa	1	7%

6.5 Avoimet kysymykset

Kyselyssämme oli kaksi avointa kysymystä, joihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Kysymykseen 31 tuli 4 vastausta ja kysymykseen 32 tuli 6 vastausta. Avointen kysymysten vastaukset toimivat määrällisen tutkimuksen tarkennuksina. Avointen kysymysten vastaukset ovat pelkistetty, ne eivät ole alkuperäisilmauksia. Kysymyksessä 31 kysyimme, kokevatko vastaajat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Lisäkoulutusta toivottiin muun muassa oman osaamisen päivittämiseen ajantasaisilla koulutuksilla työn ohella. Vastauksista ilmeni myös, että vieraampiin erikoisaloihin ja toimenpiteisiin, sekä näiden potilasohjaukseen olisi hyvä saada kertausta ja opetusta. Hoito- ja potilasohjeiden löytämiseen kaivattiin loogisuutta.

Kysymyksessä 32 kysyimme, muuttaisiko vastaaja jotain potilaan kotiutusprosessissa. Kaksi vastaajaa toi ilmi, että hoito- ja potilasohjeet tulisi löytää helpommin. Työssä koettiin olevan myös liikaa sihteerien työtä muun muassa ajanvarauksien ja sairauslomatodistuksien perään joudutaan paljon kyselemään. Eräs vastaaja nosti tavoitteeksi, että ”potilasta hoidettaisiin voinnin mukaisesti, ei resursseista johtuen”. Vastaajat toivat ilmi, että välillä potilaita siirretään kotiutusyksikön puolelle liian huonovointisina. Potilaiden saapuminen kasautuu rajusti iltapäivään sekä kotiutusyksikköön saapuu paljon suunnittelemattomia potilaita. Yksi vastaajista toivoi, että neurostimulaattoripotilaiden haavanhoidon ohjauksen hoitaisi asiantuntijahoitaja. Eräs vastaajista toivoi selkeitä ohjeita siihen, miten toimia, jos potilas ei pysty kotiutumaan seuraavana aamuna kotiutusyksiköstä.

7 Pohdinta

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kyselyn luotettavuus ja uskottavuus varmistetaan parhaiten toimimalla hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan (Kuula 2011, 34). Käytimme opinnäytetyössämme luotettavia tiedonhakukanavia, kuten Pubmed, Cinahl ja Medic. Hyödynsimme myös koulumme verkkokirjastoa Janet Finnaa. Opinnäytetyössämme käytetty kirjallisuus oli valittu tarkkaan. Lähdeviitteet on merkitty tarkasti sekä itse tekstiin kuin myös lähdeluetteloon. (Hirsjärvi ym. 2009, 349.) Lähteemme olivat hieman yli kymmenen vuotta vanhoja. Olimme käyttäneet opinnäytetyössämme useita kansainvälisiä tutkimuksia. Luotettavuutta lisäsi myös se, että tekijöitä oli opinnäytetyössä kaksi.

7.2 Kvantitatiivisen analyysin luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida käyttämällä monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Kankkusen (2013, 189) mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voi tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Reliabiliteetillä mitataan tutkimuksen toistettavuutta. Tulokset voidaan todeta reliaabeleiksi, kun kaksi arvioijaa päätyvät samaan mittaustulokseen. Validius kertoo, mittaako tutkimuksessa käytetty mittari sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Validiutta seurataan jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Tällä pyritään välttämään systemaattiset virheet. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Vilka 2015, 193-194.)

Tutkimuksen luotettavuuden perustana pidetään mittarin sisältövaliditeettiä. Luotettavia tuloksia ei voi saada, jos mittari on valittu väärin tai se ei mittaa haluttua ilmiötä. Jotta pystyimme vastaamaan toimeksiantajan tarpeisiin, loimme oman kyselymittarin. Ulkoinen validiteetti kertoo siitä, kuinka hyvin tutkimustulokset ovat yleistettävissä ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tutkimusraportissa on tärkeää arvioida tulosten yleistettävyyden vuoksi, miten hyvin tutkimisotos edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen ym. 2013, 189-190.)

