



Anu-Birgitta Lämsä

**SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUSPOTILAIEN OHJAUKSEN
KEHITTÄMINEN OULUN YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA**

**SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUSPOTILAIEN OHJAUKSEN
KEHITTÄMINEN OULUN YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA**

Anu-Birgitta Lämsä
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden
koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Tekijä: Anu-Birgitta Lämsä

Työn nimi: Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen, yliopettaja, TtT Sirkka-Liisa Halme

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 75 sivua ja 14 liitesivua

Lyhentyneiden hoitajaksojen myötä on ohjausvastuun jakaminen ja ohjaukikäytäntöjen yhtenäistämisen koettu tarpeelliseksi kehittämiskohteeksi laadukkaana ohjauksen toteutukselle. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä sydänpotilaan ohjausmalli. Kehittämistyöni tarkoituksena oli arvioida tämän ohjausmallin toimivuutta ja löytää ohjauksen kehittämiskohteet. Kehittämistyön raportti jakaantuu kolmeen osaan: Ensimmäinen osa kuvaa kehittämistyön suunnittelutyötä, toinen tutkimuksen toteuttamista ja kolmas tutkimuksen pohjalta toteutettua kehittämistyötä.

Tutkimuksen taustassa ja lähtökohdissa perehdytään Oulun yliopistollisen sairaalan sydänpotilaan ohjausmallin kehittämistyöhön ja laadukkaaseen ohjaukseen. Tutkimusosan tarkoituksena oli saada tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemuksista saadusta ohjauksesta ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen, kehitysideoista ohjauksen suhteen sekä yhteistyön toimivuudesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Aineisto kerättiin kahden ryhmähaastattelun avulla. Haastatteluihin osallistui yhdeksän sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen kokenutta henkilöä. Aineisto analysoitiin narratiivisella sisällön analyysillä. Raportissa tulokset esitellään onnistuneen ja kehittämiskohteita sisältävän ohjauksetomuksen muodossa. Tuloksista ilmeni, että pääsääntöisesti potilaat kokivat saavansa riittävää ohjausta. Kotiutuksen yhteydessä ja avoterveydenhuollossa tapahtuva ohjaus koettiin osin puutteelliseksi. Kaivattiin yksilöllistä huomiointia ohjaustilanteissa. Omaisten osuus ja tuki ohjaustilanteissa korostui. Yksilöohjauksen ja kirjallisen materiaalin rinnalla tulisi hyödyntää enemmän myös puhelin-, ryhmä- ja tietokoneavusteisia ohjausmenetelmiä.

Kehittämisosaa sisälsi tutkimustulosten pohjalta tapahtuvan kehittämistyön sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden hoidosta vastuussa olevalla osastolla. Tuloksista käydyn keskustelun perusteella henkilökunta valitsi kehittämiskohteiksi kotiutuksen ja jatkohoidon sujuvuuden. Ohjauksen kehittämissuunnitelma laadittiin dialogista menetelmää, teemanuovonpitoa hyödyntäen. Suunnitelma sisältää neljä kohtaa: kehitetään moniammatillista tiimityötä ohjauksen toteuttajana, tiivistetään yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, kiinnitetään huomiota päivittäiseen ohjauksen kirjaamiseen ja arviointiin sekä huolehditaan, että koko työyhteisö on mukana kehittämistyössä ja kehittämistyön etenemistä tiedotetaan. Työyhteisössä kehittämistyö jatkuu raportin valmistuttua.

Jatkokehitysideoina ovat suunnitelmallisen kehittämistyön jatkaminen, kehittämistyön jälkeen ohjauksen arviointitutkimus sekä yhteistyön tiivistäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa.

Asiasanat: Kehittämistyö, sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, potilasohjaus, ryhmähaastattelu, dialogiset verkostomenetelmät

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion

Author: Anu-Birgitta Lämsä

Title of thesis: Development of Guidance among Coronary Artery Bypass Surgery Patients in the Oulu University Hospital

Supervisors: Principal Lecturer, PhD Hilikka Honkanen, Principal Lecturer, PhD Sirkka-Liisa Halme

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011 Number of pages: 75 and 14 appendixes

As care periods have become shorter, development in delegation of guidance responsibilities and in standardisation of guidance practises has proved to be necessary in the implementation of quality guidance. A guidance model for cardiac patients is being used in the Northern Ostrobothnia Hospital District. The aim of the development work was to evaluate the functionality of the guidance model and to determine the areas in need of development. The report on the development work is divided into three sections: The first section describes the planning phase of the development work; the second section depicts the execution of the research work and the third section represents the development work that was implemented on the basis of the research. The background and basis for research section of the study introduces the development work and high quality guidance in the Oulu University Hospital's cardiac patient guidance model. The aim of the research section was to yield information on coronary bypass surgery patients' experiences on the guidance they have received before and after the surgery, their suggestions for further development of the guidance, as well as their thoughts on the co-operation between special health care and primary health care. The data of the study was gathered via two group interviews. Nine persons who had gone through coronary artery bypass surgery participated in the interviews. The data was analysed in the method of narrative content analysis. The results of the study are presented in the form of a successful and developable guidance report. The results of the study indicated that the patients principally felt that they had received adequate guidance. Guidance in patient discharge and community care was found partially inadequate. The patients expressed a need for personalised attention in guidance situations. Family participation and support in guidance situations was emphasised. It was suggested that telephone, group and computer aided guidance methods should be further utilised, along with personalised guidance and written material. The development section included research-based development work within the unit responsible for the care of coronary bypass surgery patients. Based on discussions over the results, the staff chose fluency of patient discharge and after-care as targets for development. The development plan was formulated by using a dialogical network method, thematic discussion. The plan consists of four points: The cultivation of multi-professional teamwork as means of guidance, a closer cooperation with primary health care, paying attention to daily documentation and evaluation of guidance, and making sure that the entire work community is involved in the development work and that its progress is reported on. The work community will continue on with the development after the completion of the report. Ideas for further development are the continuing of systematic development work, evaluative research of the guidance model after the completion of the development work, as well as closer cooperation between primary health care and specialised care.

Key words: Development work, coronary bypass surgery, patient guidance, group interview, dialogical network methods

SISÄLLYS

JOHDANTO	8
OSA I KEHITTÄMISTYÖN SUUNNITELU	10
1 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	10
2 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI - TUTKIMUSAVUSTEISTA KEHITTÄMISTÄ.....	12
3 KEHITTÄMISTYÖTÄ OHJANNUT TIETO SYDÄNPOTILAAN HYVÄSTÄ OHJAUksesta.....	14
3.1 Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan laadukas ohjaus.....	14
3.2 Laadukkaan ohjauksen perusta	15
3.3 Laadukkaan ohjauksen keskeiset tekijät.....	16
3.3.1 Sairaalaan tulovaiheen ohjaus.....	17
3.3.2 Osastovaiheen ohjaus	18
3.3.3 Sairaalasta kotiinlätövaiheen ohjaus.....	19
3.3.4 Ohjaus ja seuranta avoterveydenhuollon vastaanotolla.....	20
3.4 Laadukkaan ohjauksen ehdot	21
3.5 Laadukkaan ohjauksen seuraukset.....	23
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
OSA II TUTKIMUS SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUSPOTILAIDEN OHJAUSKOKEMUKSISTA.....	26
1 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
1.1 Tutkimustehtävät	27
1.2 Ryhmähaastattelu ja aineiston keruu	27
1.3 Aineiston analysointi	29
2 TUTKIMUKSEN TULOKSET OHJAUSKERTOMUKSINA	31
2.1 Onnistunut ohjauskertomus	31
2.2 Kehittämiskohteita sisältävä ohjauskertomus	36
3 TULOSTEN TARKASTELUA.....	41
3.1 Sairaalaan tulovaiheen ohjaus.....	41
3.2 Osastovaiheen ohjaus	42
3.3 Sairaalasta kotiinlätövaiheen ohjaus.....	43
3.4 Ohjaus ja seuranta avoterveydenhuollon vastaanotolla.....	45
3.5 Tutkimustulosten yhteenveto	46
4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	49

4.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset	49
4.2 Tutkimuksen luotettavuus	50
4.3 Johtopäätökset	51
OSA III KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ.....	52
1 KEHITTÄMISSUUNNITELMAN LAATIMINEN SEPELVALTIMOIDEN	
OHITUSLEIKKAUSPOTILAIEN OHJAUKSEEN	52
1.1 Dialogisen verkostopalaverin hyödyntäminen suunnittelutyössä	52
1.2 Huolen vyöhykkeistö aihealueen rajaamisessa	53
1.3 Teemanuovonpito	55
1.3.1 Ajatukset ja mietteet tulevaisuudesta.....	56
1.3.2 Myönteisen kehityksen mahdollistajat.....	57
1.3.3 Huolen aiheet ohjauksessa ja niiden kehittäminen	57
1.3.4 Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksen kehittämisen suunnitelma	58
2 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTIA	60
2.1 Teemanuovonpidon arviointia kehittämistyön menetelmänä	61
2.2 Ohjauksen kehittämissuunnitelman arviointia	63
2.3 Jatkokehittämideoita.....	64
LÄHTEET	65
LIITTEET	75

KUVIOT JA LIITTEET

Kuvio 1. Kehittämistyön prosessi

Kuvio 2. Potilasohjauksen hypoteettinen laatumalli

Kuvio 3. Huolen vyöhykkeistö sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa ja huolta vähentävät menetelmät.

Liite 1. Saatekirje haastattelupyyntöä varten

Liite 2. Tutkittavan suostumusasiakirja

Liite 3. Ryhmähaastattelu terveysalan tutkimuksissa

Liite 4. Teemahaastattelurunko

Liite 5. Aineiston jaottelua

Liite 6. Kutsu kehittämisiltapäivään

JOHDANTO

Opinnäytetyöni on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon, terveyden edistämisen koulutusohjelman työelämälähtöinen kehittämistyö. Aiheena on sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan ohjauksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS). Opinnäytetyö koostuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa (OSA I) kuvataan kehittämistyön suunnitteluvaihetta; lähtökohtia, toimintaympäristöä, teoreettisia valintoja, työn tarkoitusta ja tavoitteita. Toinen osa (OSA II) muodostuu tutkimusosasta ja kolmas osa (OSA III) kehittämisosasta. Tutkimusosassa kuvataan sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia saadusta ohjauksesta. Kehittämisosassa on laadittu tutkimuksen tulosten pohjalta ohjauksen kehittämissuunnitelma yhdessä sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaita hoitavan vuodeosaston henkilökunnan kanssa.

Keskimäen, Aallon, Häkkisen, Klaukan, Manderbackan, Reunasen ja Viehkon (2004) tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautia sairastavien koettu terveys, elämänlaatu ja sosiaalinen toimintakyky ovat selvästi huonompia verrattuna muiden saman ikäisten terveyteen. Vaaratekijöiden vähentämisellä on edelleen tärkeä osuus sepelvaltimotautia sairastavien hoidossa. Terveyden edistämisen sisältönä yksilötasolla, esimerkiksi sepelvaltimotautia sairastavan kohdalla, ovat sairauksien ehkäisy, hoito, kuntoutus ja terveyden ylläpitäminen terveellisten elämäntapojen avulla. Toimintamodoissa korostuvat terveystarkastukset ja -neuvonta, terveystarkastukset, seulonnat ja terveyden suojeleminen. (Keskimäki ym. 2004, 15, 35-39; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15-16.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden pitkäaikaisennuste on koko ajan parantunut, vaikka potilaiden keski-ikä on noussut ja riskitekijöiden määrä on lisääntynyt. Ohitusleikkauksella koetaan olevan elämänlaatua kohentava vaikutus. Edelleen korostetaan ehkäisevän hoidon merkitystä ja voimaperäistä puuttumista sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin. Kansansairauksien ennaltaehkäisy ja terveydenhuollon avopainotteisuuden lisääntyminen edellyttävät ihmisiltä itseltään aktiivista otetta terveyttä koskevissa kysymyksissä. Palvelurakenteella ja voimavaroihin painottuvalla työotteella voidaan terveystalouden muutosta edelleen edistää. (Häggman-Laitila 1999, 56-57; Jokinen, Mustonen, Rehnberg, Hippeläinen & Hartikainen 2001, 2037-2043.)

Ohjauksen merkitys on entisestään korostunut lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi ja aikaa potilaiden ohjaamiseen on vähän. Kuitenkin annetun ohjauksen turvin potilaiden on selviydyttävä kotona ja opittava hoitamaan itseään. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola &

Torppa 2005, 10.) Terveyskasvatusohjelmat ovat nivoutuneet osaksi terveydenhuollon palveluja ja ohjaus on keskeinen osa terveystieteistä. Ne tarjoavat tietoa tai auttavat taitojen kehittämisessä, jotta ihmiset voivat omaehtoisesti muuttaa käyttäytymistään. Samalla tarkoituksena on parantaa ihmisten itsetuntoa ja edistää oma-aloitteisuutta. Laadukkaalla ja riittävällä ohjauksella vahvistetaan yksilön koherenssin tunnetta, joka vaikuttaa elämän hallintaan. Koherenssin tunteeseen sisältyy tarkoituksellisuus, hallittavuus ja ymmärrettävyys. (Savola ym. 2005, 75-77.)

Herrala ja Aalto (2010, 173) toteavat, että erikoissairaanhoidon voi monipuolisesti tukea terveyden edistämistyötä alueellaan. Muutamia esimerkkejä ovat terveystieteellisten tutkimusten aktivointi, opinnäytetöiden tekeminen, erikoissairaanhoidon asiantuntijuuden hyödyntäminen, saumattomien hoitoketjujen suunnittelu, terveyttä edistävän ohjeistus- ja potilasohjausmateriaalien tuottaminen, sairaanhoitopiirin viestintä, väestön elintapoihin vaikuttaminen ja henkilöstön koulutus. Erikoissairaanhoidolla on myös valmiudet koordinoita laajoja valtakunnallisiakin hankkeita.

Uuden terveydenhuoltolain tarkoituksena on nostaa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuntien eri toimijoiden yhteiseksi tehtäväksi (Terveydenhuoltolaki, eduskunta, hakupäivä 13.1.2011). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen yksikkö on kartoittanut osallisuuden terveyden edistämiseksi vuoden 2010 toimintasuunnitelmassa. Tässä korostuvat koulutus, kehittäminen, tutkimuksen, viestinnän ja yhteistyön keinot alueen terveyden edistämiseksi. Alueella on myös tärkeitä hankkeita ja projekteja, joissa terveyden edistämisen yksikkö on mukana tai koordinoimassa niitä, esimerkiksi Terveempi Pohjois-Suomi hanke. (Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma 2010, 1-18.) Opinnäytetyöni lisää terveyden edistämisen näkökulmaa erikoissairaanhoidossa ja kehittää saumatonta ohjausta alueellamme.

OSA I KEHITTÄMISTYÖN SUUNNITELU

1 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämisen konferenssissa Ottawassa 1986 laadittiin toimintalinjat, joiden tarkoituksena on kansainvälisesti rakentaa terveyden edistämisen politiikkaa yli sektorirajojen, luoda tukea antava ympäristö, vahvistaa yhteisöllistä toimintaa, kehittää persoonallisia taitoja ja suunnata terveyspalveluita. (Ottawa charter for Health Promotion 1986.) Suomessa konferenssin toimintalinjojen avulla ovat muotoutuneet terveyden edistämisen laatusuositukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006), terveyden edistämisen politiikkaohjelma (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007) ja sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE). Suomen terveyspolitiikan tavoitteena on kansalaisten osallisuuden lisääminen, eriarvoisuuden vähentäminen, hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen sekä alueellisten erojen pienentäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 4). Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmalla vuosille 2007-2017 on päämääränä saada nykyistä laajempaa ja koordinoitumpaa yhteistyötä kaikkien maakunnan hyvinvointitoimijoiden kesken ja samalla saada nostettua toimenpiteiden vaikuttavuutta nykytasosta. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2008, 8.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategiasuunnitelmassa vuoteen 2008 on huomioitu sairaanhoitopiirin palvelujen laatu ja joustavuus. Toimenpiteinä ovat Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien yhteistyön tiivistäminen ja työnjaon selkiyttäminen päällekkäisyyksien poistamiseksi edistämällä kokeiluja uusista palvelumalleista. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2007, 9.) Vuosien 2010-2015 strategiasuunnitelmassa korkeatasoisten erikoissairaanhoidon palvelujen takaamiseksi kehitetään organisaatiota, palveluprosesseja ja yhteistyötä tiivistetään yhteistyökumppanien kanssa, joista esimerkkinä on saumaton palveluketju erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010, 2-12). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri kuuluu Suomen terveyttä edistävien sairaaloiden verkostoon (Jäsenyys, Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry 2009, hakupäivä 13.2.2011.) ja terveyden edistäminen on huomioitu strategiassa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja sen työntekijät vai-

kuttavat ihmisten elintapoihin ja kannustavat heitä ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010, 2-12.)

Useiden potilasryhmien osalta on kehitetty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä yhteisiä palvelumalleja. Myös sydänpotilaan ohjaukseen kehittämiseksi on ollut kehittämishanke Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin erityisvastuualueella. Hankkeen ansiosta muotoutui sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli. Mallissa on eritelty ohjauksen vaiheet hoitoketjun mukaisesti huomioiden ohjauksen sisältö, jatkuvuus ja tiedon siirtyminen koko prosessin ajan. Ohjausmalli sisältää sydänhoitajien yhteistiedot ja yhteneväiset potilasohjausaineistot. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30-31; Kaarlela, Kaski-Martinviita & Kukkonen 2008, 20-24; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2007, 68.)

Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisella vuodeosastolla 3 on käytössä sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja sydämen läppäleikkauspotilaiden kotiutustilanteissa. Kirurgian klinikan ylihoitajan Mirjam Ingetin ja osastonhoitaja Virpi Isakssonin toiveesta haettiin tutkimuksen avulla kartoittaa sydämen sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia saadusta ohjauksesta, koska leikkauspotilaiden antama palaute sopeutumisvalmennuskurssilla on ollut usein negatiivista. Kurssilaiset ovat kokeneet, etteivät ole saaneet ohjausta sairaalassa ollessaan tai se ei ole ollut riittävää. Leikkauspotilaiden kokemusten, ohjausmallin tavoitteiden ja tutkimusten pohjalta saadaan arvokasta arviointitietoa ja johtopäätöksiä. Kehittämissuosituksien avulla vuodeosaston ohjauksen käytäntöjä ja yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa pystytään tehostamaan, luodaan yhdessä vuodeosaston henkilökunnan kanssa.

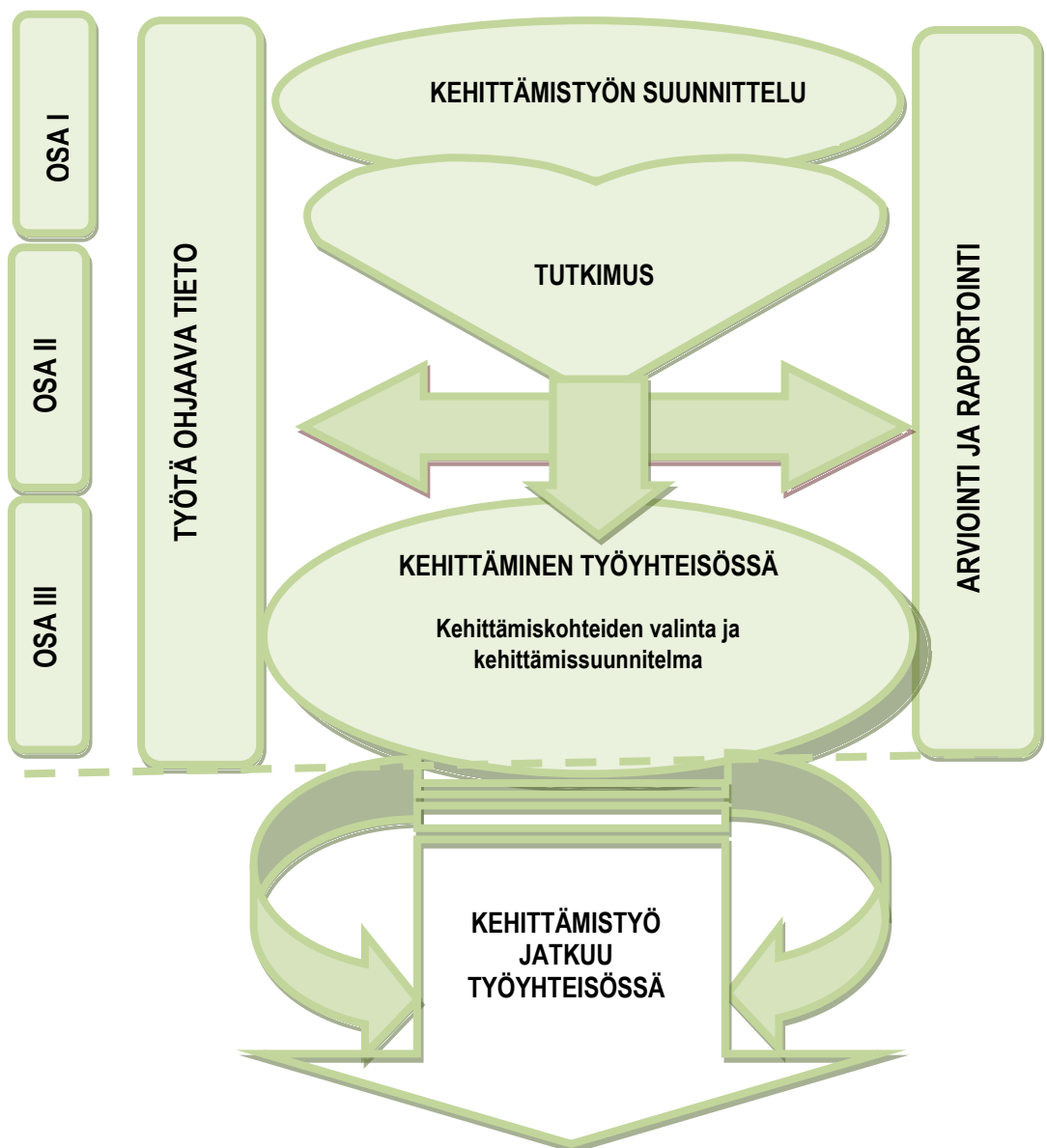
2 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI — TUTKIMUSAVUSTEISTA KEHITTÄMISTÄ

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa. Silloin tietoa tuotetaan aidoissa toimintaympäristöissä ja tutkimukselliset menetelmät toimivat apuna. Tutkimuksellinen kehittäminen on tiedontuotantoa, uudenlaista tiedonmuodostusta, jossa tutkimus on avustavassa roolissa. Tutkimuksellisen kehitystoiminnan avulla tavoitellaan konkreettista muutosta ja samalla pyritään perusteltuun tiedon tuottamiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 22-23.)