7.3 Kyselyn luotettavuus

Opinnäytetyötämme varten olimme hankkineet siihen kuuluvat tutkimusluvut. Lähetimme kaikille kyselyyn osallistuville saatekirjeen yhteyshenkilömme kautta, jossa kerroimme lyhyesti opinnäytetyöstämme. Kyselyyn vastattiin anonyymisti ja kysymykset oli kehitelty niin, ettei niistä voinut tunnistaa vastaajaa. Vastaajien itsemääräämisoikeus mahdollistettiin antamalla heille tarpeeksi tietoa opinnäytetyöstä, jonka perusteella he pystyivät päättämään halunsa vastata kyselyyn (Kuula 2011, 61). Kyselyn vastausprosentti oli yksi luotettavuuden ilmaisina. Kyselytutkimuksessa vastausprosentit ovat usein alle 50% suuruisia. (Vehkalahti 2014, 44.) Opinnäytetyömme vastausprosentti oli 70%. Käytimme mittarin valmistelussa apuna pilottitutkimusta, jonka avulla tarkistimme mittarin toimivuutta ja korjasimme kysymysten muotoilua varsinaista tutkimusta varten (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Kyselyn mittaristoamme testasi 7 sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka eivät olleet sidoksissa viralliseen tutkimukseen. Pilottikyselyllä lisäimme kyselymme luotettavuutta. Esitestaaminen oli tutkimuksemme tärkeää, koska tekemämme mittari oli uusi (Kankkunen ym. 2013, 191). Kyselymme oli auki 8 päivää.

7.4 Kyselyn eettisyys

Noudatimme opetusministeriön tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Olimme soveltaneet tutkimuksemme hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka olivat eettisesti kestäviä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24.) Noudatimme opinnäytetyössämme tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja näiden esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Aineistonkeruumenetelmä opinnäytetyössämme oli kyselytutkimus. Ennen kyselyprosessin aloittamista anoimme tarvittavan tutkimusluvan Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Aloitimme kyselyprosessin luvan myöntämisen jälkeen. Kyselyssämme oli saatekirje (ks. Liite 1), jossa kerroimme vastaajille opinnäytetyöstä ja kyselyn sisällöstä. Kerroimme myös, kuka vastauksia käsittelee ja mihin opinnäytetyö julkaistaan.

(Vehkalahti 2014, 47.) Saatekirjeessä toimme myös esille, että vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Keskeinen huomioitava asia opinnäytetyössä oli anonymiteetti. Aineistomme oli pieni, jonka takia emme kysyneet taustatietoja anonymiteetin turvaamiseksi. (Kankkunen ym. 2013, 221.) Kyselyymme vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaajat pystyivät keskeyttämään vastaamisen missä vaiheessa tahansa. Saatekirjeen perusteella kyselyyn vastaajat tekivät tietoisien päätöksen osallistumisestaan tutkimukseen (Kuula 2011, 61). Vehkalahti (2014, 48) kirjoitti, että hyvin laaditulla saatekirjeellä voi herättää vastaajan kiinnostuksen ja vaikuttaa vastausten luotettavuuteen.

Lähetimme valmiin Webropol-kyselyn linkin yhteyshenkilöllemme, joka välitti kyselyn kotiutusyksikön sairaanhoitajille sähköpostiin. Täten varmistimme, että kyselymme vastaajien henkilöllisyys pysyi anonyymina. Kyselyn vastaukset ovat tarkoitettu ainoastaan tutkimuskäyttöön, joten niitä ei saa siirtää kolmansille osapuolille (Kuula 2011, 115). Kirjautuimme Webropol-ohjelmaan henkilökohtaisilla tunnuksilla ja raportoimme tulokset opinnäytetyöhön. Vastaukset säilytettiin siten, etteivät ulkopuoliset päässeet niitä lukemaan. Aineiston näkivät ainoastaan kyselyn laatijat. Kyselyt sekä vastaukset hävitettiin oikeaoppisesti opinnäytetyön valmistuttua. (Henkilötietojen käsittely Webropol-kyselyohjelmassa n.d.) Kyselytutkimuksen tulokset käsiteltiin alkuperäisinä, eikä tuloksia ole vääristelty tai kaunisteltu (Kankkunen ym. 2013, 225).

7.5 Tulosten tarkastelu

Tässä kappaleessa tarkastelemme tuloksia aihealueittain. Aihealueemme ovat työnkuva, potilaan seuranta, potilasohjaus ja kotiuttaminen sekä avoimet kysymykset.

Työnkuva. Opinnäytetyömme kyselyssä 50% vastaajista kokivat omaavansa hyvät sosiaaliset taidot ja 29% kokivat omaavansa hyvät tietojenkäsittelytaidot. 36% vastaajista kertoi osaavansa perustella omaa toimintaansa niin potilaille kuin omaisille. Hamlinin ym. (2017, 4) mukaan sairaanhoitajan on omattava hyvät sosiaaliset ja tekniset taidot sekä osattava perustella omaa toimintaansa niin potilaille kuin omaisille. Sairaanhoitajien osaamista voisi kehittää työnantajan tarjoamilla koulutuksilla.

21% vastaajista kertoi saavansa vuoronvaihdon aikana tarvittavat tiedot potilaista. Vastausten perusteella kukaan ei ollut täysin samaa mieltä ISBAR:in käytöstä työssään. Potilaan siirtyessä toiseen yksikköön potilaan turvallisuus voi vaarantua. Suurin osa hoidon kriittisistä virheistä tapahtuu vuoronvaihdon aikana. (Schmidt ym. 2019, 224.) Potilasturvallisuutta voidaan tehostaa käyttämällä ISBAR-tarkistuslistaa (Ervast 2013). 14% vastaajista kertoi, että työyksikössä kiinnitetään riittävästi huomiota potilasturvallisuuteen. Vastausten perusteella Herko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien tulisi kehittää muun muassa ISBAR-menetelmän käyttöä potilaan saapuessa yksikköön ja vuoronvaihdon aikana. Tämä lisäisi potilasturvallisuutta.

Potilaan seuranta. Vastauksista ilmeni, että eri erikoisalojen osaamista oli monipuolisesti, mutta osaamistaso oli hyvin vaihtelevaa. Esimerkiksi 57% koki osaavan hoitaa käsikirurgista potilasta hyvin, kun taas urologista potilasta koki osaavan hoitaa hyvin vain 7% vastaajista. Potilaiden hoitoa voisi saada samalle tasolle koulutusten avulla, joka jälleen lisää potilasturvallisuutta kotiutusyksikössä. 71% vastaajista kertoi tunnistavansa mittausten perusteella elintoimintojen häiriöt, kuitenkin NEWS-pisteytystä kertoi käyttävänsä ainoastaan 7% vastaajista. Peruselintoimintojen arvioinnista on tehty useita tutkimuksia. Näissä on todettu, että potilaiden vitaalielintoimintoja arvioidaan usein puutteellisesti. Sairaaloissa tapahtuvia elvytystilanteita yleensä edeltää tunteja kestänyt elintoimintojen häiriöt. (Karjalainen ym. 2018, 786-788.) Tucker ym. (2018, 76-79) mukaan NEWS-pisteytyksen avulla voidaan tunnistaa muun muassa mahdollinen sepsis eli verenmyrkytys. Vastauksista selvisi, että elintoimintojen häiriöiden ilmetessä kaikki eivät olleet täysin varmoja, kuinka toimia tilanteessa.

Puolet vastaajista kertoi, että osaavat arvioida potilaan kipua hyvin. Kipumittaria työssään kertoi käyttävänsä 57% vastaajista. Potilaan kivun kokeminen, ilmaiseminen ja käyttäytyminen tulee aina arvioida. Kivun arvioinnissa tulee käyttää apuna kipumittaria. (Karma ym. 2016, 182.) 71% kertoi osaavansa toteuttaa hyvin kivun lääkehoitoa ja 57% kertoi osaavansa toteuttaa hyvin lääkkeitöntä kivunhoitoa. 85% ymmärtää hyvin kivunhoidon merkityksen potilaan toipumisessa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kivun huonolla hoitamisella on vaikutusta aineenvaihduntaan, toipumisen viivästymiseen ja pidentyneisiin sairaalajaksoihin. Kipu voi kehittyä myös

krooniseksi kivuksi. Tehokas kivunhoito nopeuttaa leikkauksesta toipumista. (Hamlin ym. 2017, 347.) HavaitSIMME, että kipumittaria voisi käyttää yksikössä enemmän. Tämä parantaisi potilaan kivun arviointia Herko-yksikössä. Sairaanhoitajien olisi hyvä kehittää myös lääkkeettömän kivunhoidon osaamistaan.

Suurin osa vastaajista, koki tunnistavansa leikkaushaavan epänormaalin lämmön, värin, tunnon ja vuodon. 86% tiesi milloin haavasidos täytyy vaihtaa steriilisti ja 93% vastaajista osasi vaihtaa haavasidoksen steriilisti. 79% vastaajista osasivat ohjata potilaalle haavanhoidon. 79% vastaajista ymmärsi virtsanerityksen merkityksen potilaan hoidossa. 79% vastaajista kertoi saaneensa ohjauksen katetroinnin opettamiseen, joista 29% kertoo osaavansa ohjata hyvin potilaalle virtsarakon kertakatetroinnin. Tämä sai meidät pohtimaan, pitäisikö katetroinnin koulutusta olla tarjolla säännöllisesti. Leikkauksen jälkeen virtsaamisheijastetta ja täyden rakon tuntemista voivat häiritä spinaalipuudutus, anestesia- ja kipulääkkeet. Virtsaumpi tulee hoitaa kertakatetroinnilla. (Säily ym. 2012, 2244-2247.)