Kehittäminen on yleensä vaihderikas prosessi, joka sisältää tutkimista, kokeilemista, uusien ja samalla parempien toimintatapojen uudistamista työyhteisössä (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2006, 5-6). Toikko ym. (2009, 33) kirjoittaa, että tutkimusavusteinen kehittäminen voidaan nähdä käytäntöön suuntautuneena toimintana, jonka tavoitteena on olemassa olevan tilanteen kehittäminen tieteellistä tietoa hyödyntäen. Tämä kehittäminen on kolmiosainen, josta ensimmäinen osa (OSA I) sisältää kehittämistyön suunnittelua, taustojen ja lähtökohtien kuvaamista sekä tutkimuksiin pohjautuvaa tietoa laadukkaasta ohjauksesta. OSA II on kehittämistyön tutkimuksellinen osuus, jossa tuotetaan tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjaukokemuksista.

Kehittäminen kolmas osuus (OSA III) sisältää työyhteisössä tapahtuvaa osallistavaa kehittämistä Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 3 henkilökunnan kanssa. Se sisältää tutkimuksen tulosten arviointia, kehittämiskohteiden valinnan ja kehittämissuunnitelman laatimisen. Osallistamisen periaatteeseen kuuluu, että arvioinnissa ja kehittämisessä käytetään eri toimijoita osallistavia menetelmiä. Samalla tuetaan demokratian, tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja elämän edistämisen periaatteita. (Kivipelto 2008, 24.) Kehittämisessä aktiivisesti osallistutaan kehittämiseen, jolloin prosessissa korostuu toimijoiden oma osallistuminen hankkeen suunnitteluun, toteutukseen ja tulosten hyödyntämiseen jatkuvassa parannus- ja kehittämisessä (Anttila 2007, 11-12). Työyhteisön lisäksi kehittämistyötä tapahtuu yksittäisten työntekijöiden toiminnassa, jolloin yksilö kehittyy taidoissaan ja tiedoissaan sekä ymmärtää paremmin muutoksen hyödyt (Seppänen-Järvelä ym. 2006, 5-6). Osallistuvuuden periaatteiden toteututtua työntekijät aktivoituvat tekemään oma-aloitteisesti tarvittavia uudistuksia ja kehittämistoimia (Kivipelto 2008, 24). Aktiivinen osallistuminen on mahdollista avoimessa vuorovaikutustilanteessa, jolloin dialogissa korostuvat halu kysyä ja oppia toisilta. (Toikko ym. 2009, 93).

Opinnäytetyöni raportti koostuu näiden eri vaiheen kuvauksesta ja päättyy kehittämissuositusten laatimiseen. Suositusten pohjalta tapahtuva kehittäminen työyhteisössä jää tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Kehittämistyössä on kysymys uusien työsuhteiden avaamisesta, ongelmien kohtaamisesta, oppimisesta, muutoksesta ja kehittämyksen elementtien kokonaisuuden hallinnasta (Seppänen-Järvelä ym. 2006, 5-6). Kehittämistyössä tuodaan terveyden edistämistä olennaiseksi osaksi erikoissairaanhoidon sekä pyritään saumattomaan palveluketjuun sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa. Kehittämistyön prosessia kuvataan kuviossa 1.

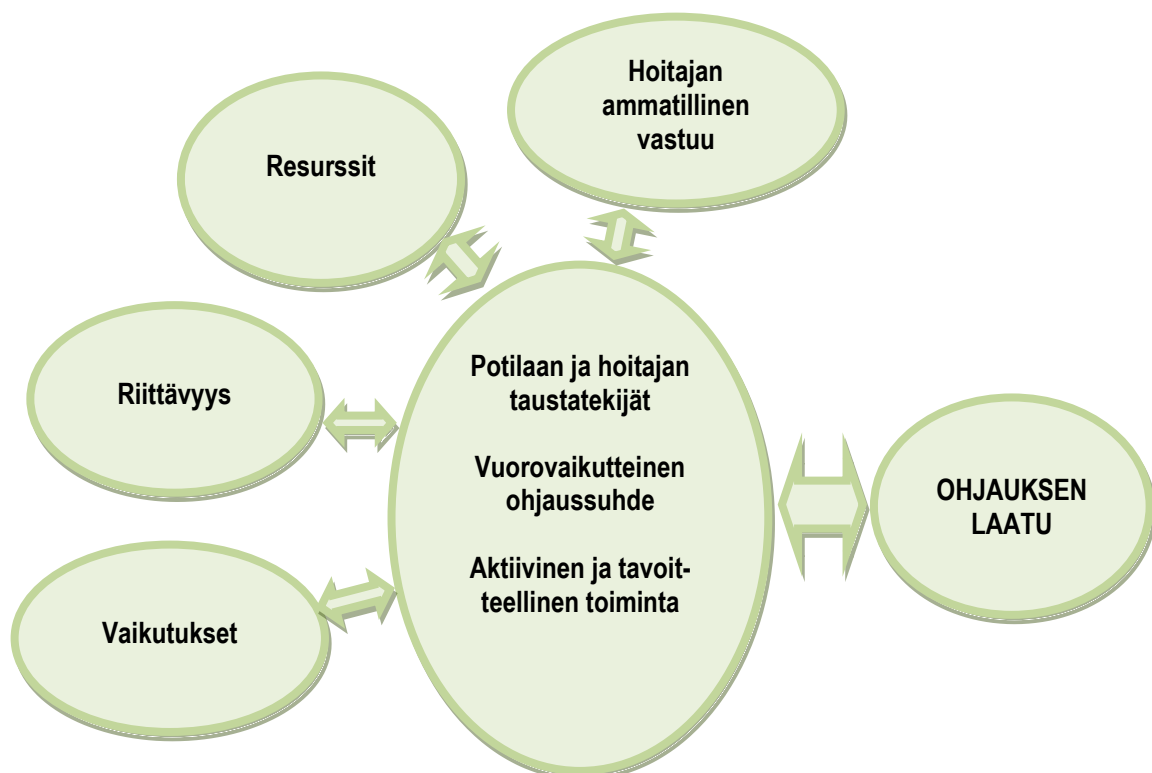


KUVIO 1. Kehittämistyön prosessi

3 KEHITTÄMISTYÖTÄ OHJANNUT TIETO SYDÄNPOTILAAN HYVÄSTÄ OHJAUKSESTA

3.1 Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan laadukas ohjaus

Kääriäisen (2007, 116) luoman hypoteettisen mallin mukaan laadukas ohjaus sisältää hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssien toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa (kuvio 2). Sepelvaltimotaudin hoidossa on monia vaiheita ja ihanteellisinta olisikin, että diagnosointi, hoitomuodot ja seuranta jatkuvat katkeamattomana hoitoketjuna. Terveystieteiden sisäinen työpaja ja yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa toimii. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden hoito ja ohjaus on suunnitelmallista, jatkuvaa ja riittävää. (Kaarlela ym. 2008, 19.)



KUVIO 2. Potilasohjauksen hypoteettinen laatumalli (Kääriäinen 2007).

3.2 Laadukkaan ohjauksen perusta

Laadukkaan ohjauksen perustana ovat hoitajan filosofiset - ja eettiset lähtökohdat sekä ohjauksvalmiudet. Näiden avulla hoitajalla on ammatillinen vastuu edistää potilaan valintoja ohjauksprosessin kaikissa vaiheissa. (Kääriäinen 2008, 10-11; Kääriäinen 2007, 116.)

Filosofiset lähtökohdat

Ohjauksen voi ymmärtää monilla eri tavoilla. Sen voi esimerkiksi käsittää moraaliseksi velvoitteeksi, hoitotyön toiminnoksi tai hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi. Tärkeää on, että ohjauksessa potilas on aktiivinen subjekti, toimija ja vastuunkantaja. (Kääriäinen 2008, 11.) Ohjauksen taustalle voi liittää konstruktivistisen oppimiskäsityksen. Ominaista sille on, että ihminen prosessoi informaatiota jatkuvasti ja se on kokonaisvaltainen prosessi. Se aiheuttaa muutoksia käsityksissämme, taidoissamme, tiedoissamme ja tunteissamme jne. (Rauste-von Wright & von Wright 1994, 19-20.)

Ohjauksessa on keskeistä kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä (laki 1992/785, 6 §). Tämän myötä potilaille on aina annettava vastuu valinnoistaan, toiminnastaan ja päätöksenteostaan. Potilaalla on oikeus päättää ohjauksestaan ja siitä, miten hän ohjauksen avulla toimii. Hoitajan tulee kuitenkin varmistua siitä, että potilaalla on riittävät taustatiedot tehdä itsenäisiä päätöksiä ja toimia omalla tavalla. (Kääriäinen 2008, 11.)

Eettiset lähtökohdat

Terveyden edistämisessä eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeiden kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus. Lisäksi tärkeitä elementtejä eettisissä lähtökohdissa ovat voimavarojen vahvistaminen, vastuullisuus ja osallisuus. Eettiset lähtökohdat perustuvat aina arvomaailmalle, johon vaikuttavat kulttuuri ja aikakausi. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 18-19.)

Eettisissä lähtökohdissa sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja lähihoitajien (jatkossa hoitajien) täytyy tarkastella omaa asennoitumistaan ohjaukseen, koska myönteinen asennoituminen välittyy potilasohjauksessa myös potilaalle. Perusteita ohjaukselle ja oman ohjaustoiminnan ymmärtämiselle hoitaja saa terveydenhuollon eettisistä periaatteista (Etene 2001), ammattietikasta (Sai-

raanhoitajan eettiset ohjeet) sekä terveyden edistämisen eettisistä haasteista (Etene 2008). Yhtä oikeaa tapaa ohjata potilasta ei ole, joten hoitajan tulisi tietoisesti työstää omia arvojaan, käsityksiään ja näkemyksiään siitä, miten ja miksi potilasta ohjaa (Kääriäinen 2008, 11).

Ohjausvalmiudet

Hoitajan osaamisvaatimusten ydinalueena pidetään ohjausvalmiuksia. Hoitajan rooli on toimia asiantuntijana ohjausprosessissa. Tämä edellyttää hyvät tiedot ja taidot ohjattavasta asiasta sekä oppimisen periaatteista. (Kääriäinen 2008, 11.) Konstruktivistinen oppiminen voidaan määritellä siten, että ihmisen kognitiiviset taidot, kuten muistaminen, havaitseminen ja ajattelemien nivoutuvat toisiinsa saumattomasti. Oppiminen ja toiminta korostuvat, jolloin voidaan sanoa, että opimme toiminnan välityksellä toimintaa varten. Informaation vastaanottajana olemme valikoivia ja tulkitsevia. (Rauste-von Wright ym. 1994, 19-20.) Tämän vuoksi hoitajan tulisi hallita erilaisten ohjausmenetelmien käyttö (Kääriäinen 2008,11).

Ohjausvalmiuksiin luetaan myös vuorovaikutus- ja päätöksentekotaidot. Näiden hallinnan myötä hoitaja antaa oikea-aikaista ohjausta, jossa on huomioitu suotuisa ilmapiiri ja ohjausympäristö. Samalla hoitaja huomioi ohjausprosessin jatkuvuuden, arvioinnin ja kirjaamisen. Ohjausvalmiuksien turvaamiseksi hoitajilla on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan. (Kääriäinen 2008, 12.)

3.3 Laadukkaan ohjauksen keskeiset tekijät

Kääriäisen (2007, 115-117) hypoteettisen laadukkaan ohjauksen keskeiset tekijät koostuvat potilaan ja hoitajan taustatekijöistä, vuorovaikutteisesta ohjaussuhteesta sekä aktiivisesta ja tavoitteellisesta toiminnasta. Osalla sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta toipuminen sujuu ongelmitta, mutta useimmiten kuntoutuminen on monimutkainen prosessi, johon ohjauksen avulla voidaan vaikuttaa (Tolmie, Lindsay & Belcher 2006, 7). Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjausprosessin jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää, että kaikki potilaan hoitoon ja ohjaukseen liittyvät asiat kirjataan huolellisesti. (Kaarlela ym. 2008, 50).

3.3.1 Sairaalaan tulovaiheen ohjaus

Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen saapuvan potilaan ohjauksessa toimii moniammattillinen yhteistyö. Ohjauksen antamiseen osallistuvat sairaanhoitaja, lääkärit ja fysioterapeutit. (Kaarlela ym. 2008, 24-25.)

Ohjaajan taustatekijöiden huomiointi vaikuttaa potilasohjaukseen, koska potilaan iällä, koulutuksella ja sukupuolella yms. tekijöillä on vaikutusta hoitajan toimintaan, ohjauksen asennoitumiseen sekä ohjauksessa tarvitsemiin tietoihin ja taitoihin. Hoitajan motivaatiolla on suuri merkitys ohjauksen onnistumiseen. Myös arvot ja maailmankatsomus vaikuttavat siihen, miten potilas ja ohjaaja lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. (Kääriäinen 2008, 12.)

Potilaan taustatietojen kartoitus kuuluu lääkärille ja hoitajalle. Taustatietojen ja ohjaustarpeen kartoitus on tärkeä osa potilaslähtöistä ohjausta, sen suunnittelua ja toteutusta. (Kaarlela ym. 2008, 33-34; Kähkönen 2009, 44; Kääriäinen 2007, 12; Tunturi-Kemppainen 2008, 48.) Ohjauksessa huomioidaan potilas yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti (Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010, 265). Ohjaukseen vaikuttavat potilaan fyysiset taustatekijät ja se, miten potilaat vastaanottavat ohjausta (Kähkönen 2009, 44; Kääriäinen 2007, 12). Psykkisistä tekijöistä pelot, jännitys (Tunturi-Kemppainen 2008, 47) ja motivaatio vaikuttavat siihen, pystyykö ja halutaanko omaksua hoitoon liittyviä asioita ennen leikkausta (Kääriäinen 2007, 12).

Hoitajan tärkeimpänä tehtävänä on vastaanottaa potilas, rauhoittaa ja tukea potilasta sekä selkiyttää sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen liittyvät asiat potilaalle (Kaarlela ym. 2008, 24; Koivula & Åstedt-Kurki 2004, 59). Tarvitaan halua ja aikaa huomioida potilaan yksilölliset tarpeet sekä taitoa pysähtyä potilaan esille tuomien huolten edessä. Tässä tarvitaan potilaan todellista kuulemistä. (Pietilä ym. 2010, 265.)

Ohjaustilanteet ennen leikkausta ovat kaksisuuntaisia. Potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun, tarjotaan mahdollisuutta kysyä ja annetaan palautetta. (Kääriäinen 2007, 12). Potilaan osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon on merkittävä vaihe leikkauksen onnistumisen kannalta (Kaarlela ym. 2008, 24). Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta ohjauksessa edellyttää potilaalta vastuullisuutta, johon heitä on rohkaistava. Hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta ja sen toteutuksesta, jos potilas itse ei voi vastata omasta hoidostaan. (Kääriäinen 2008, 12.)

Tunturi-Kemppaisen (2008, 47-49) tutkimuksen mukaan sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat ovat tyytyväisiä ennen leikkausta saamansa tietoon, koska lääkärit ja hoitajat toistavat ohjauksiinsa samoja asioita. Samalla todettiin, että leikkausta edeltävänä päivänä annettu ohjaus on tehokkainta. Ohjauksessa korostuu lääkehoidon, leikkauksen jälkeisen kivunhoidon, toimintakyvyn palautumisen, kuntoutuksen ja jatkohoidon osuus. Kähkösen (2009, 45) tutkimuksessa perään kuulutetaan realistista tiedollista ohjausta ennen ohitusleikkausta. Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2004, 58-59) tutkimuksen mukaan pelkoa ja jännittyneisyyttä ennen leikkausta vähentää osastolla tapahtuvat valmistelu, tieto ja potilastovereiden rohkaisu.

Omaisten osallistuminen ohjaustilanteisiin sairaalan tullessa edesauttaa omaisten tiedon saantia ja he voivat tarvittaessa antaa lisää taustatietoja potilaasta (Kaarlela yms. 2008, 24-25; Kähkönen 2009, 45). Tunturi-Kemppaisen (2008, 48) tutkimuksen mukaan omaiset tarvitsevat enemmän tietoa potilaan hoidosta. Tämän vuoksi omaisten huomiointi ja mukaan ottaminen leikkausta edeltävään ohjaukseen on tarpeen.

3.3.2 Osastovaiheen ohjaus

Osastovaiheen ohjaus jatkuu moniammatillisena yhteistyönä, joka poistaa päällekkäisyyttä eri ammattiryhmien välillä (Kaarlela ym. 2008, 25; Kääriäinen 2008, 13). Yhteistyössä työskentelevät hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, osastofarmaseutti ja tarvittaessa III-sektori. (Kaarlela ym. 2008, 26.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen potilaat ovat akuuttivaiheessa, jolloin he tarvitsevat rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa ohjausta (Kähkönen 2009, 45). Hoitajan ohjauksessa keskitytään potilaan kotona selviytymisen kannalta tärkeisiin asioihin. Näistä keskeisimpinä nousevat esiin: milloin ja minne otetaan yhteyttä voinnin huonontuessa, lääkitys, mieliala, liikunta, haavojen paraneminen, verenpaineen seuranta ja tarvittaessa potilaan muut yksilölliset tarpeet. (Kaarlela ym. 2008, 25-26.)

Ohjauksessa hoitaja ja potilas yhdessä suunnittelevat ja rakentavat tavoitteellista ohjausprosessia. Samalla edistetään potilaan tietoisuuttaan omasta toiminnastaan. (Kääriäinen 2008, 12.) Ohjauksen tavoitteena on motivoida potilasta elämäntapamuutoksiin riskitekijöiden osalta. (Kaarlela ym. 2008, 25). Voimavaraistavissa työmenetelmissä keskeisintä on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus (Pietilä ym. 2010, 265). Motivoivan haastattelun avulla, joka sisältää reflektiivisen

kuuntelemisen, avointen kysymysten esittämisen, potilaan tukemisen ja asioiden kertaamisen, voidaan parhaiten tukea potilaslähtöistä ohjausta, tiedon antamista, potilaan voimaantumista, palautteen antamista ohjausprosessissa sekä tiedostaa, miten ohjausta tulisi suunnata (Voutilainen 2010, 31-33), jotta potilas ottaa vastuuta omasta hoidostaan (Kaarlela ym. 2008, 25).

Ohjauksessa huomioidaan myös omainen. Muuttuneen elämäntilanteen vuoksi omainen tarvitsee tukea ja tietoa. (Kaarlela ym. 2008, 25; Theobald & McMurray 2004, 489.) Henkilökunnan on tiedostettava roolinsa aloitteentekijänä, jotta vuorovaikutustilanne omaisten kanssa onnistuu ja samalla tarjotaan mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun potilaan sairaalahoidon aikana. (Hopia, Rantanen, Mattila, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004, 28; Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Åstedt-Kurki 2009, 301.) Omaisilla on myös tärkeä rooli potilaan selviytymisen kannalta (Kaarlela 2008, 25; Theobald ym. 2004, 485-486). Omaisten vointia ja jaksamista on tarvittaessa hyvä tiedustella. Perheen tilannetta tulisi arvioida systemaattisesti, jotta kotiutuminen voidaan suunnitella ja toteuttaa perheen tarpeiden mukaan. (Hopia ym. 2004, 28; Mattila ym. 2009, 301; Theobald ym. 2004, 487.)

3.3.3 Sairaalasta kotiinlähtövaiheen ohjaus

Ohjauksen ja hoidon jatkuvuuden kannalta kotiinlähtövaiheen ohjaus on tärkeä osatekijä. Kotiinlähtövaiheen ohjauksen antajina ovat hoitaja ja lääkäri. (Kaarlela ym. 2008, 27.) Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen ensimmäiset neljä viikkoa ovat potilaalle fyysisesti raskainta aikaa ja mielen alavireisyys on yleinen ongelma, joka hidastaa leikkauksesta toipumista. Varhaiseen ohjaukseen ja tukeen tulee kiinnittää huomiota. (Kähkönen 2009, 46.)

Sairaalassa oloajat ovat lyhyitä ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaus on suuri asia, jonka vuoksi potilas kykenee vasta kotona pitkän ajan jälkeen ymmärtämään tapahtuneen ja käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä uusia haasteita. Tärkeää on, että hoitaja ja potilas yhdessä arvioivat kotona selviytymistä, ohjauksen riittävyttä ja vaikuttavuutta. (Kaarlela ym. 2008, 27.) Tavoitteellinen ja aktiivinen ohjaus sisältää potilaan näkemyksen hoidosta ja näin ollen edistää hänen tyytyväisyyttään ja sitoutumista omaan hoitoonsa (Kääriäinen 2008, 12-13).

Omaisten osallistuminen kotiutuksen ja jatkohoidon ohjaukseen parantaa ohjauksen laatua (Kaarlela ym. 2008, 27). Potilaat haluavat, että omaiset otetaan mukaan ohjaukseen ja rohkaistaan yhteistyöhön. Omaisten läsnäolo ohjaustilanteissa auttaa välttämään väärinkäsityksiltä sekä tulkit-

semaan ja käyttämään saatua ohjausta hyödyksi kotona. (Kääriäinen 2008, 12.) Sosiaalisella verkostolla on merkitystä potilaiden toipumiseen ja selviytymiseen leikkauksesta (Kähkönen 2009, 45). Myös hyvin ohjattu omainen osaa tukea läheisensä omatoimisuutta hänen terveyttään edistävällä tavalla (Pietilä ym. 2010, 266).