Potilasohjaus ja kotiuttaminen. 71% vastaajista tiesivät, milloin potilaan kotiutuskriteerit olivat täyttyneet. Vastaajat toivat ilmi, että 21% löysivät tarvittavat dokumentit työyksiköstä kotiutusvaiheessa vaivattomasti. 71% kertoivat materiaalien tukevan omaa ohjaamistaan. Lyhyiden hoitoaikojen vuoksi, potilailta odotetaan hyviä itsehoitotaitoja ja vastaanottamista omasta toipumisestaan. Tämän takia myös potilaalle annettava suullinen ohjaus ja kirjalliset materiaalit on oltava täsmällisiä ja helpposti ymmärrettäviä. (Poskiparta 2015.) 29% vastaajista olivat tyytyväisiä omaan potilasohjausosaamiseensa. Tervo-Heikkinen ym. (2018, 181-187) kirjoittavat, että yksi hyvän potilasohjauksen perusta on kouluttautuminen. Sairaanhoitajalla, joka toteuttaa potilasohjausta, tulee olla asianmukaista, näyttöön perustuvaa tietoa ohjaamisestaan asioista. Vastaajista 93% toivoi, että tietoperustaa kehitettäisiin työpaikalla järjestettävillä koulutuksilla. Potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet tunnistivat hyvin ainoastaan 43% vastaajista. Potilasohjausta antavien sairaanhoitajien tulee tunnistaa potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet (Eloranta ym. 2014, 64). Tervo-Heikkinen ym. (2018, 182) kirjoittaa, että yksilöllisyys edistää hyvän ohjaustuloksen syntymistä. 57% vastaajista kertoivat osaavansa kirjata antamansa potilasohjauksen hyvin. Kirjattu po-

tilasohjaus on osoitus siitä, millaista ohjausta on annettu. Epäselvän kirjaamisen vaikutukset näkyvät potilaan hoidossa sekä ammatillisessa vastuussa. (Kaakinen 2013, 27.) Kyselyn vastaajat eivät olleet omaan potilasohjausosaamiseensa täysin tyytyväisiä. Uskomme, että työnantajan tarjoamalla ajantasaisilla koulutuksilla voisi parantaa sairaanhoitajien tyytyväisyyttä omaan potilasohjausosaamiseensa.

Avoimet kysymykset. Pohdimme, voisiko potilaiden saapumista kotiutusyksikköön muuttaa niin, ettei ruuhkaa pääsisi syntymään. Myös suunnittelemattomien potilaiden muuttuminen Herko-potilaiksi lisäsi yksikön kuormittavuutta. Mietimme, johtuuko potilaan hoitomuodon muuttaminen Herko-potilaaksi puutteellisista esitiedoista, täysistä osastoista vai arvioiko lääkäri potilaan kotiutustarpeen ennemminkin toimenpiteen kuin potilaan yksilöllisten terveystietojen mukaan. Sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa hoitaa potilaita näiden tarpeiden mukaan, jos potilaiden saapumista kotiutusyksikköön porrastettaisiin. Työnantajalta toivottiin helposti löytyviä ja selkeitä potilasohjeita sekä toimintaohjeita erilaisiin tilanteisiin. Työntekijät haluavat saada työnsä ohella ajantasaisia koulutuksia ja ratkaisuja potilasruuhkiin. Ongelmalliseksi koettiin myös potilaiden saapuminen liian huonovointisena kotiutusyksikön puolelle.

Huomasimme, että lähes jokaisessa kysymyksessä yksi vastaajista oli aina eri mieltä valtaosan kanssa. Tämä sai meidät pohtimaan, onko vastaaja ymmärtänyt ohjeistuksen väärin vai onko vastaus tarkoituksen mukainen.

7.6 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä osaamisen kartoitus Herkon kotiutusyksikössä työskenteleville sairaanhoitajille. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulosten avulla työnantaja voi kehittää kotiutushoitajien osaamista, osaston toimivuutta ja kotiutusprosessin sujuvuutta kohti uutta sairaala Novaa. Johtopäätöksenä opinnäytetyömme pohjalta voimme todeta, että Herko-yksikössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on monipuolista osaamista. Sairaanhoitajien tulisi kehittää yksilötasolla heikoimmaksi kokemiaan osa-alueita. Vastausten perusteella huomasimme, että yhteisiä käytäntöjä tulisi työyksikössä kehittää esimerkiksi ISBAR:in käyttö. Työnantajalla on suuri

rooli Herko-hoitajien osaamisen kehittämisessä. Kotiutushoitajien osaamista, osaston toimivuutta ja kotiutusprosessin sujuvuutta työnantaja voisi kehittää tarjoamalla säännöllisesti sairaanhoitajille ajantasaisia koulutuksia, ratkaisemalla ruuhkauttamista aiheuttavat tekijät ja kartoittamalla osaston toimivuutta säännöllisesti.