Hoitaja varmistaa, että potilaalla on riittävät tiedot ja palvelut kotona selviytymiseen. Hän varmistaa potilaan kanssa lääkehoidon ja antaa lääkekortin. Hoitaja varaa tarvittaessa ajan ryhmäohjauksiin ja sydänhoitajalle sekä antaa tietoa kuntoutumisasioista ja ohjaa, miten hakeudutaan sopeutusvalmennuskursseilla ja liikuntaryhmiin. Seurantakäyntejä varten hoitaja antaa ohjaukskaavakkeen ja sydänhoitajan yhteystiedot potilaalle. (Kaarlela ym. 2008, 27, 29.) Oikein ajoitettu ohjaus on merkittävä tekijä sairauden kanssa selviytymisessä, tiedon omaksumisessa ja potilaiden pysymisessä hoidon piirissä. Ohjauksen painopisteen siirtyminen sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan on huomioitava. Yhteistyö esikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä tiedonkulku on tärkeää ohjauksen jatkuvuuden kannalta. (Kähkönen 2009, 45.)

3.3.4 Ohjaus ja seuranta avoterveydenhuollon vastaanotolla

Sairaalasta saadun ohjauksen turvin potilas joutuu usein odottamaan suunniteltua kontrollikäyntiä lääkärille 1-2 kuukautta. Sydänpotilaan ohjauksmallissa terveyskeskusten sydänhoitajat tavoittaisivat potilaat jo aikaisemmin noin 3-4 viikon kuluttua kotiutuksesta. (Kaarlela ym. 2008, 28, 42.) Kähkönen (2009, 47) tutkimus osoittaa, että hoitajalähtöinen poliklinikkatoiminta on osoittautunut kustannustehokkaaksi ohjausmenetelmäksi vähentämällä julkisten terveyspalvelujen käyttöä sekä vaikuttamalla suotuisasti elämäntapamuutoksiin. Leimumäen ja Pärkän (2010, 40) raportissa tulevaisuuden terveyspalveluissa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden jatkohoitoa suunnittelee perusterveydenhuollon koordinaattori yhdessä potilaan ja erikoissairaanhoidon kanssa. He yhdessä arvioivat potilaan tilanteen, hänen tarvitsemansa palvelut sekä ohjaavat potilasta hänelle sopivien palveluiden piiriin.

Avoterveydenhuollossa pyritään siihen, että potilas saa alkuohjauksessa toipumista edistävää tietoa ja tukea. Hän ymmärtää elämäntapojen merkityksen osana sepelvaltimotaudin hoitoa ja motivoituu tarvittaviin muutoksiin sekä ymmärtää leikkauksen jälkeisen toipumisajan fyysiset rajoitteet. Ohjauksessa laaditaan yksilöllinen ohjaussuunnitelma, jossa huomioidaan muutosvoimavarat ja tukitoimien hyödyntäminen. Ohjauksessa nousevat esille toipilavaiheen arkielämän asiat. Ohjauskäynnillä arvioidaan nykytila erilaisten mittareiden ja mittausten avulla. (Kaarlela ym. 2008, 42.)

Lääkärin kontrollissa arvioidaan sydäntilanne leikkauksen jälkeen ja tarkistetaan lääkitys. Lääkäri ohjaa ja motivoi tarvittaviin elämäntapamuutoksiin. Samalla myös arvioidaan työhön paluun ajan-kohtaa sekä jatkohoidon ja kuntoutuksen tarvetta. (Kaarlela ym. 2008, 28.)

Tehostettu ohjaus tapahtuu sydänhoitajan toisella käyntikerralla, joka ajoittuu noin 2-3 kuukauden päähän leikkauksesta. Ohjauksessa arvioidaan fyysistä ja psyykkistä toipumista ja kuntoutumista. Nykytila arvioidaan mittauksien ja mittareiden avulla. Arvioidaan mahdollisia elämäntapamuutoksia ja tarkennetaan omahoitotavoitteita. Ohjauksessa huomioidaan sairauden ja leikkauksen vaikutukset tunne-elämään, seksuaalisuuteen, sosiaaliturvaan ja mietitään kuntoutukseen liittyvä mahdollisuuksia. (Kaarlela ym. 2008, 43.)

Seurantaohjaus tapahtuu 5-6 kuukauden kuluttua sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta sydänhoitajan vastaanotolla ja jatkossa vuosikontrollien yhteydessä. Silloin arvioidaan yhdessä potilaan kokonaisvaltaista vointia ja mahdollisten elämäntapamuutosten vaikutusta terveydentilaan. Oteetaan mittauksia ja tarkastetaan nykytila. Pyritään löytämään potilaalle sopivat tavat edistää ja ylläpitää terveyttään. (Kaarlela ym. 2008, 43-44.)

3.4 Laadukkaan ohjauksen ehdot

Ohjausvastuun jakaminen ja ohjaukikäytäntöjen yhtenäistäminen on koettu kehittämistarpeiksi laadukkaan ohjauksen onnistumiselle (Kääriäinen 2008, 13), jonka vuoksi käynnistettiin alueellinen potilasohjauksen kehittämishanke vuonna 2006 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (Kanste ym. 2007, 31). Hankkeen yhtenä tuloksena oli sydänpotilaan ohjausmalli, joka on suunnitelmallinen kokonaisuus ja missä sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ja sydänpotilaiden palveluprosessi ylittää organisaatorajat. Potilasohjaus on moniammatillista yhteistyötä ja potilas nähdään osallistuvana jäsenenä ohjausprosessin eri vaiheissa. Organisaatioiden työ- ja vastuunjako turvaa ohjauksen jatkuvuuden toteutumisen palveluprosessissa. (Kaarlela ym. 2008, 29-30.) Sairaanhoitaja on osa moniammatillista tiimiä, jonka tarkoituksena on sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Martin & Turkelson 2006, 117).

Asianmukaiset ohjausresurssit ovat laadukkaan ohjauksen toteuttamiselle välttämättömät. Resursseilla on vaikutusta potilaslähtöiseen, vuorovaikutteisesti rakennettuun, aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. (Kääriäinen 2008, 13.) Kääriäisen ym. (2005, 13) tutkimuksessa potilaat kokivat ohjausajan riittävyyden puutteelliseksi. Kähkösen (2009, 47) tutkimuksen mukaan sepe-

valtimotautipotilaan ohjaukseen varattu aika on riittämätöntä etenkin sairaalahoidon päätyttyä. Kääriäinen (2008, 12) myös kirjoittaa, että hoitohenkilöstön mitoitus ei ole aina riittävää laadukkaan ohjauksen toteuttamiselle. Vuoden 2007 marras-joulukuussa sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön sydänpotilaan ohjauksen toimintamalli ensin kouluttamalla terveyskeskusten ja sairaaloiden henkilökuntaa. Työryhmän mielestä toimintamallin hyödyt jäävät toteutumatta, jos sydänhoitajan työtä ei mahdollisteta terveyskeskuksissa resursoimalla riittävästi aikaa ja tehtäväkuvan määrittämisellä (Kaarlela ym. 2008, 30-31).

Myös ohjaustilojen on oltava asianmukaiset ja ohjaukseen tarvittava välineistö saatavilla (Kääriäinen 2008, 12). Sydänpotilaan ohjausmalliin on yhdistetty tieto- ja ohjausmateriaali sekä ohjauksen apuvälineet, joka mahdollistaa laadukkaan ja kattavan potilasohjauksen toteutumisen (Kaarlela ym. 2008, 30). Yksilöohjaus on käytetyin ja parhaiten hallittu ohjausmenetelmä (Kääriäinen ym. 2005, 12-13). Ihminen on tiedon vastaanottajana valikoiva ja tulkitsija (Rauste-von Wright ym. 1994, 20) ja on todettu, että potilaiden tiedon tulkitseminen on puutteellista leikkauksen vuoksi. Tämän vuoksi tarvitaan yksilöllistä, potilaan kontekstiin sidoksissa olevaa ohjausta. (Kähkönen 2009, 46-47.) Terveystiedon edistämisen vaikuttavuutta lisätään, kun yhdistellään erilaisia yksilö-, ihmissuhde- ja yhteisötason malleja ja teorioita toisiinsa (Rautio & Husman 2010, 171). Ryhmäohjauksen tehokkuutta lisätään henkilökohtaisen neuvonnan, sähköisten viestimien avulla tai puhelinneuvontaan perustuvilla yksilöohjausmenetelmillä (Kähkönen 2009, 46-47). Tietokoneavusteisella ohjauksella on todettu olevan vaikutusta potilaiden mittaustuloksiin, tietotaitoon ja itsehoitokäyttäytymiseen (Saksena 2010, 224). Uusia teknologiamahdollisuuksia on kartoitettu useissa hankkeissa sekä pitkäaikaissairaiden kohdalla että sepelvaltimotautipotilailla. Esiin nousevat erilaiset omahoito-ohjelmat, televisio- tai tietokonevälitteiset ohjelmat, teknologiaa hyödyntävät liikuntaryhmät ja etäkonsultaatiota. (Lehmumäki ym. 2010, 46-50.)

Laadukkaaseen ohjaukseen tarvitaan ajan tasalla olevaa, pätevää, asianmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa. Koulutusta ja uusien työntekijöiden perehdytystä ohjauksen sisältöön, menetelmiin ja vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa tarvitaan säännöllisesti. (Kääriäinen 2008, 12-13; Purdy, Leschinger, Finegan, Kerr & Olivera 2010, 910-911.) Sydänpotilaan toimintamallia voidaan käyttää perehdytyksessä, joka antaa systemaattisen ohjausrungon. Potilasohjauksen kokonaisuuden ymmärtäminen ja oman roolin tunnistaminen auttavat ammattitaidon ylläpitämisessä ja kehittämisen suunnittelussa. (Kaarlela ym. 2008, 30.)

3.5 Laadukkaan ohjauksen seuraukset

Laadukkaan ohjauksen myötä potilaat saavat riittävästi ohjausta (Kääriäinen 2008, 13). Potilaat saavat oikeaa tietoa, oikeaan aikaan ja ymmärrettävässä muodossa ohjausprosessin eri vaiheissa (Kaarlela ym. 2008, 51). Riittävä ohjaus vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen, mielialaan ja vahvistaa itsehoitoa (Kääriäinen 2008, 13).

Ohjauksessa pyritään saavuttamaan tavoitteet auttamalla potilasta oppimaan tehokkaampia ja hänelle sopivia tapoja käsitellä omaan hyvinvointiin liittyviä asioita (Kääriäinen 2008, 13). Potilaiden havaitseminen, muistaminen ja ajatteleminen nivoutuvat toisiinsa. Saadun informaation prosessointi on jatkuvaa ja kokonaisvaltaista. Se aiheuttaa muutoksia potilaan tiedoissa, käsityksissä, taidoissa ja tunteissa. Kun muutos kestää enemmän kuin hetken, on se oppimista. (Raustevon Wright ym. 1994, 19.)

Jokainen ohjausprosessi on oma ainutlaatuinen tilanne, mikä edellyttää myös hoitajalta oppimista. Hänen on opittava havaitsemaan, miten ohjausprosessin kokonaisuutta hallitaan ja minkälainen informaatio tai palaute auttaa potilasta, jotta ohjaus tukee voimaantumista ja itseohjautuvuuden kasvua. (Kääriäinen 2008, 13.)

Ohjaus edistää potilaan terveyttä. Sairaalassa saadulla ohjauksella on vaikutusta potilaiden tiedon saantiin, klinisiin tuloksiin, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, ja itsehoitoon. (Kääriäinen 2008, 13). Terveysneuvonta on luontevaa tilanteissa, joissa sairaus ja tai sairastumisen riski on mahdollinen. Terveyspalveluissa potilaan kohtaamisessa on aina mahdollisuus terveyden edistämiseksi. Tärkeintä on tunnistaa tämä mahdollisuus omassa työssään. (Pietilä ym. 2010, 241-242.) Sepelvaltimotautia sairastavan hyvä hoito edellyttää itsehoitoa vaaratekijöiden vähentämisessä, jotka Tolmien ym. (2006) tutkimuksen mukaan vähentävät riskiä saada uusi sydäntapahdus tulevaisuudessa. Hoitoon sitoutuminen ei ole tarkkaa ohjeiden noudattamista vaan sairauden kanssa elämistä, toimimista ja sairauden omahoito tuo positiivisia terveellisiä elämäntapoja. (Kaarlela ym. 2008, 29-30; Tolmie ym. 2006, 7).

Myös kansantalouteen ohjauksella on suotuisat vaikutukset. Esimerkiksi se vähentää sairausmenoja, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä (Kääriäinen 2008, 13.) Onnistuneesti ohjatut potilaat luottavat saamaansa hoitoon ja ohjaukseen perusterveydenhuollossa sekä selviytyvät kotona, eivätkä palaa helposti erikoissairaanhoidon yksiköihin. Tämä vähentää kuntien erikoissairaanhoidon

don menoja. (Kanste ym. 2007, 32.) Taloudellisesti on myös erittäin merkittävää, jos työikäinen sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilas, pystyy palamaan työhönsä ja näin onnistuu työuransa pidentämiseen (Rautio ym. 2010, 184).

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena on arvioida Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitetyn sydänpotilaan ohjausmallin toimivuutta ja löytää ohjauksen kehittämiskohteet. Kehittämistyö jakaantuu kolmeen osaan: Suunnitteluun, tutkimukseen ja tutkimuksen pohjalta toteutettuun kehittämiseen.

Tutkimusosan tarkoituksena on saada tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemasta ohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Tutkimuksen *tavoitteena* on arvioida sydänkuntoutukseen laaditun sydänpotilaan ohjausmallin toimivuutta sepelvaltimon ohitusleikkauspotilailla.

Kehittämisosan tarkoituksena on laatia yhdessä vuodeosaston henkilöstön kanssa kehittämissuunnitelma sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan ohjauksen kehittämiseen. Kehittämissuunnitelman tavoitteena on vaikuttaa potilasohjaukseen niin, että terveyden edistäminen saadaan näkyvämpään rooliin sydämen ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa. Kehittämistyön *tavoitteena* on parantaa potilasohjausta, ohjauksen laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä potilaiden itseohjautuvuutta ja sisäisen motivaation vahvistumista.

OSA II TUTKIMUS SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUSPOTILAI- DEN OHJAUSKOKEMUKSISTA

1 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Oulun yliopistollisessa sairaalassa leikataan vuosittain noin 700 sydänleikkauspotilasta, joista suurin ryhmä on sydämen ohitusleikkauspotilaat. Potilaat tulevat koko Pohjois-Suomen alueelta. Tutkimus toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien tulosyksikön järjestämällä sydänkurssilla. Sydänkurssi oli suunnattu sydämen ohitusleikkauspotilaille sopeutusvalmennuskurssina ja oli osallistujille vapaaehtoinen. Kurssin ajankohta oli 22.3-24.3.2010. Tutkimuslupa pyydettiin Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien tulosyksiköltä.

Kurssille ilmoittautui yhdeksän henkilöä. Kaikki kurssille osallistuvat olivat alustavasti lupautuneet kuntoutusohjaajalle osallistua tutkimukseen ja ryhmähaastattelutilanteeseen. Kurssille osallistuville lähetettiin kutsukirjeet, joissa oli kurssin aikataulu ja ohjelma. Samassa kutsukirjeessä lähetettiin informaatiokirje (liite 1). Kirjeessä esittelin itseni, opinnäytetyöni ja tulevan haastattelutilanteen sekä sen, mihin tarkoitukseen ryhmähaastattelun tiedot tulevat. Kirjeessä kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja vapaaehtoisuudesta. Haastateltavien tutkimukseen sitoutumista edistää, että heitä on informoitu tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä ovat motivoituneita ja kokevat aiheen tärkeäksi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 82-89; Krueger 1994, 65; Pötsönen & Pennanen 1998, 6).

Sydänkurssin alussa esittelin lyhyessä ohjaustapahtumassa perusteellisemmin haastattelun hyötyjä, ohjausta ja jokaisen omakohtaisen kokemuksen tärkeyttä. Ryhmähaastattelun avulla voidaan saada enemmän tietoa tutkittavasta aiheesta, koska ryhmän jäsenet voivat tukea, rohkaista, herättää muistikuvia ja innostaa toisiaan mielipiteiden vaihtoon (Mäenpää, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2003, 101). Osallistujien jännittyneisyys ja ujous ryhmähaastattelua kohtaan vähenivät, siitä saatujen hyötyjen ja luottamuksellisuuden tullessa esille (Krueger 1994, 76-77). Ryhmähaastattelu on tavoitetietoista vuorovaikutusta. Aineiston keruun lisäksi vaikutetaan ryhmään, ryhmäläisiin ja lisätään kaikkien läsnä olevien tietoa sydämen ohitusleikkauspotilaan ohjauksesta ja leikkauk-

sen jälkeisestä toipumisprosessista. (Moilanen 1995, 8.) Sydänkursille osallistujat allekirjoittivat tutkimuksen suostumusasiakirjan (liite 2) ennen haastattelutilanteita.

1.1 Tutkimustehtävät

Ryhmähaastatteluilla pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millaisia kokemuksia sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilailla on ohjauksesta sairaalaan tulo- vaiheessa ja vuodeosastolla olon aikana?
2. Millaisia kokemuksia sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilailla on kotiinlähtövaiheen ohjauksesta?
3. Millaisia kokemuksia sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilailla on ohjauksesta avoterveydenhuollossa ja kontrollikäynnillä?
4. Millaisia kehitysideoituksia sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilailla on ohjauksen suhteen ennen ja jälkeen leikkauksen?

1.2 Ryhmähaastattelu ja aineiston keruu

1990-luvulta lähtien ryhmähaastattelu on vakiinnuttanut paikkansa terveystutkimuksessa (Pötsönen & Pennanen 1998, 1-2). Useissa tutkimuksissa on kartoitettu työntekijän näkökulmaa esimerkiksi työyhteisön oppimisympäristöön ja hoitotyön kehittämismahdollisuuksiin sekä asiakaspalautteen hyödyntämiseen vanhusten pitkäaikaishoidossa ja nuorten mielenterveyden edistäminen erityisnuorisotyössä ryhmähaastattelun avulla. Liitteessä 3 on esitelty muutamia ryhmähaastattelun sisältäviä tutkimuksia terveys- ja hoitotieteen alueella. On todettu, että vaikeista tai yhdistävisistä asioista on helppo keskustella ryhmän kesken (Pötsönen & Pennanen 1998, 3) ja ihmiset rohkaistuvat puhumaan (Heikkilä 2008, 301.). Menetelmää on hyödynnetty tutkimuksissa, joiden avulla pyritään kehittämään palveluja ja toimintaa. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1508.)

Ryhmähaastattelu on käyttökelpoinen menetelmä silloin, kun ollaan kiinnostuneita haastateltavien mielipiteistä. Tapahtumien ja mielipiteiden lisäksi voidaan saada selville, minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia haastateltavilla aiheeseen liittyy. (Pötsönen & Pennanen 1998, 2-3.) Tutkimuksessani haastateltavia yhdistää sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, mutta kokemukset annetusta ohjauksesta ja omasta toipumisesta ovat yksilölliset. Voidaankin määritellä, että yhdistävän kokemuksen myötä ryhmät olivat homogeenisiä, fokuoituneita (Krueger 1994,

77-78; Mäntyranta & Kaila 2008, 1509). Ryhmätilanteessa ilmaistaan henkilökohtaisia ja persoonallisia käsityksiä sekä ryhmän yhteisiä, jaettuja käsityksiä koetusta aiheesta (Moilanen 1995, 8). Ryhmähaastatteluun osallistujat olivat iältään 48-69 -vuotiaita ja keski-ikä oli 59,3 vuotta. Yhdeksästä osallistujasta kolme oli naista ja kuusi miestä. Sydämen ohitusleikkauksesta oli kulunut aikaa kolmesta kuukaudesta vuoteen ja keskimäärin aikaa leikkauksesta oli kulunut hieman alle seitsemän kuukautta.

Ryhmähaastattelut tapahtuivat kahdessa osassa 23.3.2010. Ensimmäisessä ryhmässä oli neljä osallistujaa, joista kolme oli miehiä ja yksi nainen. Toisessa ryhmässä oli viisi osallistujaa. Näistä kaksi oli naisia ja kolme miestä. Pötsösen ja Pennasen (1998, 6) mukaan ryhmän koko on parhaimmillaan 4-10 henkilöä. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2000, 198) puolestaan suosittelevat ryhmän kooksi 2-3 henkilöä haastattelun purkamisen vaikeuden vuoksi. Kruegerin (1994, 78-79) mielestä ihanteellinen ryhmä koko on 6-9 osallistujaa ja pienessä fokus ryhmähaastattelussa 4-6 osallistujaa. On todettu, että pohdiskelevat ja luottamukselliset keskustelut vaativat pienemmän ryhmän (Moilanen 1995, 58). Pienempää ryhmää on helpompi hallita ja osallistujat pystyvät jakamaan paremmin kokemukset sekä keskustelemaan niistä intensiivisemmin ja pidempään yhdessä (Krueger 1994, 79).

Ryhmähaastattelulla pyrittiin saamaan vastaukset tutkimustehtäviin. Haastattelu tapahtui teema-haastattelulla (liite 4), jolloin haastattelu kohdistui ennalta valittuihin teemoihin ilman tarkasti määrittäjä kysymyksiä tai esittämisjärjestystä (Metsämuuronen 2009, 247). Ryhmähaastattelun alussa kertasimme sääntöjä, joista olimme keskustelleet ohjaustilanteessa. Pääsääntönä oli, ettei ole olemassa oikeita tai väärä vastauksia, vaan tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita osallistujien omista käsityksistä ja mielipiteistä haastattelun teema-alueista. (Pötsönen & Pennanen 1998, 6, 8). Haastattelussa pyrittiin dialogiseen vuorovaikutukseen, jossa tavoitteina ovat ymmärtäminen, ihmisten tasa-arvoisuus ja erilaisuus rikkautena. Lisäksi dialogiseen vuorovaikutukseen kuuluu, että jokainen on yhtä arvokas tieto- ja taitoresurssina yhteisen tiedon luomisessa, toisten kokemusten kunnioittaminen, aito kuuntelu, avoimuus, luottamus, yhteisöllisyys ja yhdessä ajattelemisen sekä halu tutkia erilaisia, uusia näkökantoja. (Pakkanen 2004, 244.)