Opinnäytetyömme mittaria eli kyselylomaketta voi hyödyntää tulevaisuudessa uudelleen. Jatkotutkimusaiheita voisi olla kyselyn toteuttaminen toisen sairaalan Herko-yksikössä. Tällä voisi verrata eri sairaaloiden Herko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien osaamista. Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla saman tutkimuksen toteuttaminen Herko-yksikössä tai muussa yksikössä uuden sairaala Novan valmistuttua.

Lähteet

Bjerregaard, L-S., Bagi, P. & Kehlet, H. 2014. Postoperative urinary retention (POUR) in fast-track total hip and knee arthroplasty. A challenge for ortopedic surgeons. *Acta Orthopaedica* 85, 8-10. Viitattu 3.4.2020. <https://janet.finna.fi/>, cinahl.

Burns, N. & Grove, SK. 2011. *Understanding Nursing Research. Building an evidence based practice*. 5th Edition. Elsevier Saunders, USA. Viitattu 28.3.2020.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. *Hoitotiede* 1, 63-73. Viitattu 13.10.2019. <https://janet.finna.fi/>, elektra.

Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 1, 13-23. Viitattu 13.10.2019. <https://janet.finna.fi/>, eMagz aikakauslehdet.

Ervast, M. *Anestesiahoitotyön käsikirja*. 2013. ISBAR, suullisen raportoinnin potilasturvallisuustyökalu. Viitattu 1.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, terveystietoportti.

Erämies, T. 2017. *Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla*. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 2.10.2019. <https://janet.finna.fi/>, terveystietoportti.

Etene. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.10.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>.

Finlex 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Annettu 28.6.1994. Viim. muutos 1.5.2019. Viitattu 13.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Hamlin, L., Davies, M., Richardson-Tench, M. & Sutherland-Fraser, S. 2017. *Perioperative nursing*. Elsevier 2nd edition. Viitattu 20.10.2019.

Hammar, A-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOYpro. Viitattu 16.11.2019.

Henkilötietojen käsittely Webropol-kyselyohjelmassa, N.d. Elmo-opiskelijaintra. Webropol säännöt. Viitattu 4.2.2020. <https://intra.jamk.fi>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. Viitattu 4.2.2020.

Jakobsson, J., Jildenstål, P., Oddby, E. & Öbrink, E. 2015. Post-operative nausea and vomiting: Update on predicting the probability and ways to minimize its occurrence, with focus on ambulatory surgery. International Journal Of Surgery. Verkkajulkaisu. Viitattu 16.11.2019. <https://janet.finna.fi/>, pubmed.

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 18.10.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>.

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Lääkärilehti 73, 786-788. Viitattu 1.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, medic.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro. Viitattu 29.9.2019.

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. N.d. Keski-Suomen keskussairaalan henkilöstömateriaali. Asiakirja Keski-Suomen sairaanhoidopiirin tietojärjestelmässä. Viitattu 13.10.2019.

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2018. Keski-Suomen keskussairaalan henkilöstömateriaali. Asiakirja Keski-Suomen sairaanhoidopiirin tietojärjestelmässä. Viitattu 13.10.2019.

Keski-Suomen sairaanhoidopiiri. 2019. Keski-Suomen keskussairaalan henkilöstömateriaali. Asiakirja Keski-Suomen sairaanhoidopiirin tietojärjestelmässä. Viitattu 17.11.2019.

Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva Hoitotyö 1. 44-51. Viitattu 11.10.2019. <https://janet.finna.fi/>, eMagz aikakauslehdet.

Kotiutuminen. 2019. Terveyskylän leikkaukseen tulijalle verkkajulkaisu. Viitattu 29.9.2019. <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kotiutuminen>.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell. Viitattu 25.1.2020.

Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. 2012. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 18.10.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kk-heraamohoito.pdf>.

Leikkauspotilaat voidaan kotiuttaa 12.3.2018 alkaen suoraan heräämöstä kotiin. 2018. Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin verkkojulkaisu. Viitattu 20.10.2019. [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Leikkauspotilaat_voidaan_kotiuttaa_12320\(55941\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Leikkauspotilaat_voidaan_kotiuttaa_12320(55941)).