Haastattelutilanteet tapahtuivat Sairaalanrinteen kurssikeskuksen tiloissa. Huoneen järjestys muutettiin niin, että haastateltavat istuivat puolilympyrässä, jotta he näkivät toinen toisensa. Paikka oli rauhallinen. Ainoastaan huoneen huono ilmasto aiheutti ongelmia, joten videokasetin vaihdon yhteydessä tila tuuletettiin ja annettiin mahdollisuus jaloitella sekä ottaa juotavaa. Haas-

tattelijärjestelyjen avulla pyrittiin motivoimaan ja seuraamaan ryhmähaastattelu etenemistä (Pötönen & Pennanen 1998, 10).

Haastattelut videoitiin, ja nauhoja oli yhteensä kolme kappaletta. Ensimmäinen ryhmähaastattelu-tilanne kesti 66 minuuttia 40 sekuntia ja toinen ryhmähaastattelutilanne kesti 98 minuuttia 39 sekuntia. Nämä siirrettiin DVD:lle, josta litterointi tapahtui lähes sanasta sanaan. Ainoastaan yhdessä kohdassa päällekkäistä puhetta oli paljon, jolloin kaikkien kommentteja ei selvästi kuulunut. Kirjoitettua tekstiä syntyi yhteensä 35 sivua, kun fonttina oli Arial Narrow ja rivivälinä 1,5.

1.3 Aineiston analysointi

Luin litteroitua materiaalia useita kertoja, jonka jälkeen väritin tekstin kolmella värillä. Värit merkitsivät onnistunutta ohjausta, epäonnistunutta ohjausta, jotka sisälsivät myös ohjaukseen vaikuttaviin positiivisiin ja negatiivisiin asioihin, sekä kehittämisideoita ohjaukseen. Väritetyt kohdat kopioitiin teema-alueiden alle esimerkiksi sairaalan tulovaiheen ohjaus (liite 5). Lukiessani muokattua aineistoa havaitsin aineiston olevan kuin kertomus, jolla oli oma kronologinen rakenne. Juonellisten piirteiden vuoksi valitsin narratiivisen analyysin (Alasuurari 1994, 106-107, 120). Ryhmähaastattelut ovat perinteisesti esitetty narratiivisella tyylillä (Krueger 1994, 165).

Onnistunut ja epäonnistunut ohjaus olivat lähestymistapoina samansuuntaisia kuin narratiiviset ”top-down” ja ”Bottom-up” lähestymistavat. Aineiston pohjalta konstruoin uudet kertomukset onnistunut ohjaukset ja kehittämiskohteita sisältävä ohjaukset. (Manning & Cullum-Swan 1994, 464-466; Paananen 2008, 19-20.) Kaasila (2008, 41-42) kirjoittaa osuvasti, että narratiivi on kertomus, joka sisältää sarjan tapahtumia, jotka ovat merkityksellisiä niin kertojalle kuin yleisöllekin. Kertomus sisältää selkeän alun, keskivaiheen ja lopun sekä on juonellinen kokonaisuus. Kertomukset ovat synteesejä sydämen ohitusleikkauksen kokeneiden ihmisten mielipiteistä, tunteista ja muistikuvista saadusta ohjauksesta sekä ryhmähaastattelun dialogisuudesta.

Metsämuuronen (2009, 239) kirjoittaa narratiivista analyysia käyttäessä huomioimaan enonsiaatiin eli kertojan suhteen tekstiin. Ohjaukset on laadittu minä muodossa, jolloin kokemukset korostuvat aidommin ja kerronta on sujuvaa. Jotta sydämen ohitusleikkaukspotilaiden eri lähtökohdat ja kokemukset tasapuolisesti nousevat esiin, ovat poikkeavat kokemukset esitetty huonekaverin tai tuttavien kokemana. Näkökulmana on onnistunut ja kehittämiskohteita sisältävä ohjaukset. Vastakohtaisilla kertomuksilla saadaan tietoa, milloin ohjaus on onnistunutta ja mil-

loin ei. Myös ohjaukseen vaikuttavia positiivisia ja negatiivisia asioita ilmeni. Kertomusten perusteella voidaan tarkastella kohderyhmän kokemuksia ja nostaa esiin kehittämiskohteet tai huolen aiheet sydämen ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa.

2 TUTKIMUKSEN TULOKSET OHJAUSKERTOMUKSINA

Ohjauskertomukset ovat synteesi ryhmähaastatteluun osallistujien sepelvaltimoiden ohitusleikkauksipotilaiden kokemuksista saadusta ohjauksesta hoitoprosessin aikana. Ohjauskokemusten lisäksi kertomukset sisältävät positiivisia ja negatiivisia asioita, jotka ovat vaikuttaneet koettuun ohjaukseen ja omaan toipumiseen leikkauksesta.

2.1 Onnistunut ohjauskertomus

Sairaalaan tulovaiheen ohjaus

Sydämen varjoainetutkimuksessa käytyäni olin saanut kirjallista materiaalia sepelvaltimotaudista kotiin luettavaksi. Vuodeosastolta 3 lähetettiin kotiin kirje, joka sisälsi etukäteismateriaalia sydämen ohitusleikkaukseen liittyvistä asioista ja toipumisesta. Materiaalissa oli kuvattu perusliikku-misharjoituksia ja alustavaa tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta toipumiseen. Oli hyvä, että sain rauhassa kotona tutustua etukäteismateriaaliin ja valmistautua leikkaukseen niin psyykkisesti kuin fyysisestikin.

Sairaalaan saapumispäivänä minulle esiteltiin vuodeosasto ja tehtiin tulohaastattelu. Sairaanhoidtaja selvitti tarkoin taustatilanteeni, keskusteli kanssani voinnistani, kotioiloista ja odotuksista leikkausta kohtaan. Sairaanhoidtaja konkreettisesti näytti minulle seinällä olevasta sydäntaulusta, missä ne ahtaumat olivat ja miten ne leikkauksen avulla ohitetaan. Myös leikkauksen jälkeisestä toipumisesta sairaanhoidtaja kertoi sekä hoidon kulusta hyvin informatiivisesti. Puolisoni oli mukana koko päivän tapahtumissa ja koimme saamamme vastaanoton hyväksi.

Huonekaverini oli hakeutunut sairaalaan rintakipujen vuoksi ja alkuun hänen hoitopaikkansa oli ollut sisätautien teho-osasto. Hän kertoi, että siellä lääkäreillä ja sairaanhoitajilla oli ollut enemmän aikaa selvittää hänen sen hetkinen tilanteensa, vointinsa ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Ohjauksen oikea-aikaiseen antamiseen teho-osastolla oli kiinnitetty huomiota. Rauhallinen keskustelu ja ajan antaminen olivat rauhoittaneet huonekaverini mieltä. Toinen huonekaveri oli tyytyväinen sisätautiosastolla saamaansa ohjaukseen ja annettuihin tietoihin. Hänen mielestään oli vaan hyväksi, ettei liikaa ehtinyt miettimään asioita.

Saapumispäivänä leikkaava lääkäri kävi minua katsomassa. Siinä pikaisessa tapaamisessa hän kertoi minulle leikkauksesta ja mistä otetaan ohitussuunta. Kirurgi rauhoitteli minua tulevaa leikkausta varten. Hän sanoi, että *”oot hyvä kuntonen, niin riskit on pienet”* ja *”kyllä tässä hengissä selvitään”*. Anestesia lääkäri kävi tapaamassa minua. Pelkästään hetken käyminen, minun kansani keskustelu rauhoittivat ja myös lääkärin rauhoittavalla olemuksella oli minuun positiivinen vaikutus. *”Ei sitä varmasti tarvinnutkaan sitä tietoa häneltä sen enempää. Se oli tosi hyvä, että kävi kuitenkin kysymässä ja katsomassa missä voinnissa potilas on.”*

Fysioterapeutti kävi antamassa ohjeita leikkauksen jälkeisen ylös nousun ja hengitysharjoitusten muodossa. Sitten vielä harjoittelimme, miten se oikeaoppisesti tapahtuu. Illalla katsoin *”Kun sydämeen sattuu”* - ohjausvideon sydämen ohitusleikkaukseen tuleville. Eihän se ihan kaikkea näytännyt. Mutta se oli kyllä hyvä, antamalla tietoa ja vähentämällä jännitystä. Haastattelutilanteessa sain kirjallista materiaalia, jota siinä ehdin hieman silmäillä. Huonekaverini oli sitä ehtinyt lukea paljon, kun oli odottanut leikkausta viikon päivät sisätautiosastolla. Hänelle oli tullut positiivisena yllätyksenä leikkauksen siirtyminen aikaisempaan ajankohtaan.

Kokonaisuudessaan koen, että ennen leikkausta ohjaus ja annetut tiedot olivat riittäviä. *”Kokonaiskuva jäi erittäin hyväksi ja sitten oli varmuus lähteä leikkaukseen.”* En minä toisaalta osannut muuta odottaa. Paljon tuli tuntematonta asiaa ja sen sisäistäminen vei aikaa. Tuttavani oli kirjoittanut tuntemuksiaan ylös vihkoon koko sairaalaolon aikana. Vihkoa lukiessaan hän on saanut enemmän tietoa tapahtuneista asioista ja omista muistikuvista.

Osastovaiheen ohjaus

Leikkauksen jälkeen olin niin väsynyt ja kuin *”pölyssä”*. Kaikkia asioita ei ihan edes muista. Sairaanhoitajat antoivat tukea ja ohjausta hoitotilanteiden yhteydessä. He kertoivat, mitä tehtiin tai mitä lääkettä annettiin. Se oli sellaista siinä hetkessä olevaa, kun ei jaksanut pidemmälle ajatella. Hoidon kulku oli mielestäni hyvin selkeää ja sairaanhoitajat vielä kertoivat, mitä on seuraavaksi odotettavissa. Tietoa ja ohjausta tuli aina vähän kerrallaan, joten sen ohjauksen pystyi paremmin ottamaan vastaan.

Positiivisena asiana ohjauksen vastaanottamiseen koin sen, kun pääsin tavalliseen potilashuoneeseen. Silloin tuntui, että pääsen rauhoittumaan ja paremmin toipumaan. Huonekaverini koki, että valvontahuoneessa hän oli kokenut olonsa turvallisemmaksi hoitajien läsnäolon vuoksi levot-

tomasta ilmapiiristä huolimatta. Oman kunnan koheneminen ja esimerkiksi ensimmäinen vessareissu olivat mieleen painuvia asioita. Sitä ajatteli, että tästä leikkauksesta toipuu.

Lääkäriin kierrolla olin vain kiinnostunut sen hetken voinnista, verenpaineista, pulssista ja lämmöstä. Hain lääkäreiltä asioihin selvennystä, kun tuntui, että kaikki arvoni olivat *"ihan älyttömiä"*. Lääkärit antoivat ohjausta lääkehoitooni ja vastasivat kysymyksiini. Tuntui, että ei meillä ollut mitenkään virallista lääkärisuhdetta, vaan siinä keskusteltiin ihan ystävällisesti ja asiallisesti. Sain lääkärikierrolla tiedon, että missä nyt mennään, mitä on odotettavissa ja mahdolliset jatkotoimenpiteet.

Sairaanhoitajat vastasivat aina kysymyksiini ja myös tarkistivat, että tieto on oikeaa, jos eivät tarkasti tienneet. Hoitajat myös kysyivät minulta, miten minä jaksan ja mikä on ollut raskainta hoidossa? Tuli tunne, että minusta välitetään. Haavanhoidosta sairaanhoitajat antoivat minulle eniten ohjausta. Kerrottiin tarkoin, kauanko haavasidoksia pidetään jne. Kun minulla oli ongelmia haavojen paranemisen suhteen, tarkastivat lääkärit haavat päivittäin.

Kivun hoito oli tehokasta ja kipujen vuoksi ei tarvinnut kärsiä. Sairaanhoitajien ammattitaito näkyi siinä, kun he havaitsivat ilmeistäni tai arvoistani kivun ja kehottivat ottamaan kipulääkettä. Kipuasteikkoa käytettiin kivun havainnollistamiseen. Lääkehoidosta muuten sairaanhoitajat kertoivat, mitä lääkettä ja miksi annetaan sekä sen hetkinen annostus.

Fysioterapeuttien antama päivittäinen ohjaus oli niin *"säntillistä"*. He antoivat minulle kirjalliset ohjeet ja minulle yksilölliset suulliset neuvot. Harjoitukset konkretisoivat ohjeet hyvin. Myös lääkäriltä ja sairaanhoitajien taholta sain ohjausta sopivan liikkumisen kannustamisesta ja myös liiallisen *"kuntopiirin"* harjoittamisen välttämistä.

Sairaalassa oloa ajan koin saamani ohjeet ja neuvot hyviksi sekä ympärillä olevan hoitotiimin asi-antuntevaksi. Ei jäänyt mitään, mitä olisi voinut erilailla tehdä. Vuodeosaston sairaanhoitajien työpanoksesta voin sanoa, että huomasin, kuinka he tekevät kovan paineen alla ja kiireessä työtä, mutta se ei heijastu tähän hoitaja-potilas suhteeseen.

Sairaalasta kotiinlähtövaiheen ohjaus

Kotiutumiseen minua valmisteltiin pari päivää ennen varsinaista kotiutumispäivää. Sairaanhoitaja kertoi ja antoi kotiutumiseen liittyviä ohjeita, neuvoja ja papereita pikku hiljaa. Sitten tuntui, että lähtöpäiväksi ei jäänyt niin paljon asioita. Tällöinen suunnitelmallinen ohjaus, joka tapahtui pienissä erissä, jäi parhaiten mieleen. Pienen kotiutumisen viivästymisenkin ymmärsin hyvin, kun tiesin, että minun pitää olla semmoisessa kunnossa, että pärjään kotona.

Tärkeää oli kohdallani se, että puoliso auttoi minua kotiutumaan aikaisemmin. Hänen avun vuoksi hoitoaika vuodeosastolla lyheni ja jatkohoitopaikan haku ei ollut tarpeellinen kohdallani. Puolisoni osallistui kotiutustilanteen ohjaukseen. Olin itse niin ”pökössä” siinä, että en kotona muistanut mitään annetuista ohjeista. Puolisolle ne asiat oli onneksi jääneet mieleen. Huonekaverini puolestaan oli niin ”titterässä” kunnossa, ettei kokenut oman puolison läsnäoloa tarpeelliseksi ohjaustilanteissa.

Muistan parhaiten lääkärin kotiutusohjauksesta lääkehoidon osuuden. Puolisoni oli keskustellut kotiutumisesta lääkärin kanssa käytävällä. Rauhoittavan asiana koin, kun lääkäri antoi ohjeita minulle mahdollisten haavereiden sattuessa ja kuntoutumiseen kotona. *”Hän hyvin selkeästi sen sanoi, ja että sydän kyllä kestää ja muuta. Se toi sellaista turvallisuutta, että ei ainakaan sydän petä nyt.”*

Fysioterapeuteilta saadut ohjeet ja neuvot kotiin jäivät mieleen positiivisena asiana. Venyttelyt ja pulloon puhallusten tekeminen kotona helpottivat oloani. Kävelytestin ja jatko-ohjeiden turvin olin luottavaisempi kotona pärjäämiseen. Eräs tuttavani oli kokenut, että oli saanut parhaan ohjauksen ja tuen jatkohoitopaikan fysioterapeutilta.

Läkehoidon ohjausta minulle antoivat sairaanhoitajat, lääkärit ja myös farmaseutti apteekissa. Kerrottiin, mikä lääke on tarkoitettu mihinkin vaivaan. Lääkkeenjakolappu helpotti läkehoidon oikeaoppista toteuttamista kotona. Haavojen paranemisen kanssa minulla oli ongelmaa. Sairaanhoitaja näytti, miten haavat hoidetaan. Osittain minä osasikin ne hoitaa aikaisempien ohjeiden ja hoitokertojen vuoksi, mutta suurin vastuu haavojen hoidosta kotona jäi puolisolalle.

Kotiutusvaiheessa koin, että sain paljon neuvoja ja ohjeita sairaanhoitajilta. Kirjallisen ohjausmateriaalit olivat informatiivisia. *”Ohjausvihkoset olivat oikein mukavan oloista ja pätevää asiaa. Pal-*

jonhan niitä lippusia ja lappusia tuli mukaan, mutta kyllä kaikki olivat hyödyllisiä.” Kotihoito-ohjeiden lisäksi sain materiaalia muun muassa sopeutumisvalmennuskursseista ja Sinfo-ohjauksen (sepelvaltimotaudin ryhmäohjaus) aikataulun. Sain osastolta luvan soittaa, jos jotain ongelmaa tulee pian kotiutumisen jälkeen. Jouduinkin sitten ottamaan yhteyttä osastolle ja sain tarvitsemi avun vuodeosastolta.

Ohjaus ja seuranta avoterveydenhuollon vastaanotolla

Kotiutuessani sairaalasta sain sydänhoitajalle ajan ennen lääkärin kontrollikäyntiä. Siellä meillä oli aikaa keskustella sepelvaltimotautiin ja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta toipumiseen liittyviä asioita. Samalla käynnillä tehtiin tarvittavia mittauksia ja sain ohjeita kotihoitoon. Ohjausta ja seuranta jatkoin lääkärin tarkastuksen jälkeen seuraavalla käynnillä. *”Se oli leikkauksesta toipumiseni kannalta tärkeää.”* Yksi tuttavani sanoi, ettei hän ole tarvinnut sydänhoitajan ohjausta, koska hoito on jatkunut muissa tutkimuksissa leikkauksen jälkeen.

Parilla tuttavalla hoito oli jatkunut Oulun yliopistollisen sairaalan haavapoliklinikalla leikkaushaavojen infektoitumisen vuoksi. Molemmat ovat kertoneet hoitokäyntien edistäneen toipumistaan kokonaisvaltaisesti. Toinen heistä kertoi että, *”kun menin toista kertaa haavaa näyttämään, niin lääkäri kiinnitti mun hengitykseen huomiota ja nuin pahasti läähätän ja se pyysi kardiologin sinne paikalle.”* Haavapoliklinikalla ei huomioitu pelkästään haavojen paranemista, vaan kiinnitettiin huomiota henkiseen hyvinvointiin ja sydämen puolesta toipumiseen. Huomio siitä, että joku huolehtii, on tärkeä leikkauksen jälkeen.

Koen, että luovin vuodeosastolta annettujen ohjeiden ja internetistä saadun tiedon avulla ensimmäiseen lääkärin kontrolliin asti. Sinfo-kurssille osallistuminen oli hyvä asia tiedollisesti ja erityisesti sosiaalityöntekijän luentojen osalta. Sopeutumisvalmennuskurssi oli oivallinen paikka, mistä sai runsaasti tietoa itsensä hoitamiseksi ja oman sydänterveyden edistämiseksi. Sitä ihmettelee, että miksi niin vähän sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen kokeneista hakeutuvat sopeutumisvalmennuskurssille.

Minulla lääkärin kontrolliaika meni parin kuukauden päähän. Olen kuullut, että jotkut ovat odotelleet 3,5 kuukautta ensimmäistä lääkärikäyntiä. Ei minulla hätää ollut, kun toipuminen oli lähtenyt hyvin edistymään jo sairaalassa ollessa. Monet ovat joutuneet hakeutumaan yksityislääkärin tai työterveyshuollon vastaanotolle ennen ensimmäistä kontrolliaikaa tarkastuttamaan sydämen ti-

lanne tai muissa epäselvissä asioissa. Monella työikäisellä hoito on jatkunut kokonaisvaltaisesti työterveydenhuollossa. Sitä kautta he ovat hoitaneet mielialan alavireisyyttä ja uniongelmia.

Lääkärin kontrollikäynnillä kiinnitettiin huomiota fyysiseen kuntoutumiseen. Fyysisten rajoitusten poistaminen vaikutti mielialaani positiivisesti ja *”sitä uskalsi liikkua reilummin”*. Kontrollikäynti antoi myös varmuuden siitä, että leikkaus ja toipuminen olivat onnistuneet kohdallani. Sain lääkäriltä lähetteen kuntoutukseen, joka oli suunnattu ohitusleikkauksesta toipuville. Lääkärin käynnillä tarkastettiin lääkitys, sain reseptit uusittua ja tarkastettiin, että sydän toimii.

Olen tyytyväinen leikkaukseen, oman kunnon kohenemiseen ja elämän laadun paranemiseen. Annetut ohjeet ja tuen koen arvokkaina. Kokonaisuutta katsoessani, ovat ne vaivat pieniä siihen nähden, mitä apua on saanut.

2.2 Kehittämiskohteita sisältävä ohjauskertomus

Sairaalaan tulovaiheen ohjaus

Jouduin rintakipujen vuoksi sairaalaan ja tarkempiin tutkimuksiin. Olin sisätautiosastolla ja koin, ettei minulle tehty riittävää tulohaastattelua. Samalla koin, etteivät sairaanhoitajat antaneet kovin paljon tietoa ja ohjausta tulevaa sydämen ohitusleikkausta varten. En tiedä, johtuiko ohjauksen antamatta jättäminen kiireestä, loma-ajankohdasta vai olettivatko he minun tietävän jo asiasta.

Muutenkin muistikuvani sairaalassaoloajasta ovat epävarmoja. Jossain vaiheessa anestesialääkäri ja leikkaava lääkäri kävivät keskustelemassa kanssani tulevasta leikkauksesta. Koen kyllä, että saadut tiedot olivat vähäiset tai kyllä he uskoakseni kertoivat asiat minulle, mutta ne eivät jääneet mieleen. Ehkä en pystynyt vastaanottamaan annettua ohjausta, kun jännitin niin ja *”olin jotenkin oudossa tilassa”*.

Näin osastolla videon, joka oli suunnattu sydämen ohitusleikkaukseen tuleville. Se oli minulle pettymys, annettu kuva ei vastannut käytäntöä todellisuudessa ja ei antanut tarpeeksi tietoa minulle. Kuulin, että eräs oli nähnyt videon leikkauksen jälkeen, mutta oli kokenut sen hyväksi ja asialliseksi. Toinen huonekaveri oli ollut teho-osastolla ennen leikkausta ja ei sen vuoksi nähnyt videota ja toinen huonekavereista ei ole kuullut videosta ollenkaan.