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 13.10.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Lääketieteen termit. N.d. ASA-luokitus. Viitattu 29.3.2020. <https://janet.finna.fi/duodecim/terveysportti>.

Martikainen, T. & Musialowicz, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa. Finnanest verkkojulkaisu 48, 116-123. Viitattu 20.10.2019. <https://janet.finna.fi/medic>.

Metsävainio, K-M. & Tamminen, J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest verkkojulkaisu 48, 338-343. Viitattu 28.3.2020. <https://janet.finna.fi/medic>.

Poskiparta, M. 2015. Diabetesaineistojen käyttö potilasohjauksessa. Suomen diabetesliitto 44, 31-33. Viitattu 17.11.2019. https://www.diabetes.fi/files/6297/Diabetes_laakari_5_2015_netti.pdf.

Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa – Lyhki, Herko, Seuko. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim verkkojulkaisu. Viitattu 20.10.2019. <https://janet.finna.fi/medic>.

Schmidt, T., Kocher, D., Mahendran, P. & Deneke, K. 2019. Dynamic pocket card for implementing ISBAR in Shift Handover Communication. German Medical Data Sciences: Shaping Change – Creative Solutions for Innovative Medicine. 224-229. Viitattu 1.12.2019. <https://janet.finna.fi/cinahl>.

Säily, M., Vasarainen, H., Sairanen, J. & Taari, K. 2012. Naisen virtsaumpi. Duodecim 128, 2244-2250. Viitattu 16.11.2019. <https://janet.finna.fi/duodecim/terveysportti>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Viitattu 1.12.2019. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Tervo-Heikkinen, T., Huurre, T., Saaranen, T. & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan - kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 3. 179-190. Viitattu 13.10.2019.

Tucker, G. & Lusher, A. 2018. The use of early warning scores to recognise and respond to patient deterioration in district nursing. *British Journal of Community Nursing*. Viitattu 1.12.2019. <https://janet.finna.fi/>, cinahl.

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumisiin. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 17.9.2019. <https://janet.finna.fi/>, medic.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Tulo sairaalaan. 2019. Leikkaukseen tulijalle Terveyskylän verkkojulkaisu. Viitattu 29.9.2019. <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkausp%C3%A4iv%C3%A4n%C3%A4/tulo-sairaalaan>.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura. Viitattu 18.1.2020.

Verma, R., Alladi, I., Jackson, I., Johnston, C., Kumar, R., Page, I., Smith, M., Stocker, C., Tickner, S., Williams, R. & Young, R. 2011. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2, 417-434. Viitattu 30.9.2019. <https://janet.finna.fi/>, cinahl.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 5.1.2020. <https://janet.finna.fi/>, e-kirjasto.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell. Viitattu 18.1.2020.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hyvä Keski-Suomen keskussairaalan Herko-yksikössä työskentelevä sairaanhoitaja. Olemme sairaanhoitajaopiskelija Hannah Enke ja kättilöopiskelija Jenni Olli Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä sähköisen Webropol-kyselyn avulla osaamisen kartoitus Herko-yksikössä työskenteleville sairaanhoitajille. Kyselyn vastausten avulla työnantaja voi tarjota teille tarvittavaa lisäkoulutusta, parantaa osaston toimivuutta, kotiutusprosessin sujuvuutta ja parempaa perehdytystä kohti uutta sairaala Novaa. Kysely on tarkoitettu Keski-Suomen keskussairaalan Herko-yksikössä työskenteleville sairaanhoitajille.

Opinnäytetyössämme selvitetään:

1. Mitä osaamista Herko-yksikössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on?
2. Minkälaista osaamista Herko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien tulee mahdollisesti kehittää?
3. Miten työnantaja voi kehittää Herko-yksikön sairaanhoitajien osaamista?

Kyselyyn vastaamiseen menee noin 10 minuuttia. Kysely on auki 14.2. – 22.2 ajan. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Emme kerää kyselyssä henkilötietoja, joten tutkimuksen tuloksista ei voida tunnistaa yksittäisiä vastaajia. Kyselyn vastauksia käytetään ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen. Vastaukset tullaan poistamaan opinnäytetyön valmistuttua. Vastaaminen on vapaaehtoista ja kyselyn voi keskeyttää missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Osallistumalla kyselyyn annat suostumuksesi vastaustesi käyttämiseen opinnäytetyössämme. Kiitos vastaamisesta!

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2020 ja se julkaistaan kokonaisuudessaan Theseus-palvelussa osoitteessa www.theseus.fi.

Lisätietoja opinnäytetyöstä voi kysyä Hannah Enkeltä M5439@student.jamk.fi tai Jenni Ollilta M2042@student.jamk.fi

Ystävällisin terveisin,

Hannah Enke & Jenni Olli, Jyväskylän Ammattikorkeakoulu sekä ohjaavat opettajat Salla Grommi ja Pirkko Ratinen, Jyväskylän Ammattikorkeakoulu

Liite 2. Kysely

Likert -asteikko kysymyksiä

Valitse omaa kokemustasi parhaiten kuvaava vaihtoehto. (5 täysin samaa mieltä, 4 jokseenkin samaa mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä ja 1 täysin eri mieltä)

1. Koen omaavani hyvät sosiaaliset taidot
2. Koen omaavani hyvät tietojenkäsittelytaidot
3. Osaan perustella omaa toimintaani potilaille
4. Osaan perustella omaa toimintaani omaisille
5. Käytän työssäni NEWS-pisteytystä
6. Käytän työssäni ISBAR:ia
7. Saan tarvittavat tiedot potilaasta vuoronvaihdon aikana
8. Työyksikössämme kiinnitetään riittävästi huomiota potilasturvallisuuteen
9. Osaan hoitaa sujuvasti potilasta, joka on ollut alla olevan erikoisalan toimenpiteessä
 - käsikirurgia
 - neurokirurgia
 - ortopedia
 - plastiikkakirurgia
 - rintaelinkirurgia
 - urologia
 - vatsaelinkirurgia
 - gynekologia
 - silmätaudit
 - gastroenterologia
 - hammas-, suu- ja leukakirurgia
 - korva-, nenä- ja kurkkutaudit
10. Työyksikössäni osaan
 - toteuttaa lääkehoitoa
 - poistaa virtsakatettrin
 - poistaa nenätamponin
 - mitata dreeneritteitä
 - hoitaa rintaleikattuja potilaita
11. Tunnistan mittausten perusteella elintoimintojen häiriöt
12. Osaan toimia, jos potilaalla on ongelmia
 - verenpaineessa
 - sykkeessä
 - tajunnantasossa
 - ohjauksen vastaanottamisessa
 - pahoinvoinnin vuoksi
 - syömisestä suhteen
 - juomisen suhteen
13. Osaan arvioida potilaan kipua
14. Tiedän, miten kipumittaria käytetään
15. Osaan toteuttaa kivun lääkehoitoa
16. Osaan toteuttaa lääkkeetöntä kivunhoitoa
17. Ymmärrän kivunhoidon merkityksen potilaan toipumisessa
18. Tunnistan leikkaushaavalla olevan epänormaalin
 - lämmön

- värin
 - tunnon
 - vuodon
19. Tiedän, milloin haavasidos täytyy vaihtaa steriilisti
 20. Osaan vaihtaa haavasidoksen steriilisti
 21. Ymmärrän virtsanerityksen merkityksen potilaan hoidossa
 22. Tiedän, milloin virtsarakosta tehdään ultraäänitutkimus
 23. Tunnistan ultraääntä käyttäen virtsarakon
 24. Osaan katetroida potilaan virtsarakon
 25. Osaan ohjata virtsarakon kertakatetroinnin potilaalle
 26. Olen saanut ohjauksen katetroinnin opettamiseen
 27. Tiedän milloin potilaan kotiutuskriteerit ovat täyttyneet
 28. Potilaan täyttäessä kotiutuskriteerit
 - Osaan antaa potilaan mukaan oikeat dokumentit
 - löydän tarvittavat dokumentit työyksiköstäni vaivattomasti
 29. Potilasohjaus
 - Osaan ohjata haavanhoidon
 - Olen tyytyväinen potilasohjausosaamiseeni
 - Tunnistan potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet
 - Ymmärrän potilasohjauksen merkityksen potilaan toipumisen kannalta
 - Osaan kirjata antamani potilasohjauksen
 - Potilaalle annettavat materiaalit tukevat ohjaamistani
 30. Kotiutusyksikön tietoperustaa voisi kehittää
 - Työpaikan järjestämällä koulutuksilla
 - Kokoamalla muutamien työntekijöiden ryhmiä, jotka etsivät sovitusta aiheesta tietoa ja jakavat sitten tämän muille
 - En osaa sanoa