Negatiivisia ajatuksia leikkaukseen valmistautumisessani toi huono nukkuminen leikkausta edeltävä iltana levottoman huonekaverin toimesta. Leikkauksen siirtyminen seuraavalle päivälle aiheutti lisää jännitystä ja odotusta. Fysioterapeutti ei ohjannut ja valmistellut minua leikkauksen jälkeiseen toipumiseen ja toipumista edistäviin fyysisiin harjoituksiin. Sain kirjalliset kotihoito-ohjeet ennen leikkausta, mutta en jaksanut ollenkaan keskittyä niihin. Huonekaverini sai ne vasta leikkauksen jälkeen sairaanhoitajalta.

Osastovaiheen ohjaus

Leikkauksen jälkeen ensimmäiset päivät olivat hyvin sumuisia ja sekavia. En oikein tiennyt, missä olen ja mitä on tehty. Muistikuvani olivat epäselviä ja ohjaustilanteita en muista ollenkaan tai niitä ei ole tapahtunut. *”En osannut ajatella, että leikkauksen jälkeen on niin nolllilla.”* Vaikka tiesin leikkauksen olevan iso juttu, niin en silti osannut varautua niin pohjille menemiseen.

Vuodeosaston valvontahuone oli kyllä levoton paikka, *”kuin joku hullun mylly”*. Vaikka olin väsynyt ja nukuin paljon siellä, kuulee siellä toisten potilaiden asiat ja hoitotoimet selvästi. Tuntui, että siellä koko ajan tehtiin hoitotoimia, puhuttiin, oli yskimistä ja oksentamista jne. Sitten oli vielä ne lepositeissä olevat aggressiiviset potilaat.

Ei siellä mitään ryhmäohjausta pystytty meille järjestämään, kun loma-ajan vuoksi osastolla oli useita eri potilasryhmiä hoidossa ja sydänleikkauksen kokeneet huonekaverit olivat eri vaiheissa toipumassa leikkauksesta. Kiire näyttäytyi koko ajan. Jos halusin jotain tietoa, se kyllä kerrottiin, mutta ei niin syvällisesti, että *”tämmöinen maallikko olisi tajunnut asian”*. Kotiutuksen lähentyessä koin olevani jo osaston ”terveimmästä” päästä, jolloin kysymyksiä henkilökunnalle en viitsinyt esittää. Eritoten lääkäreiden kiireen huomasi selvimmin.

Olin sairaalassa ollessani jotenkin erilainen, kuin aikaisemmin. Yksin ollessa saatoin itkeä ja luonteeni jotenkin muuttui täysin. Huomasin olevani muille ihmisille ärtyneempi. Se ärsytti kovasti, kun toiset ihmiset alkoivat neuvoa minua. Voi olla, etten sen vuoksi ollut kiinnostunut vastaanottamaan annettuja ohjeita tai en jopa muista niitä.

Sen huomasin, että sairaanhoitajat ovat erilaisia. Osa oli auliimpi kertomaan asioista kuin toinen esimerkiksi mittaustuloksista ja niiden merkityksestä. Erityisesti valvontahuoneessa ei joka kerta sanottu, jos jotakin tehtiin ja *”usein kipulääke, kun tuotiin niin vaan pistettiin”*. Ei se olisi hidastanut

hoitotilanteita, vaikka ohjaa samalla. Se olisi pitänyt minut positiivisella mielellä. Kontrollissa sain kuulla, että olen sairastanut keuhkokuumeen, vaikken tiennyt asiasta mitään sairaalassa ollessani.

Ilmetselen, että useat potilaat leikkauksen jälkeen olivat saaneet säännöllistä ohjausta fysioterapeuteilta ja minä en kokenut samaa. Lääkehoidon ohjaukseen olisin kaivannut enemmän tietoa etenkin sivuvaikutuksista, jotta ne olisi voitu vaihtaa aikaisemmin itselleni sopivimpiin. Sairaalassa ollessani en saanut haavan hoidosta ohjausta, vaan kotiin lähtiessä annettiin kaikki ohjeet. Sen sisäistäminen oli silloin vaikeaa.

Sairaalasta kotiinlätövaiheen ohjaus

Kotiutuskokemukseni aiheutti negatiivisen sävyn koko sairaalassa oloon. Kotiutumispäiväni oli lauantai ja luovutin huoneeni puolen päivän aikaan. Lääkäriä jouduimme puolisoni kanssa odottelemaan ja kotiutuminen venyi iltaan saakka. Annetut ohjeet olivat epäyhteneväisiä ja sekavia, kun hoitajat vaihtuivat. Kyllä minä ymmärrän lääkärin kiireet päivystysaikaan, mutta koin, etten saanut sairaanhoitajilta ohjausta päivän aikana. Päivä meni odotellessa, mutta onneksi ruokaa sai. Viimein illalla tapasin lääkärin ja sain reseptit mukaan. Pyysin mukaan lääkkeitä, ettei raskaan päivän päätteeksi tarvitse lähteä apteekkiin. Mutta se tuntui vaikealta ja hankalalta toteuttaa. Kyllä he sitten antoivat, että pärjään seuraavaan päivään.

Kuulin myös, että eräs oli lähtenyt jatkohoitoon oman alueen sairaalaan. Sairaalasiirron järjestyksessä oli hankaluuksia ja tiedonsiirrossa oli ongelmaa, joka johti odottamiseen ja sairaalasiirron varmistumiseen iltavuoron aikana. Lopulta siirto tapahtui nopeasti ja hän koki, että hoito jäi kesken. Hän oli odottanut sellaista yhteenvetokeskustelua hoitajaksosta. Tilannetta pahensi se, että jatkohoitopaikassa hänen hoito ja ohjaus eivät jatkunut yhteneväisenä. Hän koki olevansa siellä ylimääräinen.

Kotona hämmennystä minulle toi vuodeosastolta annetut ohjeet, kun jalan leikkaushaava oli infektoitunut ja kipeä. Hoitaja kertoi minulle, *”etten saa missään nimessä tuota jalkaa rasittaa”*. Jouduin hakeutumaan yksityisvastaanotolle ja siellä ohjeistettiin minua liikkumaan normaalisti haavojen paranemisen edistämiseksi.

Olin saanut sisätautiosastolta sydämen ohitusleikkauspotilaiden ohjauslehtisen, joka oli joltain 90-luvulta. Onneksi sain uudistetun version ennen kotiutusta. Annettuihin ohjeisiin kaipaankin tiivistettyä ja selkeää informaatiota. Vuodeosaston päiväsalin ohjausmateriaali oli hyvää, mutta en ehtinyt niitä lukemaan, kun sairaalassa viivyin vain hetken ja sen ajan olin *”niin tokkaurassa tai lääkkeissä”*, ettei jaksa keskittyä asiaan.

Uskon, että kotiutustilanteessa vastaanottokykyäni ei ollut paras mahdollinen. Lisäksi minulla oli kipuja. Lisäjännitystä aiheuttivat kotiutumisen odottaminen ja kotiutuspäivän kiireisyys. Kotiututtua en muistanut kaikkia asioita tai niitä ei ole selvitetty tarkasti. En esimerkiksi tiennyt, mihin aikaan iltalääkkeet otetaan. Kun kävin saunassa, huomasin, etteivät lääkkeet sopineet saunan kanssa.

Negatiivisen tunteen aiheutti minulle ja puolisoilleni lupauksen pettäminen. Kotiutustilanteessa meitä kehoitettiin ottamaan yhteyttä vuodeosastolle, jos epäselviä tilanteita ilmenee. Jouduin ottamaan pian yhteyttä ja puheluuni vastattiin, ettei osastolla ehditä hoitamaan asiaani ja kehoitettiin ottamaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen tai päivystykseen. Tuttavani kertoi, että lääkäri oli jatkohoitopaikassa tylysti tyrmännyt yhteydenotot osastolle epäselvissä asioissa.

Ohjaus ja seuranta avoterveydenhuollon vastaanotolla

Yritin tavoittaa oman alueeni sydänhoitajaa ja lukuisten soittojen jälkeen sain häneen yhteyden. Kerroin hänelle, että olen työterveyshuollon piirissä. Tämän vuoksi en saanut aikaa hänen vastaanotolleen. Monelta vertaiseltani olen kuullut, etteivät he ole koskaan kuulleet terveyskeskusten sydänhoitajista. Tieto ja yhteydenotto sydänhoitajaan täytyy ilmeisesti tapahtua potilaalta, jotta saa ajan ja sitä kautta jatkuvuutta hoitoon. Mielestäni sydänhoitajalla käynnit olisivat auttaneet monessa tilanteessa toipumisen erivaiheissa, koska *”sitä on loppujen lopuksi niin yksin tämän kanssa”*. Rauhallisessa ohjaustilanteessa sitä mahdollisesti muistaisi paremmin ja voi samalla kysyä epäselviä asioita.

Kaksi kuukautta, jonka jälkeen minulla oli ensimmäinen lääkärin tarkastus, tuntui pitkältä ajalta. Tämän vuoksi jouduin hakeutumaan aikaisemmin työterveyshuoltoon ja olen kuullut useiden hakeutuneen myös lääkäreiden yksityisvastaanoille. Jostain kuulin, että vuodeosastolla on ollut aikaisemmin käytössä kotisoitto, jolloin kotiuttava sairaanhoitaja soittaa kotiin ja kyselee voinnista sekä epäselvistä asioista. Tällaisesta mahdollisuudesta ei minulta kysytty kotiutustilanteessa.

En tiedä, onko minulla joskus mennyt ohi tästä psyykkisestä puolesta huolehtiminen. Muistaakseni kontrollikäynnillä ei kysytty tätä asiaa tai siihen ei millään tavalla viitattu. Minulla oli mielialassa alavireisyyttä ja ajoittain myös uniongelmia. Näiden asioiden hoitamiseen olen tarvinnut oma-aloitteisuutta ja sinnikkyyttä, jotta asiat korjaantuisivat ammattiavun turvin.

Pohdin nyt, että miten jatkossa hoitoni järjestyy ja minne hakeudun. Kontrollissa käytyäni kerrottiin, että seuraavan kerran vuoden päästä vastaanotolle. Toivoisin samaa lääkäriä ja suunnitelmallisuutta jatkohoitoon, miten edetään ja mitä tavoitteita asetetaan. Mielestäni omaan terveyskeskukseen en saa riittävän hyvin yhteyttä ja yliopistosairaalaan resurssin eivät riitä ohjauksen antamiseen. Tämä sairaalan systeemi on hyvä, kun on terve. *”Mutta kun tulee takapakkia, on helposti monta kertaa sormi suussa, että miten nyt edetään.”*

3 TULOSTEN TARKASTELUA

3.1 Sairaalaan tulovaiheen ohjaus

Tutkimuksessani suurin osa ryhmähaastatteluihin osallistujista koki saaneensa riittävää ja hyvää ohjausta ennen leikkausta ja leikkaukseen valmistutumisessa. Muut tutkimukset vahvistavat tätä tulosta. (Alaloukusa-Lahtinen 2008,48-52; Heikkinen, Johansson, Leino-Kilpi, Rankinen, Virtanen & Salanterä 2006, 126; Kähkönen 2009, 45; Kääriäinen ym. 2005, 12.) Heidän mielestään sairaanhoitajien, lääkäreiden ja fysioterapeuttien ohjaukokonaisuuden avulla oli rauhallisempi mieli ja varmuus lähteä leikkaukseen. Samansuuntaisia tuloksia ohjauksen vaikutuksista ovat saaneet Koivula ja Åstedt-Kurki (2004, 55, 59) ja Kähkönen (2009, 45.) tutkimuksissaan. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 210) artikkelissa Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002 osoittaa, että potilaat ovat tyytyväisiä, kun ovat saaneet riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, joka ilmeni myös Kähkösen (2009, 45.) systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta.

Muutaman haastateltavan muistikuvat annetusta ohjauksesta olivat vähäiset tai epävarmoja pelkojen, jännittyneisyyden tai alentuneen tiedon vastaanottokyvyn vuoksi. Tulosta vahvistavat muut tutkimukset (Kattainen 2004, 36; Kattainen & Meriläinen 2003, 55-56; Koskela 2006, 71-72; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211). Kokemuksia oli myös siitä, että äkillisesti sairaalaan joutuneet eivät saaneet sairaanhoitajalta ja fysioterapeutilta riittävää ohjausta leikkaukseen valmistautumisesta ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Sisällöltään niukka ohjaus aiheuttaa tyytymättömyyttä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210) ja tiedon on todettu olevan toivoa ylläpitävä ja turvallisuudentunnetta lisäävä tekijä (Kattainen 2004, 36-37). Alaloukusa-Lahtisen (2008, 52) tutkimus osoitti, että äkillisesti sairaalaan tulleet arvioivat ohjaustilanteen ilmapiirin epämiellyttävämmäksi kuin sovitulle käynnille tulleet kirurgiset potilaat.

Suunniteltuun ohitusleikkaukseen saapuvat olivat tyytyväisiä kotiin lähetettyyn ennakkomateriaaliin. Kääriäinen ym. (2005, 12) kirjoittavat, että potilaat pitivät ohjauksen riittävyttä ja tärkeyttä tähdellisenä ennen sairaalan tuloa. Lähes kaikki potilaat saivat kirjallisen ohjausmateriaalin ennen leikkausta. Oman voinnin mukaan osa jaksoi tutustua ohjeisiin ja osa ei, joka ilmenee muissakin tutkimuksissa (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211-212.) Ne, jotka näkivät ohjausvideon, pääsääntöisesti kokivat sen tietoa lisäävänä ja pelkoja vähentävänä ohjausmuotona. Kahden mielestä se ei vastannut tarkoitustaan. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 212) tutkimuksessa tuodaan esille mah-

dollisuutta keskustella videosta, sen aiheuttamista tunteista ja väärinkäsityksistä henkilökunnan kanssa.

3.2 Osastovaiheen ohjaus

Osastovaiheen ohjauksessa lähes kaikki haastateltavat toivat esille hoitotilanteiden yhteydessä tapahtuvan ohjauksen ja tiedon saannin riittävyyden. Tutkimustulosta vahvistavat muut tutkimukset (Heikkinen ym. 2006, 126-127; Kääriäinen ym. 2005, 12; Kähkönen 2009, 45; Välimäki ym. 2001, 159-163.). Näistä korostui fysioterapia, haavanhoito, lääkehoito, kivun hoito, mittaustulokset, tämän hetkinen vointi ja piakkoin odotettavissa olevat asiat. Lähes kaikkien mielestä fysioterapeuttien toiminta oli erinomaista, suullisten ja kirjallisten ohjeiden lisäksi myös harjoitukset hengittämisen tehostamiseksi ja perusliikkuminen. On todettu, että potilaat tarvitsevat enemmän tietoa toipumisajan pituudesta ja toipilasaikaan liittyvistä fyysisistä ongelmista (Heikkinen ym. 2006, 126; Kähkönen 2009, 46).

Myös hatarat tai sekavatkin muistikuvat, muistamattomuus ja väsymys ilmenivät usean haastateltavan kokemuksissa. Muissakin tutkimuksissa ohjauskokemukset ja muistikuvat vaihtelevat (Kattainen & Meriläinen 2003, 55-56; Koskela 2006, 52, 71-72; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211.) Kähkönen (2009, 45) mukaan akuuttivaiheessa potilaat tarvitsevat rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa tietoa. Samalla potilaiden vastaanottokyky tulee arvioida hoidon eri vaiheissa.

Mielialaa koskevat kysymykset etenkin naiset kokivat tärkeiksi. On todettu, että naisten ja miesten välillä on eroja ohjauksen riittävyyteen ja naiset etenkin kaipaavat henkistä tukea. (Koivunen, Lukkarinen & Isola 2003, 66-71; Kähkönen 2009, 44-45). Miesten kokemuksista nousivat esiin persoonan muutokset, uniongelmat ja mielialan vaihtelut. Masennus on yleinen ongelma ohitusleikkauksesta toipuvilla, joten varhaiseen tukeen ja ohjaukseen tulee panostaa jo sairaalassa ollessa. (Kähkönen 2009, 46).

Lähes kaikki kokivat osaston henkilökunnan motivoivaksi, ystävällisiksi ja helposti lähestyttäviksi. Muissa tutkimuksissa koetaan henkilökunnan ohjausosaaminen ja vuorovaikutus hyväksi (Alaloukusa-Lahtinen 2009, 52-53; Kääriäinen 2008, 12; Kääriäinen ym. 2005, 12-13). Hyytiäisen (2010, 75) tutkimuksessa potilaat toivovat tasa-arvoista kohtelua ja jopa kumppanuutta hoitajan kanssa, jolloin hoitosuhteessa se merkitsee turvallisuuden ja yhdistymisen tunnetta. Samalla myös tuttavallisuus ja luottamuksellinen ilmapiiri ohjaustilanteissa onnistuvat. Toisaalta myös kai-

vattiin enemmän sairaanhoitajilta kannustusta senhetkiseen vointiin ja arvojen selventämiseen, joka ilmeni myös Kähkösen (2009, 46) tutkimuksessa. Kääriäisen ym. (2005, 12) tutkimuksessa potilaat (alta 20% vastanneista) kokivat saaneensa liian vähän ohjausta sairauden syiden, ennusteiden, vaaratekijöiden hoidon, hoitovaihtoehtojen osalta sekä hoidon jälkeisistä ongelmista ja tutkimustuloksista.

Ryhmäohjausta haastateltavat eivät saaneet sairaalassa ollessa. Myös Alaloukusa-Lahtisen (2008, 54) tutkimus osoitti, että ryhmäohjausta käytetään harvoin kirurgisten potilaiden ohjauksessa. Perinteinen ryhmäohjaus onkin todettu varsin tehottomaksi vaaratekijöiden hallinnassa. Ryhmäohjauksen yhdistäminen muihin, esimerkiksi yksilöohjaukseen ja uusiin ohjausmenetelmiin, on saatu hyviä tuloksia. (Kähkönen 2009, 46-47.) Erialaisten ohjausmenetelmien hyödyntämistä ja käyttöönottoa tulisi pohtia tarkkaan, koska potilaat prosessoivat ja muistavat asioita eri tavoin (Kääriäinen 2008, 11).

3.3 Sairaalasta kotiinlähdevaiheen ohjaus

Onnistuneissa kotiinlähdevaiheen ohjauskokemuksissa nousivat esiin suunnitelmallisuus ja ohjauksen oikea-aikaisuus. Ohjaus koettiin riittävänä, jolloin annetun ohjauksen avulla osattiin hoitaa itseään ja selviydyttiin kotona. Tuloksia vahvistavat muut tutkimukset (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 51, 55; Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 230-231; Kähkönen 2009, 49.)

Sairaanhoitajat osasivat hyödyntää kirjallista ohjausmateriaalia, jotka annettiin suullisen ohjauksen kera. Tämä oli myös Kääriäisen, Lahdenperän ja Kyngäksen (2005, 29) ja Kyngäksen ym. (2004, 230) tutkimuksissa havaittu hyväksi menetelmäksi. Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä, joka vuoksi usein päädytään suulliseen yksilöohjaukseen. Muut tutkimukset vahvistavat tietoa, että yksilöohjaus on yleisin ohjausmenetelmä (Kyngäs ym. 2004, 230; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211). Kotihoito-ohjeet koettiin hyödyllisiksi ja informatiivisiksi. Toisaalta niihin kaivattiin lisää tiivistämistä ja selkeyttä. Salminen-Tuomaalan, Kaappolan, Kurikan, Leikkolan, Vanhisen ja Paavilaisen (2010, 25-26) tutkimuksessa potilaat pitivät kotohoito-ohjeita tärkeinä ja edistävän selviytymistä kotona. Demonstraatiota oli hyödynnetty ohjaustilanteissa haavanhoidossa. Eriyistä kiitosta lähes kaikkien osalta tuli fysioterapeutin ohjauksesta ja kotihoito-ohjeista. Koivumäen (2009, 52) tutkimuksen mukaan, liikunnan osuuteen hoitajien antamalla ohjauksella oli positiivinen vaikutus sydämen ohitusleikkauspotilaille.

Tutkimus osoitti, että puolisoiden osuus toipumisen edistymisessä ja ohjauksessa mukana olossa oli tärkeä niin sairaalaan tulovaiheessa kuin kotiutumisessa. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 55; Hopia, Rantanen, Mattila, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004, 28; Koivumäki 2009, 51; Kähkönen 2009, 45; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211; Koskela 2006, 53; Rintala 2007, 72-74.) Puolisoiden merkitys korostui nopeampana kotiutumisenä sairaalasta, emotionaalisenä tukena ja annetun ohjauksen vastaanottajana. Omaisten läsnäolo auttaa tulkitsemaan ja käyttämään tietoa sekä välttämään väärinkäsityksiä, joka ilmeni myös Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 211) tutkimuksessa. Kääriäisen (2008, 13) mukaan on tärkeää varmistaa potilaan riittävä ohjaus, koska hoidon jatkuminen ja hakeutuminen ohjaustilanteisiin jää potilaan oman aktiivisuuden varaan.

Kiireen välittyminen kotiutuksessa, kotiutuksen viivästyminen, sairaanhoitajien erilaiset ohjeet ja riittämätön ohjaus kotiutumispäivänä olivat estäviä tekijöitä laadukkaalle ohjaukselle. Onnistunut ohjaus vaatii riittävät resurssit. Ohjaukseen varattu aika on usein riittämätöntä, myös henkilökunnan tieto-taito-taso ja ohjausmenetelmien hallinta eivät ole riittäviä potilaiden mielestä sekä kaivataan tarkempia ohjeita. Useat tutkimukset tulokset tukevat tätä tulosta. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 59-61; Kyngäs ym. 2005, 232-233; Kähkönen 2009, 47; Kääriäinen 2008, 13; Okkonen & Kuusisto 2004, 14.)