Avoimet kysymykset

1. Koetko tarvitsevasi lisäkoulusta? Mihin?
2. Muuttaisitko jotain potilaan kotiutusprosessissa?

Liite 3. Muuttujaluettelo

Kyselyn muuttuja	Lähdeviittaus
Työnkuva	
Koen omaavani hyvät sosiaaliset taidot	Hamlin, Davies, Richardson-Tench & Sutherland-Fraser 2017, 4
Koen omaavani hyvät tietojenkäsittelytaidot	Hamlin, Davies, Richardson-Tench & Sutherland-Fraser 2017, 4
Osaan perustella omaa toimintaani potilaille	Hamlin, Davies, Richardson-Tench & Sutherland-Fraser 2017, 4
Osaan perustella omaa toimintaani omaisille	Hamlin, Davies, Richardson-Tench & Sutherland-Fraser 2017, 4
Käytän työssäni NEWS-pisteytystä	Tucker & Lusher 2018, 76-79
Käytän työssäni ISBAR:ia	Ervast 2013
Saan tarvittavat tiedot potilaasta vuoronvaihdon aikana	Schmidt, Kocher, Mahendran & Denece 2019, 224
Työyksikössämme kiinnitetään riittävästi huomiota potilasturvallisuuteen	Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2011, 14-15
Potilaan seuranta	
Osaan hoitaa potilasta sujuvasti, joka on ollut alla olevan erikoisalan toimenpiteessä -käsikirurgia -neurokirurgia -ortopedia -plastiikkakirurgia -rintaelinkirurgia -urologia -vatsaelinkirurgia -gynekologia -silmätaudit -gastroenterologia -hammas-, suu- ja leukakirurgia -korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri n.d.
Työyksikössäni osaan -toteuttaa lääkehoitoa -poistaa virtsakatetrin -poistaa nenätamponin -mitata dreeneritteitä hoitaa rintaleikkattuja potilaita	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018
Tunnistan mittausten perusteella elintointojen häiriöt	Tucker & Lusher 2018, 76-79
Osaan toimia, jos potilaalla on ongelmia -verenpaineessa -sykkeessä -tajunnantasossa -ohjauksen vastaanottamisessa	Kotiutuminen 2019 Jakobbson, Jildenså, Oddby & Öbrink 2015

-kivunhallinnassa -pahoinvoinnin vuoksi -syömisen suhteen -juomisen suhteen	
Osaan arvioida potilaan kipua Käytän kipumittaria työssäni Osaan toteuttaa kivun lääkehoitoa Osaan toteuttaa lääkkeitöntä kivunhoitoa Ymmärrän kivunhoidon merkityksen potilaan toipumisessa	Karma ym. 2016, 182 Hamlin, Davies, Richardson-Tench & Sutherland-Fraser 2017, 347
Tunnistan leikkaushaavalla olevan epänormaalin: - lämmön - värin - tunnon - vuodon	Karma ym. 2016, 182
Tiedän, milloin haavasidos täytyy vaihtaa steriilisti Osaan vaihtaa haavasidoksen steriilisti	Toimeksiantajan toive
Ymmärrän virtsanerityksen merkityksen potilaan hoidossa Tiedän, milloin virtsarakosta tehdään ultraäänitutkimus Tunnistan ultraääntä käyttäen virtsarakon Osaan katetroida potilaan virtsarakon Osaan ohjata virtsarakon kertakatetroinnin potilaalle Olen saanut ohjauksen katetroinnin opettamiseen	Hammar 2011, 302 Säily, Vasarainen, Sairanen & Taavi 2012, 2244 Toimeksiantajan toive
Potilaan ohjaus	
Tiedän milloin potilaan kotiutuskriteerit ovat täyttyneet	Kotiutuminen 2019
Potilaan täyttäessä kotiutuskriteerit osaan antaa potilaalle oikeat dokumentit löydän tarvittavat dokumentit työyksiköstäni vaivattomasti	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri n.d
Osaan ohjata haavanhoidon Olen tyytyväinen potilasohjausosaamiseen Tunnistan potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet Ymmärrän potilasohjauksen merkityksen potilaan toipumisen kannalta Osaan kirjata antamani potilasohjauksen Potilaalle annettavat materiaalit tukevat ohjaamistani	Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 64 Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2014, 13 Kaakinen 2013, 27 Poskiparta 2015, 15
Kotiutusyksikön tietoperustaa voisi kehittää Etsimällä itse tutkimusnäyttöä Työpaikan järjestämällä koulutuksilla Kokoamalla muutamien työntekijöiden ryhmiä, jotka etsivät sovitusta aiheesta tietoa ja jakavat sitten tämän muille	Korhonen, Holopainen, Kejonen, Mertoja, Eriksson & Korhonen 2014, 46-47

En osaa sanoa	
Koetko tarvitsevasi lisäkoulusta? Mihin?	Toimeksiantajan toive
Muuttaisitko jotain potilaan kotiutusprosessissa?	Toimeksiantajan toive