Tutkimuksessani ilmeni, että usein muistikuvat annetusta ohjauksesta on heikkoja tai muistetaan vaan osa asioista. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (Koskela 2006, 51; Kyngäs ym. 2005, 232-233; Kääriäinen ym. 2005, 28-29; Okkonen & Kuusisto 2004, 14). Kähkönen (2009, 45) toteaa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan vahvalla näytöllä, että ohjauksen ajoituksen kannalta tulee painopisteen siirtyminen olemaan sairaalavaiheen jälkeisessä ajassa. Oikein ajoitetulla ohjauksella on merkittävä osuus tiedon omaksumisessa, sairauden kanssa selviytymisessä ja hoitotavoitteiden saavuttamisessa.

Kaikille haastateltaville oli annettu lupa soittaa ja olla yhteydessä osastolle kotiutumisen jälkeen. Yksi oli saanut pulmaan tarvitsemansa avun. Kahden kohdalla oli kieltäydytty auttamasta epäselvässä asiassa ja kehoitettu heitä ottamaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen tai päivystyspoliklinikalle. Heikkisen ym. (2006, 127) ja Kyngäksen ym. (2004, 231) tutkimuksissa potilaat kaipasivat parempaa puhelinohjauksen hyödyntämistä. Puhelimen ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus on osoittautunut tehokkaaksi ohjausmenetelmäksi. Sen etuna on helppo tavoitettavuus ja kustannustehokkuus. (Kähkönen 2009, 47.) Saksena (2010, 224) toteaa, että tieto-

kenavusteisessa ohjauksessa on vaikutusta erilaisiin potilaiden terveydenhuollon mittaustuloksiin, tietotaitoon ja itsehoitokäyttäytymiseen.

3.4 Ohjaus ja seuranta avoterveydenhuollon vastaanotolla

Lähes kaikki kokivat, että kontrolliaika ajoittui liian kauas kotiutumisesta. Okkosen ja Kuusiston (2004, 14) artikkelissa todetaan, että potilaat toivoivat terveydentilan perusteellisempaa seuranta kotiutumisen jälkeen. Koivusen, Lukkarisen ja Isolan (2003, 70-71) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaat, niin naiset kuin miehetkin, toivoivat enemmän ohjausta kuntoutumisen vaiheessa. Tätä he eivät olleet riittävästi saaneet julkiselta terveydenhuollolta.

Kontrollikäynnillä lääkäri oli hyvin huomionut fyysisen toipumisen ja sydämen kunnon. Puolestaan henkiseen hyvinvointiin ei niinkään kiinnitetty huomiota, joka ilmeni myös Koivulan, Halmeen ja Tarkan (2007, 189) ja Kyngäksen ym. (2004, 232) tutkimuksissa. Henkinen hyvinvointi on todettu yhdeksi huolen aiheeksi ohitusleikkauksen jälkeen (Okkonen & Kuusisto 2004, 12). Moni hakeutui lääkäreiden yksityisvastaanoille tai työterveyshuoltoon epäselvissä asioissa ja ongelmatilanteissa, esimerkiksi haavan paranemisen vaikeutumisessa, uniongelmien tai alavireisyyden haitatessa toipumista. Toimivalla sydänhoitajavastaanotolla on osoitettu kustannustehokkuus vähentämällä julkisten terveystalusten käyttöä ja parantamalla tuloksia vaaratekijöiden tavoitearvojen saavuttamisessa. Samalla vastaanotolla voidaan antaa varhaista tukea myös masennuksen ehkäisyyn. (Asikainen 2010, 58; Kähkönen 2009, 46-47.) Koivulan ym. (2007, 189) osoittaa, että depressiivisesti oireilevat potilaat kokevat saavansa hoitajilta vähemmän tiedollista ja emotionaalista tukea.

Tutkimus osoitti, että sydänhoitajat tavoittavat huonosti potilaat sydämen ohitusleikkauksen jälkeen. Vain yhdellä haastateltavista oli toimiva hoitosuhde sydänhoitajaan. Silvolan (2008, 61) tutkimus osoitti, että Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sydänhoitajat toivovat selkeää tiedonkulkua eri ammattiryhmien välillä sekä tiivistää sydänhoitajien yhteistyötä ja saada sydänhoitajaverkosto toimivaksi. Myös muut tutkimukset vahvistavat tätä tulosta (Koivunen ym., 2003, 71; Kähkönen 2009, 45; Kääriäinen 2008, 10; Okkonen & Kuusisto 2004, 15).

Kahden haastateltavan hoito oli jatkunut haavapoliklinikalla, jolloin he kokivat saaneensa kokonaisvaltaista hoitoa kotiutumisen jälkeen. Hoidon ja ohjauksen jatkuvuuden epäselvyys nousi esiin tutkimustuloksissa. Oikein ajoitettu ohjaus on avaintekijä potilaiden pysymisessä hoidon pii-

rissä. On todettu, että aktiiviset ja itseään hoitavat hakeutuvat ohjauksen piiriin. Eniten ohjausta tarvitsevat ja syrjäytymisvaarassa olevat eivät tavoita ohjausta. Tässä toimiva sydänhoitajavastaanotto olisi paras mahdollinen ratkaisu tavoittamaan kaikki ohjausta tarvitsevat potilaat. Ohjausmenetelmänä voi hyödyntää henkilökohtaista valmennusohjelmaa. Silloin elämäntapoihin liittyvä ohjaus onnistuu, kun potilaat ovat emotionaalisesti eheytyneet ja sairastumisen kriisi on helpottanut leikkauksen jälkeen. Varhaisen puuttumisen soveltaminen ohjaukseen edistää ohjauksen systemaattista toteutusta ja potilaan voimaantumista. (Asikainen 2010, 75; Kähkönen 2009, 45, 47, 49.) Merrill, Aldana, Greenlaw, Salberg ja Englert (2008, 222-228) toteavat, että sepelvaltimotaudin riskitekijät pienenevät intensiivisellä, yhteisöllisyyteen perustavalla pitempikestoisella interventiolla.

Tutkimus osoitti, että kotona selviytymistä olivat tukeneet kotihoito-ohjeet, tiedonhaku internetistä ja sydänpotilaille tarkoitettu ryhmäohjaus. On todettu, että potilaiden on helppo tarkistaa asioiden ymmärtämistä ja muistamista ohjausmateriaalista (Kyngäs ym. 2005, 233; Kääriäinen 2007, 119.) Luentomuotoisesta ohjauksesta Kyngäksen ym. (2004, 230) tutkimuksen mukaan kokemukset ovat vaihtelevan tasoisia. Tämän tutkimuksen mukaan luento-ohjauksessa pidettiin kokonaisuutena ja sosiaalietuuksiin liittyvistä asioista. Monet tutkimukset osoittavat, että potilaat kokevat saavansa vähän tietoa sosiaalietuuksista sairaalassa (Heikkinen 2006, 126-127; Kyngäs ym. 2004, 231). Sopeutumisvalmennuskurssi koettiin oivallisena ohjausmenetelmänä, joka vahvistaa leikkauksesta toipuvan omahoitoa ja ymmärrystä sepelvaltimotautia kohtaan. Koskelan (2006, 62) tutkimuksessa sydämen ohitusleikkauksessa käyneet naiset kokivat sydänkuntoutuksen edistyneen kuntoutumista sekä tukeneen fyysistä ja psyykkistä toipumista.

Koskelan (2006, 66) tutkimuksessa naiset kokevat sydämen ohitusleikkauksen positiivisena käännekohtana ja elämän jatkajana. Koivulan ym.(2003, 66-68) tutkimuksessa naiset tunsivat iloa selvitessään hengissä leikkauksesta ja miehet iloitsivat elämästä. Samat tulokset nousivat esiin molemmissa ryhmähaastatteluisissa. Tutkimus osoittaa, että monien sattumien, hyvien ja huonojen kokemusten jälkeen leikkauksen jälkeinen elämä koetaan arvokkaana ja leikkauksesta aiheutuneet vaivat pieninä.

3.5 Tutkimustulosten yhteenvetoa

1. Sairaalaan tulovaiheen ohjauksessa potilaat kokivat pääsääntöisesti saaneensa riittävää tietoa ja tukea sydämen ohitusleikkaukseen leikkaukseen valmistautumisessa ja hoidos-

sa sairaanhoitajilta, lääkäreiltä ja fysioterapeuteilta. Ohjaus ja ohjeet olivat useimmissa tapauksissa rauhoittaneet ja vähentäneet jännitystä. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää kiireelliseen ohitusleikkaukseen saapuvien ja hyvin jännittyneiden potilaiden ohjaukseen. Silloin sopivien ohjausmenetelmien, esimerkiksi motivoiva ohjaus ja erilaiset ohjausmateriaalit sekä oikean ajankohdan löytäminen, ovat riittävän laadukkaan ohjauksen onnistumiselle tärkeää. Tämä parantaa ohjauksen muistamista. Omaisten mukana olo ohjaustilanteissa koettiin hyväksi ratkaisuksi.

2. Osastovaiheen ohjaus koettiin informatiivisena, sen hetkiseen vointiin kuuluvana ja hoitotoimenpiteissä tapahtuvana ohjauksena, joka keskittyi leikkauksen ja toipumisen kannalta oleellisiin asioihin. Kauaskantoisia tai suuremmin elämäntapamuutoksiin suuntaavaa ohjausta ei kaivattu. Toisaalta kaivattiin sairaanhoitajilta yksilöllistä huomiointia hoitotoimenpiteiden yhteydessä ja tarkemmin selvennystä sen hetkiseen vointiin. Henkisen hyvinvoinnin huomioiminen tuli esille muutamien kokemuksesta ja sen huomioiminen kaikkien potilaiden kohdalla on tärkeää, koska kokemuksista nousi esille persoonallisuuden muutokset, hämmennys ja ohjauksen muistamattomuus. Fysioterapeutin ja lääkäreiden ohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Toisin lääkäreiden kiire näyttäytyi kokemuksissa. Pääsääntöisesti osaston henkilökunta koettiin ystävällisinä, motivoivana ja ammattitaitoisena.
3. Kotiutusvaiheen ohjauksessa kiiteltiin suunnitelmallisuutta ja tiedon antamista kirjallisena sekä suullisena. Epäjohdonmukaisuus ja kiireen välittyminen olivat negatiivisia kokemuksia kotiutuksessa, jolloin riittävät tiedot kotona selviytymiseen ja ohjauksen arviointi jäivät vähäisiksi. Omaisten osallistuminen kotiutusvaiheen ohjaukseen koettiin pääsääntöisesti tärkeäksi ohjauksen muistamisen, väärinkäsitysten välttämisen ja nopeamman kotiutumisen mahdollistamisen kannalta. Fysioterapeuttien ohjaus koettiin hyväksi kirjallisten ohjeiden ja yksilöllisten ohjeiden vuoksi. Yhteydenottoon osastolle tulisi antaa selkeä ohje ja toimia sen mukaan, jolloin hoidon jatkuvuus turvataan ja epäselvyyksiltä vältetään. Puhe-
linohjauksen mahdollisuutta kannattaa myös harkita, jolloin kotisoiton avulla ohjauksen vaikuttavuutta pystytään arvioimaan ja etsimään yksilöllisiä ratkaisuja potilaan kuntoutusprosessiin. Usea oli saanut ajan sydänpotilaan ryhmäohjaukseen, joka koettiin etenkin sosiaalietuuksien osalta hyväksi. Sydänhoitajan yhteistietojen antamiseen tai ajan varaamiseen valmiiksi on syytä kiinnittää huomiota, jotta kuntoutuminen kotona lähtisi konkreettisesti hyvin etenemään ja hoito taatusti jatkuisi.

4. Tutkimuksen mukaan Oulun erityisvastuualueen sydänhoitajatoiminta ei tavoita potilaita riittävässä määrin. Kontrolliaika lääkärille kesti 2 kuukaudesta 3,5 kuukauteen, jolloin suurin osa haastateltavista koki, että oli leikkauksesta kuntoutumisen kanssa aivan yksin. Suurin osa oli hakeutunut työterveyshuoltoon tai yksityisvastaanotoille epäselvissä asioissa. Kontrollikäynnillä oli hyvin huomioitu fyysisen kunnon kohoneminen ja sydämen vointi. Henkiseen hyvinvointiin kaivataan myös panostusta, koska useilla ilmeni kotona vaihtelevan ajan jakson jälkeen uniongelmia, mielen alavireisyyttä tai masentuneisuutta.

5. Tutkimuksen mukaan ohjaustarpeet ovat yksilölliset ja miesten ja naisten välillä on suuriakin eroja. Naiset kaipaavat enemmän tietoa ja ohjausta kuin miehet. Ohjauksessa tulisi entistä enemmän kiinnittää huomiota potilaan yksilöllisiin tarpeisiin, taustatietoihin ja tiedon soveltamista hänen omaan elämäänsä. Sydämen ohitusleikkauspotilaan ohjauksen tulisi olla riittävää, vaiheittain etenevää hoitoa ja ohjausta. Eri ohjausmenetelmien käytön avulla erilailla prosessoivat potilaat hyötyvät ohjauksesta. Ryhmä-, puhelin- ja tietokoneavusteisten ohjausten käyttöä tulisi pohtia ja kehittää. Ohjauksen tulisi olla vuorovai- kuteista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Tavoitteena on, että potilaat oppisivat, voimaantuisivat ja olisivat itseohjautuvaisia hakamaan apua ja tukea sepelvaltimotaudin hoi- toon ja oman terveyden edistämiseen.

4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

4.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Opinnäytetyön kohdentuminen sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksen kehittämiseen on alun perin lähtöisin potilailta saadusta palautteesta. Hoitoaikojen lyhentyminen on tuonut haastetta potilasohjaukseen ja ohjauksen painopiste on siirtymässä avoterveydenhuoltoon (Kansite ym. 2007, 30). Tämän vuoksi Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 3 on halukas kehittämään ohjausta, jotta se olisi laadukasta ja jatkuvaa. Ennen varsinaista tutkimusprosessin käynnistämistä oli tutkimuslupa myönnetty.

Mäkisen (2006, 81) mukaan tutkimuksen eettisyys pitää usein selvittää etukäteen. Eettiset kysymykset ja niiden huomiointi ovat olleet mukana kehittämistyöni suunnitteluvaiheessa jatkuen raportin kirjoittamiseen ja sen jälkeiseen aikaan. Totuuden saavuttaminen on pääperiaate (Mäkinen 2006, 78), jolloin tutkimuksen tulokset, johtopäätökset ja kehittämissuunnitelma esitetään totuuden mukaisesti.

Ryhmähaastatteluihin rekrytointi tapahtui kuntoutusohjaajan toimesta, kun hän puhelimitse kysyi sopeutumisvalmennuskurssille osallistujilta halukkuutta osallistua tutkimukseen. Kysyminen on helpoin tapa saada tutkimukseen osallistujia (Mäkinen 2006, 86). Lisätietoa he saivat tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, aineiston säilytyksestä, vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta informaatiokirjeessä ja ohjaustilanteessa ennen haastatteluja. Samoihin asioihin eettisyyden huomioonottamisesta ryhmähaastattelussa on kiinnittänyt huomiota Foster-Turner (2009, 219). Koko tutkimusprosessin ajan haastateltavilla on mahdollisuus keskeyttää tutkimus. Anonymiteetin turvaamiseksi (Mäkinen 2006, 95, 114, 120) videotallenteet haastatteluista tuhoetaan tutkimuksen jälkeen ja niitä ei käytetä muihin tutkimuksiin tai tarkoituksiin. Osallistujat allekirjoittivat tutkimukseen osallistumiskaavakkeen ennen ryhmähaastatteluun osallistumista.

Tutkimuksen ja kehittämistyön raportoinnissa on käytetty tieteellisen julkaisun mallia (Mäkinen 2006, 121-122) ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjetta (Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje 2010). Tutkijana vastaan julkaistusta tekstistä, sen huolellisesta tarkastelusta, tulosten suhteuttamisesta aikaisempiin tutkimuksiin ja tekstin oikeellisuudesta (Mä-

kinen 2006, 123-124) ja minua sitoo vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus myös opinnäytetyön valmistumisen jälkeen (Vilka 2006, 113).

4.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tavoitteena on saada luotettavaa ja totuudellista tietoa tukittavasta ilmiöstä. (Mäkinen 2006, 13). Tämän vuoksi jokainen tutkimuksen vaihe on huolella suunniteltu, toteutettu ja raportoitu. Kylmä ja Juvakka (2007, 127) ovat laatineet kirjassaan synteetin useiden tutkijoiden näkemyksistä laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. Näillä neljällä kriteerillä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys, arvioin tutkimuksen luotettavuutta.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkimuksessani annoin haastateltaville mahdollisuuden korjata tai muuttaa mielipiteitään tai kokemuksiaan antamalla heille ja heidän omaisilleen palautetta ja kertomalla tunnelmia ryhmähaastatteluista sekä alustavia oivalluksia, joita haastatteluaineisto minussa tutkijana herätti. Haastateltavat kokivat, että ryhmähaastattelutilanne oli antoisa ja myös omaa kuntoutumistaan edistävä tekijä. Mielestäni olennainen tieto oli tullut esille haastattelussa. Lisäksi tutkimustuloksista keskusteltiin opiskelijayhteisössä sekä tietysti työyhteisössä kehittämissuunnitelman laatimista varten. Narratiivinen analyysi ja minä -muodossa kirjoittaminen ohjauksertomuksissa lisäsivät potilaan näkökulmaa tutkimuksessa. Kaikki nämä asiat vahvistavat laadullisen tutkimuksen uskottavuutta.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että toinen tutkija pystyy seuraamaan pääpiirteissään tutkimusprosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön raportissa olen pyrkinyt tuomaan selkeästi esille tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen ja analysoinnin. Narratiivisessa aineiston analyysissä olen pyrkinyt käyttämään haastateltavien omia sanoja ja kokemuksia sekä muutamissa kohdissa myös lainannut kokemuksia sanasta sanaan. Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset ovat minun ymmärrykseni tutkittavasta kohteesta. Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan erilaiset tulkinnat eivät merkitse luotettavuusongelmaa.

Ymmärrykseeni tutkittavasta kohteesta ja tutkimuksesta vaikuttaa useiden vuosien työkokemus sydämen ohitusleikkauspotilaiden hoitotyöstä sekä koulutus. Nämä asiat vaikuttavat myös *refleksiivisyyteen*, jotka tutkijan on arvioitava, miten se vaikuttaa koko tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Mielestäni työkokemus sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden hoidossa ja

ohjauksessa oli hyödyksi opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa. Kenenkään ryhmähaastateltavan kanssa minulla ei ollut hoitosuhdetta äitiyslomani vuoksi. Kuitenkin tieto siitä, että olen sairaanhoitajana vuodeosastolla, lisäsi haastateltavien luottamusta tutkimusta ja sen merkitystä kohtaan. Haastattelujen ulkopuolella he halusivat jakaa kokemuksensa kanssani ohjaustilanteista ja oman toipumisen edistymisestä. Loppuraportissa halusin painottaa potilaiden kokemusta, tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä. Tällä tavalla kehittämistyössä muodostuu ”potilaiden ääni”, jolloin heidän kokemuksensa ovat lähtökohtana kehittämään ohjausta laadukkaampaan suuntaan.

Siirrettävyydellä osoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Jurvakka 2007, 129). Tutkimukseen osallistujia oli yhteensä yhdeksän (n=9) ja näistä muodostui kaksi (2) ryhmähaastattelu tilannetta. Haastateltavat valikoituivat Oulun lähialueilta, koska he osallistuivat Oulun yliopistollisen sairaalan sopeutumisvalmennuskurssille. Aineisto on riittävä opinnäytetyöhöni. Tutkimus tuo esille hyvin yhdeksän potilaan aidot kokemukset ja muistikuvat saadusta ohjauksesta ennen sepelvaltimoiden ohitusleikkausta ja sen jälkeen. Tulokset eivät ole siirrettävissä sellaisenaan muualle. Mutta mietittäessä sydänpotilaan ohjausmallin siirtämistä muihin sairaanhoitopiireihin, voi kokemuksista olla hyötyä toimintamallin muokkaamiseen alueen tarpeita vastaavaksi tai resursoinnin pohjaksi.

4.3 Johtopäätökset

1. Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota potilaan yksilöllisiin tarpeisiin, taustatietoihin ja tiedon soveltamista hänen omaan elämäänsä. Ohjauksen tulisi olla vuorovaikutteista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Erilaisten menetelmien kuten ryhmä-, puhelin- ja tietokoneavusteisten ohjauksen avulla erilaisilla prosessoivat potilaat hyötyvät ohjauksesta.
2. Ohjauksen tulisi muodostua moniammatillisen tiimin yhteistyönä, jossa huomioidaan fyysisen kunnon lisäksi psyykinen hyvinvointi ja omaisten merkitys sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaan toipumisen edistäjänä.
3. Ohjauksen tulisi jatkua avoterveydenhuollossa laaditun sydänmallin mukaisesti. Ohjauksen jatkuvuutta turvaa yhteistyön tiivistäminen, ensimmäisen ajan varaaminen sydänhoitajalta ja kotisoiton tekeminen parin viikon päästä kotiutumisesta.

OSA III KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ

1 KEHITTÄMISSUUNNITELMAN LAATIMINEN SEPELVALTIMOIDEN OHITUSLEIKKAUSPOTILAJEN OHJAUKSEEN

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikön tutkimus- ja kehittämistyö palvelee työelämän tarpeita. Kehittämistyön yleisenä tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa ja kehittää menetelmiä yksilöiden, perheiden ja ympäristön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi. (Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2007.) Opinnäytetyöni aihe on lähtenyt potilaiden antamasta palautteesta ja vuodeosaston toiveesta kartoittaa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia saadusta ohjauksesta. Opinnäytetyön ohjaajilta ja opiskelijatovereilta sain idean viedä tutkimustulosten ja johtopäätösten hyödyntäminen ruohonjuuritasolle, työyhteisöön. Suunnittelupalaverissa esiteltiin tutkimustuloksia ja laadittiin kehittämissuunnitelma, jotta yhteistyössä ja tavoitteellisesti ohjauksen laatua lähdettiin parantamaan.

1.1 Dialogisen verkostopalaverin hyödyntäminen suunnittelutyössä

Dialogiset verkostopalaverit eli ennakoitdialogit ovat Stakesin verkostotutkimus- ja kehittämismenetelmät -ryhmässä kehitetty verkostotyömenetelmiä, joita on toteutettu hyvin erilaisissa asiakastyön konteksteissa esimerkiksi lasten ja nuorten, aikuisväestön sekä vanhusten pulmatilanteiden ratkonnassa. Lisäksi dialogisia menetelmiä on hyödynnetty monitoimijajärjestelyissä vammaistyön, päihdetyön, opetustoimen, kuntoutuksen, sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä. (Kokko & Koskimies 2007, 10.) Honkanen (2010, 226) toteaa, että verkostotyömenetelmiä voidaan käyttää terveyden edistämistyössä eri tasoilla edistämään moniäänistä suunnittelua ja asiakastyötä.

Ennakointidialogien tarkoituksena on tuottaa moniääninen, tasavertainen ja voimavarakeskeinen vuoropuhelu. Vuoropuhelussa on keskeistä kuuntelun ja puhumisen erottaminen. Kaikki osallistujat puhuvat vuorollaan ja puhetta ei keskeytetä tai kommentoida. Verkostomenetelmän rakenne tukee sitä, etteivät työntekijäverkoston negatiiviset ilmiöt heijastu vuoropuheluun. Tarkoituksena on tuoda toivoa ja toimintamahdollisuuksia käsiteltävään aiheeseen. (Eriksson, Arnkil & Rautava

2006, 7.) Menetelmiä voi hyödyntää kuka tahansa omassa työssään, kun toimii ennakoitdialogien periaatteiden mukaan. (Honkanen 2010, 218.)

Erikssonin ym. (2006,11) mukaan ennakoitdialogeja voidaan hyödyntää suunnittelutyön apuna mm. ehkäisevässä työssä, erilaisissa hallinnollisessa suunnittelutyössä, yhteisöjen kehittämisessä ja kehittämishakkeiden suunnittelussa. Honkasen (2010, 220) mukaan terveyden edistämiseksi preventiivinen suunnittelutyö kohdistuu jo olemassa olevan huolestuttavan kehityksen vähentämiseen. Alue- ja teemanuovonpito sekä tulevaisuuden muistelu-suunnittelupalaveri ovat suunnittelutyössä hyödynnettäviä ennakoitdialogimenetelmiä. (Eriksson 2006, 14; Honkanen 2010, 220-222.)

Vuodeosasto 3 henkilökunnalle järjestettiin ohjauksen kehittämisen suunnitteluyöpalaveri 26.10.2010 klo.12-14.00. Kutsu palaveriin lähetettiin sähköpostitse (liite 6). Kutsuun liitettiin ryhmähaastattelun tulokset ja yhteenveto, jotta henkilökunta pystyi tutustumaan potilaiden kokemuksiin saadusta ohjauksesta. Iltavuorolaisten työaika oli resursoitu palaveriin sekä muilla oli mahdollisuus osallistua palaveriin niin, että saivat sen työajaksi. Palaveriin osallistui yhdeksän (9) henkilöä vuodeosaston henkilökunnasta. Toimin palaverin ja teemanuovonpidon vetäjänä ja kirjurina toimi opiskelijatoverini, kättilö Liisa Puirava.

1.2 Huolen vyöhykkeistö aihealueen rajaamisessa

Palaveri alkoi esittelyllä ja tutkimuksesta kertomisella. Aihealueen rajaamiseen palaverin osallistujilla oli suuri merkitys. Vapaamuotoisen keskustelun aiheena oli, mikä tutkimustuloksissa heidän mielestä herätti huolta sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa. Huolen vyöhykkeistön avulla pystytään jäsentämään verkostomaisen työskentelyn tarvetta ja menetelmää (Eriksson 2006, 14). Kuviossa 3 kuvataan huolen vyöhykkeistön soveltamista sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjaukseen ja huolen asteen mukaan käyttökelpoisia menetelmiä ohjauksen suunnitteluun.

Ei huolta	Pieni huoli	Huolen harmaa vyöhyke	Suuri huoli
Ei lainkaan huolta sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa.	Huoli tai ihmettely ohjauksen laadusta käynyt mielessä tai huoli on toistuvasti käynyt mielessä. Luottamus omiin mahdollisuuksiin on vahvat tai hyvät. Ajatuksia lisävoimavarojen tarpeesta.	Huoli ohjauksen laadusta kasvaa ja on tuntuva. Luottamus omiin voimavaroihin heikkenee tai ovat ehtymässä. Toivotaan tai selvästi koettu, että tarvitaan lisävoimavaroja ja kontrollin lisäämisen tarve.	Huolta paljon ja jatkuvasti tai huoli erittäin suuri. Omat keinot loppumassa tai lopussa. Lisävoimavaroja ja kontrollia ohjaukseen heti. Muutos ohjauksen parantamiseen saatava heti.

Alue- ja teemanuovnpito

Tulevaisuuden muistelu -suunnittelupalaveri

Tukeen liitetyt huolen puheeksi ottamiset

KUVIO3. Huolen vyöhykkeistö sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa ja huolta vähentävät menetelmät ohjauksen suunnitteluun.(mukailtu Eriksson yms. 2006, 14.)

Keskusteluissa nousivat esille voimakkaimmin potilaiden kotiutus ja jatkohoito avoterveydenhuollossa. Huolen aihe koettiin sijoittuvaksi pienen huolen alueelle. Keskusteluissa ilmeni, että uskottiin vahvasti omiin sekä työyhteisön voimavaroihin ja kykyihin ohjauksen kehittämisessä. Ennakoon suunniteltu teemanuovnpito osoittautui oivalliseksi välineeksi jatkaa huolta herättävää aihepiirin tarkastelua.

1.3 Teemaneuvonpito

Teemaneuvonpito soveltuu huolta herättävän aiheen selventämiseen ja yhteisen toiminnan suunnitteluun, kun käsiteltävä teema on tiedossa. (Eriksson ym. 2006, 15; Honkanen 2010, 221; Kokko ym. 2007, 15.) Käsiteltäviksi aiheiksi nousivat alkukeskusteluista sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kotiutus ja jatkohoidon turvaaminen avoterveydenhuollossa. Teemaneuvonpidossa tavoitteena on saada huolta aiheuttavan asiaan useita näkökulmia ja monipuolista kuvaa huolta aiheuttavan pulman ratkaisemiseksi sekä laatia yhteinen toimintasuunnitelma. (Eriksson ym. 2006, 16; Kokko ym. 2007, 15.)

Teemaneuvonpidon järjestelyssä on mahdollista käyttää sisärinki/ulkorinki rakennetta tai hyödyntämällä muita dialogisia menetelmiä mahdollistavia rakenteita kuten pari- ja ryhmätyöskentelyä (Eriksson 2006, 16). Osallistujat saivat pareittain tai kolmen hengen ryhmissä miettiä käsiteltävää aiheesta heränneitä mielipiteitä, asioita ja ehdotuksia laadittujen kysymysten muodossa. Jo keskusteluvaiheessa pyysin osallistujia huomioimaan dialogisuuden, voimavarakeskeisyyden ja tulevaisuussuuntatuneisuuden, joka on Eriksson ym. (2007, 16) mukaan tärkeää, kun neuvonpidon toteutumissuunnitelmaa laaditaan. Teemaneuvonpito etenee kolmen kysymyksen avulla. (Eriksson 2006, 16; Kokko ym. 2007, 15).

Käsiteltävät kysymykset olivat:

- 1. Vuosi on kulunut ja asiat sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kotiutuksessa ja jatkohoidon turvaamisessa ovat kehittyneet mukavaan suuntaan. Kuinka asiat ovat nyt teidän kannaltanne?*
- 2. Mitä teitte myönteisen kehityksen tukemiseksi ja mistä saitte tukea?*
- 3. Mistä olitte huolissanne tämän asian suhteen ”silloin vuosi sitten” ja mikä sai huolenne vähenemään?*

Kun kaikki ryhmät olivat keskustelleet ja kirjanneet ylös mietteitään kysymyksistä, jatkettiin palaveria dialogina, jolloin jokainen ryhmä vuorollaan pohti ääneen vetäjän esittämiä kysymyksiä. Vetäjät huolehtivat asioiden kirjaamisesta ja siitä, että yhden puhuessa oli muilla rauhallinen mahdollisuus kuunnella. (Eriksson ym. 2006, 12.) Laaditut muistiinpanot ja välitön kirjallinen palaute ovat laadullinen aineisto, joka käsiteltiin sisällön analyysillä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-7). Näin

saatiin tiivistetty kuvaus teemanuovonpidon osallistujien mietteistä, pohdinnoista ja kehittämisideoista.

1.3.1 Ajatukset ja mietteet tulevaisuudesta

Dialogeista nousi esille, että kotiutus on suunnitelmallista. Tämä käsitti kotiutusohjauksen ohjelmoinnin hoitosuunnitelmaan, yhdessä sovitut ohjausasiat, ohjauksen antamisen ajoittumisen useammalle päivälle ja ohjauksen toteutumisen seuraaminen hoitosuunnitelmasta. Tuli myös ajatuksia siitä, että jokaiselle kotiutujalle varataan ensimmäinen käynti sydänhoitajalle ja tehdään kotiutus viikon parin päästä kotiutumisesta.

”Ohjaus aloitetaan useampi päivä ennen varsinaista kotiutuspäivää.”

”On mahdollisuus perehtyä potilaan ohjauksen tarpeeseen tarkastelemalla aikaisempia kirjauksia ohjaustilanteista”

”Kaikki puhuvat samoja asioita”

Kaikkien ryhmien dialogista välittyi kotiutustilanteen järjestelyt. Tärkeimpänä ajatuksena oli, että kotiutukselle on järjestetty riittävästi aikaa ja resursseja. Samalla kotiutustilanne on järjestetty rauhalliseksi ja kotiutukseen on käytössä erillinen huone.

”Kotiutustilanne on rauhallinen ja aikaa on varattu ½-1 tuntia.”

”Kotiutukseen on varattu riittävästi aikaa.”

Potilaille annettu ohjaus on dialogista. Asiakslähtöisyys ohjauksessa toteutuu. Ohjaus lähtee potilaan tarpeista, ohjauksen aikana potilasta huomioidaan ja havainnoidaan, jolloin löydetään hänelle sopivat ja tärkeät ohjausmenetelmät ja -asiat.

”Ohjauksessa havainnoin ja huomion potilasta, ohjaus on asiakslähtöistä.”

Yhteistyön merkityksen korostaminen eri ammattiryhmien ja omaisten välillä välittyi ryhmien dialogeista. Toivottiin, että yhteistyö omaisiin toimii ja omaiset ovat mukana potilaan ohjaukseen liittyvissä tilanteissa ja etenkin kotiutuksessa. Omaiset huomioidaan tärkeäksi potilaan voimavaraksi. Yhteistyö lääkäreiden kanssa toimii ja he osaavat ennakoida kotiutumisen omassa toiminnassa.

saan. Esimerkiksi siirtoepikriisit ja potilaan sen hetkinen lääkitys on saatavilla. Toivomus siitä, että potilaiden kontrolliajat menevät kuukauden päähän.

”Omainen on mukana ohjauksessa ja hänet huomioidaan.”

”Siirtoepikriisi on ajoissa valmiina ja myös sen hetkinen lääkitys kirjattuna lääkärin toimesta eskolle lääkärin määräyskohtaan.”

1.3.2 Myönteisen kehityksen mahdollistajat

Ryhmäläisten mielestä myönteisen kehityksen tukemiseksi järjestettiin kokous ohjauksen kehittämiseksi. Laadukkaan ohjauksen ohjeistus laadittiin, jolloin kaikki tietävät, miten toimitaan. Työyhteisö kokonaisuudessaan on kehittämässä laadukasta ohjausta. Myös lääkärit ovat mukana ohjauksen kehittämisessä ja omien toimintatapojen tarkastelussa. Työpäivän suunnittelu ja järjestely niin, että kotiutukselle ja myöhemmin tapahtuvalle kotisoitolle on aikaa.

”Osastolla mietitty yhteisiä käytäntöjä.”

”Työyhteisössä yhdessä pohdittiin ohjauksen laatuvaatimuksia, mikä on hyvä ohjaus.”

Keskusteluista nousi esille, että tukea myönteisen kehityksen tukemiseen saatiin esimieheltä, työyhteisöltä ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Joustavuutta työyhteisössä löytyy, kun työkaverit antavat kotiutustilanteeseen rauhallisen ajan, hoitamalla sairaanhoitajan muut potilaat sillä aikaa

”Apua ohjauksen kehittämiseen ja selkiyttämiseen esim. sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksilta.”

”Työkavereilta saan tukea.”

1.3.3 Huolen aiheet ohjauksessa ja niiden kehittäminen

Huolta aiheuttivat potilasohjauksen huono palaute, ettei kotiuttaminen onnistu hyvin, potilasohjauksen laadun vaihtelevuus ja kiire. Myös huoli siitä, miten sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat pärjäävät kotona, oli päällimmäisenä mielessä. Yhteistyön toimimattomuus sydänhoitajien kanssa nousi esille.

”Miten potilaat pärjäävät ja selviävät kotona.”

”Kiire ja ohjauksen laadun heittelevä olivat huolen aiheet.”

Huolen vähenemiseen vaikuttivat työyhteisön päätös kehittää potilasohjausta. Myös yhteistyön tiivistäminen sydänhoitajiin vähensi huolta. Kotiutustilanteen rauhallisuus ja selkeä ohjauksen jatkuvuus vähentävät huolta.

”Huolen sai vähenemään yhteinen päätös työyhteisössä kehittää ohjausta.”

”Huolta vähensi halu kehittää omaa työtä ja yhteistyön paraneminen sydänhoitajien kanssa.”

1.3.4 Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksen kehittämisen suunnitelma

Kun teemanuovonpidon kaikkia osapuolia on kuultu, laaditaan yhdessä keskustellen suunnitelma. Suunnitelmaan määritellään, kuka tekee ja mitä tekee. (Eriksson ym. 2006, 16; Kokko ym. 2007, 18.) Suunnitelman laatimisen helpottamiseksi, nostimme kirjaajan laittamat asiat esille. Aluksi keskustelimme yhdessä, miten kotiutus ja ohjauksen jatkuvuus turvataan esiin tulleiden asioiden avulla. Näistä muodostui neljän (4) kohdan suunnitelma.

Palaverissa syntynyt suunnitelma:

- 1) Laaditaan osastolle yhteiset ohjauksen käytännöt: Perustetaan moniammatillinen tiimi kehittämistyön edistämiseksi. Ryhmään kuuluvat osastonhoitaja (tiimin koollekutsuja) ja kolme hoitohenkilökunnan edustajaa. Mukaan pyydetään lääkäreiden edustaja, fysioterapeutti sekä muita vapaaehtoisia vuodeosaston työntekijöitä. Työmuotoina voisi harkita esim. työpaja-menetelmää, jonka etuna ovat osallistava toimintatapa, johdonmukainen eteneminen sekä tuloksellisuus. Perustana yhteisille ohjauksen käytännöille on laadukas ohjaus ja laadittu sydänpotilaan ohjausmalli. Ohjauksen sisältö ja vastuu selkiytetään eri ammattiryhmien kesken. Huomioidaan riittävään ohjaukseen tarvittavat ”elementit” esim. rauhallinen aika ja paikka, ohjaustavat (Puhelinohjaus: kotisoitto, omaisten huomiointi puhelimitse, tietokoneavusteiset - ja visuaaliset ohjausmenetelmät: DVD:t, kirjat, sydänpiirroksiset ym.) ja ohjausmateriaalit. Sovittiin, että potilaille varataan kotiutuessa aika SINFO –ryhmäluennolle ja ensimmäinen käynti sydänhoitajan vastaanotolle.
2. Vahvistetaan yhteistyötä alueen sydänhoitajien, terveyskeskusten, aluesairaaloitten yms. yhteistyötahojen kanssa kehittämistyön edistämiseksi. Verkostoitumisesta vastaa osastonhoitaja.

3. Vuodeosastolla ohjauksen kirjaamiseen kiinnitetään erityistä huomiota päivittäin, arvioidaan ohjausta ja sen vaikuttavuutta yhdessä potilaan kanssa. Ohjaustilanteista muodostetaan keskustelevia, dialogisia. Kokeillaan ohjauskaavakkeen käyttöön ottamista ja antamista potilaalle kotiutustilanteessa
4. Kehittämistyö tarvitsee koko työyhteisön tuen. Kaikilla on mahdollisuus osallistua ja antaa oma näkemyksensä ohjauksen kehittämiseen. Kehittämistyön etenemisestä ja päätöksistä on syytä tiedottaa suullisesti ja kirjallisesti koko työyhteisölle.

Palaverista on syytä kirjoittaa muistio etenkin laaditun suunnitelman osalta sekä päättää seurantapalavereista. (Eriksson 2006, 26-27). Palaverista laadittiin erillinen muistio, joka jaettiin palaverin osallistujille sekä muille työyhteisöön kuuluville sähköpostitse. Työyhteisö itse päättää suunnitelman etenemisen seurannasta ja ohjauksen kehittämisen aikataulusta.

2 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTIA

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli arvioida Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitetyn sydänpotilaan ohjausmallin toimivuutta ja löytää ohjauksen kehittämiskohteet. Kehittämistehtävä ja kaantui kolmeen osaan: Suunnittelu-, tutkimus- ja kehittämisosaan.

Kehittämistyö ja osallistava arviointi vaatii suunnittelua, jotta siihen voidaan varata tarvittavat resurssit (Kivipelto 2008, 24). Kehittämistyön suunnittelu alkoi syksyllä 2008. Suunnitelma valmistui keväällä 2009. Suunnittelun tarkoituksena oli, että kehittämistyössä huomioidaan potilaiden kokemusten lisäksi myös työntekijöiden näkemys asiasta osallistavilla menetelmillä. Seppänen-Järvelä ym. (2006, 5) toteavat, että kehittämistyö on yleensä vaihderikas prosessi, joka ilmeni myös omassa työssäni. Alkuperäinen ajatus oli, että kehittämistyöni on arviointitutkimus, mutta suunnitteluvaiheen edetessä kehittämisosan tärkeyden merkitys korostui ja se otettiin mukaan opinnäyteyön kokonaisuuteen. Yhteistyön toimiessa ja hyvän suunnitelman avulla ryhmähaastattelut ja tulosten vieminen työyhteisöön onnistuivat. Osallistava arviointi kehittämistyössä vaatii paljon aikaa (Kivipelto 2008, 24). Suunniteltu aikataulu oli väljä, jotta jokaiseen vaiheeseen ja sen raportointiin oli riittävästi aikaa. Alkuperäistä aikataulua jouduttiin muuttamaan peruuntuneen sopeutusvalmennuskurssin vuoksi noin puolella vuodella.

Tutkimusosan tarkoituksena oli saada tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemasta ohjauksesta ryhmähaastattelulla ennen ja jälkeen leikkauksen, kehitysideoista ohjauksen suhteen sekä yhteistyön toimivuudesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Ryhmähaastattelu on käytetty menetelmä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä ja arvioinnissa (Foster-Turner 2009, 213), joka osoittautui tutkimuksessani hyväksi menetelmäksi. Sen avulla sai nopeasti kattavan aineiston ja ryhmähaastatteluun osallistujat kokivat haastattelun vertaistuen osalta hyvänä osana sopeutusvalmennuskurssia. Ryhmähaastattelu on myös tiedonkeruumenetelmänä osallistava, koska se edustaa eri osapuolten välistä dialogisuutta, tasa-arvoa ja demokraattisuutta (Kivipelto 2008, 37). Kehittämistyössä tutkimusaineisto ja -tulokset edustavat potilaan näkemystä ja kokemusta ohjausprosessista. Silloin myös heidän ”äänensä” on konkreettisesti mukana kehittämistyössä.

Kehittämisosa käynnistyi tutkimustulosten pohjalta työyhteisössä tapahtuneen osallistavan arvioinnin avulla. Osallistavassa arvioinnissa koottua tietoa voidaan prosessoida dialogisissa tilan-

teissa (Kivipelto 2008, 24). Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosaston henkilökunta valitsi kehittämiskohteiksi kotiutuksen ja ohjauksen jatkuvuuden turvaamisen avoterveydenhuollossa. Kehittämissuunnitelma laadittiin työyhteisössä dialogista verkostomenetelmää, teemaneuvonpitoa hyödyntäen.

Kehittämistyöni päättyi kehittämissuunnitelman tuottamiseen, mutta kehittämistyö osastolla jatkuu. Kehittämistyön aloituksen myötä on terveyden edistäminen noussut näkyvämpään rooliin sydämen ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa. Tutkimukseni mukaan sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat saavat suurimmaksi osaksi sydänpotilaan ohjausmallin mukaista ohjausta sairaalassa, mutta perusterveydenhuolto ei tavoita potilaita riittävän hyvin. Koivusen ym. (2003, 71) mielestä kehittämishaasteena ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa on kuntoutujan motivoituminen oman terveytensä hoitamiseen. Ohjauksen kehittämisen myötä tutkimustulosten hyödyntämisellä parannetaan sekä potilasohjauksen laatua ja vaikuttavuutta että samalla lisätään potilaiden itseohjautuvuutta ja sisäisen motivaation kasvua. Näiden asioiden arvioiminen ei tässä opinnäytetyössä ole mahdollista, vaan vaikutukset näkyvät pidemmällä aikavälillä.

2.1 Teemaneuvonpidon arviointia kehittämistyön menetelmänä

Ennakointialogien välittömään palautteeseen on kehitetty erillinen lomake, jolla osallistujat arvioivat mm. palaverikokemusta, suunnitelman hyötyä ja kuulluksi tulemistä (Erksson ym. 2006, 18). Kokon ja Koskimiehen (2007, 58) tutkimuksen mukaan ennakodialogien välitön palaute on pääsääntöisesti hyvää ja palaveriin sekä sen tuloksiin ollaan tyytyväisiä. Rajallisen ajan ja vähäisen osallistujamäärän vuoksi teemaneuvonpidon lopuksi osallistujat antoivat välittämän palautteen kirjoittamalla paperille palaverin hyvät ja huonot puolet. Palautteen sai jättää nimettömänä. Palautettuja arviointilappuja oli yhdeksän (9) kappaletta.

Palautteissa nousi esille rauhallinen ympäristö, jossa palaveri pidettiin. Samalla koettiin, että palaveri antoi paljon uusia asioita mietittäväksi. Aihe koettiin tärkeäksi.

”Mukava istua tutun asian äärellä, johon uutta näkökulmaa ja ideoita kovasti tarjolla.”

”Kovasti mietittävä ja pohdittavaa.”

Menetelmä herätti positiivisia ajatuksia osallistujissa. Kaikille menetelmä oli uusi työmuoto, joka osoittautui tehokkaaksi ja hyväksi toimintatavaksi kehittämistyössä. Palautteissa ilmeni, että me-

netelmän avulla saadaan työyhteisön voimavarat hyödynnettyä kehittämistyöhön. Vuorovaikutuksellisessa keskustelutilanteessa kaikki saivat äänensä kuuluville ja yhdessä mietittiin, miten ohjausta voidaan kehittää. Myös työkavereiden kokemukset ja tieto koettiin tärkeäksi. Huomio siitä, ettei ohjauksen kehittäminen ole vain hoitajien tehtävä vaan kehittämistyö tarvitsee lääkäreiden osallistumisen.

"Mielenkiintoinen tapa lähestyä asiaa."

"Hyvä, uusi menetelmä kehittää jotain asiaa. Sai kaikkien äännet kuuluville."

"Uusia ideoita hyvä kehittää porukalla."

"Työkavereiden kokemukset ja tieto."

"Hyvää keskustelua."

Palaverin myötä koettiin, että potilasohjauksen kokonaiskuva selkiintyi ja saatiin konkreettista tietoa, jota tarvitaan ohjauksen kehittämiseen. Tulevaisuuteen suuntautuneisuus koettiin hyvänä asiana. Koettiin, että palaverissa tehdyt tavoitteet ja toimintasuunnitelma toivat jatkuvuutta kehittämistyölle.

"Antoi "eväitä" potilasohjauksen kehittämiseen."

"Pisti miettimään konkreettisesti, kuinka potilasohjausta osastollamme pystyisi kehittämään ja miten tavoitteisiin päästään."

"Tulevaisuuteen suuntaus. Lähdetään siitä, miten asioiden toivotaan olevan. "Helpomp" miettiä, miten siihen päästään."

Koettiin, että palaveri oli onnistunut. Vetäjät olivat hyvin perillä käsiteltävästä aiheesta. Palaverin eteneminen sujui varmasti ja suunnitelmallisesti. Negatiivisina asioina nousivat esille vähäinen osallistujamäärä ja muutaman ammattikunnan edustajia ei ollut paikalla. Palaverin aika koettiin lyhyeksi ja rajalliseksi.

"Hyvin ohjattu ja vedetty tilaisuus."

"Pieni osanottajamäärä."

"Aika tuntuu aina lyhyeltä."

2.2 Ohjauksen kehittämissuunnitelman arviointia

Uudenlainen, terveyden edistämistä parhaimmillaan edustava dialoginen menetelmä, teemaneevontapito otettiin innolla vastaan kehittämissiltapäivässä. Vuodeosaston henkilökunnan mielestä oli hyvä lähteä miettimään ohjauksen kehittämistä katse kohti tulevaisuutta, konkreettisesti ja positiivisesti. Palautteissa vain harmiteltiin sitä, että osallistujamäärä oli vähäinen henkilökunnan kokoon verrattuna.

Pienen ryhmän innokkuus ohjauksen kehittämiseen näkyi. Kehittämissuunnitelmaan laadittiin neljä kohtaa, jotka kaikki osaltaan vaikuttavat ohjauksen laatuun. Vuodeosastolle laaditaan yhteiset ohjauksen säännöt, joka kattaa ohjauksen sisällön ja vastuun eri ammattiryhmien välillä. Huomioidaan ohjauksen tarvittavat resurssit: aika, paikka ja ohjaustavat. Kehittämistyön edistäjäksi perustettiin vuodeosastolle moniammatillinen tiimi. On todettu, että muutosprosessissa kukaan ei suoriudu yksilönä, vaan ryhmätyön merkitys korostuu muutoksen vaativuuden, ainutkertaisuuden ja monimutkaisuuden vuoksi. Tiimillä on oltava tavoite kirkaana mielessä, jotta kehitystyö etenee. (Peltonen 2007, 133-134; Rahkonen 2007, 28-29)

Ohjausvastuun jakaminen ja ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen on koettu tärkeäksi osaksi laadukkaana ohjauksen onnistumiselle (Kääriäinen 2008, 13). Tämän vuoksi on tärkeää vahvistaa yhteistyötä alueen sydänhoitajien, terveyskeskusten ja sairaaloiden kanssa ohjauksen kehittämistyön edistämiseksi. Tämä kirjattiin toiseksi osa-alueeksi kehittämissuunnitelmassa.

Hyvä ja laadukas potilasohjaus on asiakaslähtöistä ja ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden hoidon kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 11.) Kolmantena kohtana kehittämissuunnitelmassa oli, että ohjauksen kirjaamiseen kiinnitetään entistä enemmän huomiota sekä arvioidaan ohjausta ja sen vaikuttavuutta potilaan kanssa. Ohjaustilanteista muodostetaan dialogisia ja kokeillaan ohjauskaavakkeen käyttöönottamista.

Neljäntenä kohtana todettiin, että kehittämissuunnitelma vaatii koko työyhteisön tuen. Kaikkien mielipide, osallisuus ja vuorovaikutus ovat tärkeitä ohjauksen kehittämiseksi. Kehittämissuunnitelman etenemisestä ja päätöksistä on syytä tiedottaa koko henkilökunnalle suullisesti ja kirjallisesti. Kehittämissuunnitelman viestiminen työyhteisöön on välttämätöntä, jotta työyhteisö tulee tietoiseksi visiosta ja tulevasta

muutoksesta. Työyhteisössä kehitystyö vaatii sitä, että luodaan merkitysjärjestelmä, joka hyväksytään, sisäistetään ja toteutetaan työyhteisön kaikilla tasoilla. Viestinnällä ja tiedottamisella on havaittu olevan merkityksellinen osuus, jotta kehittämistyöhön ja muutokseen sitoudutaan ja motivoitutaan. (Peltonen 2007, 133-134; Rahkonen 2007, 32; Seeck 2008, 217.)

Kehittämissuunnitelma on realistinen ja siinä huomioidaan työyhteisön voimavarat kehittämistyöhön. Kehittäminen sisältää uusien työsuhteiden avaamista, ongelmien kohtaamista, oppimista, muutosta ja kokonaisuuksien hallintaa (Seppänen-Järvelä ym. 2006, 5-6). Muutos on hidas prosessi, mutta muutosten avulla sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat saavat laadukasta ohjausta. Laadukas ohjaus lisää potilaiden itseohjautuvuutta ja sisäisen motivaation kasvua. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjaus on vaikuttavaa terveyden edistämistyötä.

2.3 Jatkokehittämisideoita

Kehittämistyön eteneminen jatkuisi tehokkaammin, jos kehittämistyötä jatketaan projekti- tai toimintatutkimuksen muodossa. Kun sepelvaltimoiden ohjauksen kehittäminen vuodeosastolla on saatu päätökseen, olisi hyvä tehdä arviointitutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden ohjauksesta. Tämä voisi olla trinagulaatio, joka arvioisi saatua ohjausta potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimus antaisi tietoa kehittämistyön tuloksellisuudesta, ohjauksen laadusta ja vaikuttavuudesta.

Mielenkiintoista olisi myös tietää, miten sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat kokevat itseohjautuvuuden, ja mitkä asiat ovat siihen vaikuttavia tekijöitä. Toimintatutkimuksen avulla voitaisiin terveyden edistämisen innovatiivisia menetelmiä kokeilla ohjaustyössä ja samalla ottaa ”hyvät käytännöt” käyttöön.

Selvää on, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yhteistyön täytyy toimia, jotta hoidon jatkuvuus ja laadukas ohjaus onnistuu. Kehittämistyötä tarvitaan yhteistyön tiivistämiseen ja verkostoitumisen vahvistamiseen.

LÄHTEET

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 3.painos. Tampere: Vastapaino

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 3.12.2010. <http://www.oamk.fi/opiskelijalle/opinnaytetyo/>

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.

Asikainen, J. 2010 Varhaisen puuttumisen toteutuminen elintapaohjauksessa: Työmenetelmän arviointia ehkäistäessä tyypin 2 diabetesta. Pro gradu –tutkielma. Preventiivinen hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Eriksson, E., Arnkil, T.E. & Rautava, M. 2006. Ennakointialoite ja huolten vyöhykkeellä. Verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Stakesin työpapereita 29/2006. Helsinki.

ETENE 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Julkaisuja 1.

ETENE 2008. Terveystieteiden edistämisen eettiset haasteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Julkaisuja 19.

Foster-Turner, J. 2009. Focus Group. Teoksessa Research Methods for Health and Social Care. Neale, J. (Toim.) New York: Palgrave Macmillan. 211-223.

Heikkilä, R. 2008. Puhuva ryhmä. Esimerkkitapaus ryhmähaastattelun käytöstä sosiaalitieteessä tutkimusasetelmassa. Sosiologia 2008,4. 292-305.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä 1990-2003. *Hoitotiede* 2006, 18, 3. 120-130.

Herrala, J. & Aalto, P. 2010. Terveyden edistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä – strategista toimenpänön. Teoksessa *Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa*. Raportti 26/2010. Rigoff, A-M. & Herrala, J. (Toim.) Helsinki: Yliopistopaino. 171-174.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus.

Honkanen, H. 2010. Terveyden edistämisen toimintamalleja ja työmenetelmiä. Teoksessa *Terveyden edistäminen; teorioista toimintaan*. Pietilä, A-M. (toim.) Helsinki: WSOY. 215 -227

Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki Päivi. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö* 2004, 2, 4. 24-28

Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Pro Gradu-tutkielma. *Hoitotiede*. Preventiivinen hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit*. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Oulu: Oulun yliopistopaino. 10-18.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2007, 19, 2. 51-62.

Jokinen, J., Mustonen, P., Renhberg, S., Hippeläinen, M. & Hartikainen, J. 2001. Pitkäaikaisen nuste ja elämänlaatu sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. *Duodecim* 117, 20. 2037-2043

Jäsenyys. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry., 2009. Hakupäivä 13.2.2011, <http://www.stes-hsf.fi/>

Kaarlela, E., Kaski-Martinviita, R. & Kukkonen, T. 2008. Sydänpotilaan ohjaus. Teoksessa Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. (Toim.). Oulu: Oulun yliopistopaino. 19-59.

Kaasila, R. Eri lähestymistapojen integroiminen narratiivisessa analyysissä. Teoksessa Narratiivikirja: menetelmiä ja esimerkkejä. Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K.E. (Toim.) Tampere: Juvenes Print. 41-66.

Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6:2008. Helsinki.

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2005. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisenä verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. Tutkiva hoitotyö 2005, 5, 3. 30-33.

Kattainen, E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 114. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kattainen, E. & Meriläinen. 2003. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden kokemuksia strukturoidusta tutkimushaastattelusta ennen toimenpiteitä sairaalassa. satunnaisvirheiden arviointia. Hoitotiede 2003, 15, 2. 50-61.

Keskimäki, I., Aalto, A., Häkkinen, U., Klaukka, T., Manderbacka, K., Reunanen, A. & Vehko, T. 2004. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 286. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kivipelto, M.2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Staakesin työpapereita 17/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

Koivula, M., Halme, N. & Tarkka, M. 2007. Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. Hoitotiede 2007, 19, 4. 179-191.

Koivula, M. & Åstedt-Kurki. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 2004, 16, 2. 50-60.

Koivumäki, M. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden terveydentila ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitotieteen laitos. Lääketieteen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Luettavissa <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03555.pdf>

Koivunen, K., Lukkarinen, H. & Isola, A. 2003. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutusmisprosessia. *Hoitotiede* 2003, 15, 2. 62-73.

Kokko, R-L- & Koskimies, M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakesin raportteja 17/2009.. Helsinki: Valopaino Oy

Koskela, M. 2006. Naisen sydän. Kokemuksia tiedontarpeesta, sepelvaltimotaudista, ohitusleikkauksesta ja kuntoutumisesta. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P. Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007. Helsinki: Trio-Offset.

Krueger, R.A. 1994. Focus Group. A Practical Guide for Applied Research. Second Edition. USA: Sage Publications.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M.L. & Mäkeläinen, P. 2005. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 2005, 16, 5. 225-234.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi, *Hoitotiede* 1999, 1. 2- 7.

Kähkönen, O. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajainkoulutus. Kuopion yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 2008, 6, 4. 10-15.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Universitas Ouluensis D 937. Oulu.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisessä tutkimuksessa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 2005, 17,4. 208-216.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005 Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 2005, 3, 3. 27-31.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa Kaarina. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 2005, 3,1. 10-15.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6 §

Leimumäki, A. & Pärkkä, J. 2010. Asiakaslähtöinen jatkohoidon ja kuntoutuksen terveystalvvelu-järjestelmä – Case: Sepelvaltimotautiin sairastuneet. Pirkanmaan Sydänpiiri ry. VTT. Tampere. Hakupäivä 12.1.2011. <http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2010/VTT-R-04005-10.pdf>

Lindeberg, R. & Koivula, M. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden toimintakyky yhdeksän vuotta ohitusleikkauksen jälkeen. Hoitotiede 2009, 21, 3. 185-195.

Manning, P.K. & Cullum-Swan, B. 1994. Narrative, Content, and Semiotic Analysis. Teoksessa Handbook of Qualitative Research. Denzin, N.K & Lincoln, Y.S. (Toim.) USA: Thousand Oaks. 463-477.

Merrill, R.M., Aldana, S.G., Greenlaw, R.L., Salberg, A. & Englert, H. 2009. Chronic disease risk reduction with a community-based lifestyle change programme. Health Education Journal. September 2008, 67, 3. 219-230

Martin, C.G & Turkelson, S.L. 2006. Nursing Care of the Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. Journal of Cardiovascular Nursing, 21, 2. 109-117.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åsted-Kurki, P. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 2009, 21, 4. 294-303.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4.laitos. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Moilanen, L. 1995. Ryhmähaastattelutyöyhteisössä – tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Työ-terveyslaitos. Helsinki: Painotalo Miktos

Mäenpää, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. Hoitotiede 2002, 14, 3. 100-107.

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

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008 Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 2008, 124, 1507-13.

Okkonen, E. & Kuusisto, M. 2004. Potilaan huolenaiheet ja toiveet sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen. Tutkiva hoitotyö 2004, 2, 1. 10-16.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikön tutkimus- ja kehitystyö. Päivitetty 27.6.2007. Hakupäivä 16.1.2010. <http://www.oamk.fi/sote/tk/>

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference for Health Promotion Ottawa 21.11.1986. World Health Organization. Hakupäivä 12.10.2010.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>

Paananen, S. 2008. Saksalainen elämäkertametodologia oppimisen tutkimuksessa. Teoksessa Narratiivikirja: menetelmiä ja esimerkkejä. Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K.E. (Toim.) Tampere: Juvenes Print. 19-27.

Pakkanen, M. 2004. Dialogisuus opettajaksi kasvamisen haasteena. Teoksessa Opettajuus muutoksessa. Sallila, P. & Malinen, A. (Toim.) Vantaa: Dark Oy.

Peltonen, T. 2007. Johtaminen ja organisointi. Teemoja, näkökulmia ja haasteita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Pietilä, A-M., Halkoaho, A. & Matveinen, M. 2010. Terveystieteiden ammattihenkilöiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. Teoksessa Terveystieteiden edistäminen; teorioista toimintaan. Pietilä, A-M. (toim.) Helsinki: WSOY. 230-272

Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähänkangas, K. & Pirttilä. 2010. Terveystieteiden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Terveystieteiden edistäminen; teorioista toimintaan. Pietilä, A-M. (toim.) Helsinki: WSOY. 15-31.

Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2008. Pidämme huolta itsestämme, toisistamme ja ympäristöstämme. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007-2017.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2010-2017. Tavoitteena terveyttä. Hakupäivä 29.10.2010. http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_strategia_2010-15.pdf

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2008. Hakupäivä 5.1.2009. <http://www.ppsph.fi/attachment.asp?Item=5296>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2008-2010. Hakupäivä 5.1.2009. <http://www.ppsph.fi/attachment.asp?Item=41260>

Purdy, N., Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Kerr, M. & Olivera, F. 2010. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. Journal of Nursing Management 2010, 18. 901-913.

Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 8/1998. Pötsönen, R. & Välimaa, R. (Toim.). Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. 1-16.

Rahkonen, H. 2007. Muutosjohtaminen tietojärjestelmän käyttöönotossa. Hoitotyöntekijöiden ja lähihoitajien kokemuksia. Pro Gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto

Rauste-von Wright, M. & von Wright, J. 1994. Oppiminen ja koulutus. Juva: WSOY.

Rautio, M. & Husman, P. 2010. Työikäisten terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa Terveyden edistäminen; teorioista toimintaan. Pietilä, A-M. (toim.). Helsinki: WSOY. 165-190.

Rintala, J. 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Hakupäivä 29.11.2010. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Saksena, A. 2010. Computer-based education for patients with hypertension: A systematic review. Health Education Journal. September 2010, 69, 3. 236-245.

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P. Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö 2010, 8, 4. 21-28.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Seeck, H. 2008. Johtamisopit Suomessa. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, HYY-Yhtymä.

Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. 2008. Kehittämistyön risteysiä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Silvola, I. 2008. Sydänpotilaan ohjaus. Kartoitus hoitajien ohjausosaamisesta sekä koulutus- ja yhteistyötoiveista. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. KASTE-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6. Helsinki: Yliopistopaino

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Julkaisu 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveiden edistämisen politiikkaohjelma. 2007. Hallituksen politiikkaohjelma. Hakupäivä 12.10.2010. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Terveiden edistämisen toimintasuunnitelma 2010. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Päivitetty 8.4.2010. Hakupäivä 29.10.2010
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/19787_TERE-toimintasuunnitelma_080410.pdf

Terveidenhuoltolaki. Eduskunta. Hakupäivä 13.1.2011.
http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml#LINKK11

Theobald, K. & McMurray, A. 2004. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. Journal of Advanced Nursing 47, 5. 483-491.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tomie, E.P., Lindsay, G.M. & Belcher, F.R. 2006. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. European Journal of Cardiovascular Nursing 2006. 1-7. Hakupäivä 13.1.2011.
<http://library.nhs.gov.uk/mediaAssets/Nursing%20and%20Midwifery/CABG%20article.pdf>

Tunturi-Kemppainen, H. 2008. Sydämen ohitusleikkauspotilaiden leikkausta edeltävä ohjaus erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, A. 2010. Voimavara- ja lähtöinen potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Preventiivinen hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä, B-M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. Hoitotiede 2001, 13, 3. 155-166.

LIITTEET

LIITE 1. SAATEKIRJE HAASTATTELUPYYNTÖÄ VARTEN

Hyvä sopeutumisvalmennuskurssille osallistuja!

15.2.2010

Teillä on mahdollisuus osallistua sopeutumisvalmennuskurssin yhteydessä opinnäytetyöni Sydämen ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia ohjauksesta Oulun yliopistollisessa sairaalassa - tutkimukseen. Olen hoitovapaalla oleva sairaanhoitaja ja työpaikkani on sydän- ja rintaelinkirurginen vuodeosasto 3. Opintoja suoritan Oulun seudun ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa ja tutkintonimike valmistuessani on Sairaanhoitaja ylempi AMK.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemasta ohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen, kehitysideoista ohjauksen suhteen sekä yhteistyön toimivuudesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Kokemukset ja ajatukset ohjaustilanteista kerään havainnoimalla sopeutumisvalmennuskurssin tapahtumia ja ryhmähaastatteluissa, jolloin ryhmän jäsenten samanlaiset tapahtumat edistävät keskustelua. Ryhmähaastattelu kestään 1,5 tuntia ja ryhmässä on vähintään 4 osallistujaa. Tavoitteena on saada kaksi ryhmähaastattelutilannetta.

Haastattelujen ja havainnointitiedon pohjalta yhdessä aikaisemman tiedon kanssa laaditaan Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastolle 3 kehittämissuosituksen ohjauksen tehostamiseksi. Silloin Teidän, sydämen ohitusleikkauspotilaiden kokemukset huomioidaan hoitotyön ja potilasohjauksen kehittämisessä.

Oulun yliopistollinen sairaala on myöntänyt tutkimuksen suorittamiseen luvan. Tutkimukseen osallistuminen on *vapaaehtoista* ja kurssin alussa pyydän kirjallisen luvan tutkimukseen osallistujilta kerrottuaani lisää tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tutkimukseen osallistuminen on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa vain. Haastattelut sovitaan ryhmän kesken luottamuksellisiksi ja haastattelut tallennetaan videolle. Tallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua ja niitä ei käytetä muihin tutkimuksiin. Tutkimuksessa ei esitetä henkilöitä nimellä, eikä tuloksista voi tunnistaa

kenenkään henkilöllisyyttä. Tutkimuksessa noudatetaan laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita.

Mielipiteenne ja kokemuksenne ovat tärkeitä. Jos tutkimus mietityttää tai mieleen tulee epäselviä asioita, haluan keskustella niistä kanssanne. Yhteydenottopyynnöt voi lähettää kirjeitse, sähköpostilla, tekstiviestillä tai soittamalla.

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitaja Anu Lämsä

Lämsä Anu-Birgitta

Osoite

Postinumero ja kaupunki

puh. xxx-xxxxxxx

Email:xxxxxxxxxxxxx

LIITE 2. TUTKITTAVAN SUOSTUMUSASIAKIRJA

TUTKITTAVAN SUOSTUMUSASIAKIRJA

Minua on pyydetty osallistumaan "Sydämen ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia ohjauksesta sydänohjausmallin pohjalta Oulun yliopistollisessa sairaalassa" tutkimukseen, jonka tarkoituksena on saada sydämen ohitusleikkauspotilaiden kokemukset ohjauksesta ja kehittää ohjausta. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä tutkimukseen osallistumisen hyödyistä ja mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni ja kieltäytymiseni tai osallistumiseni peruuttaminen eivät vaikuta mitenkään mahdollisesti tarvitsemaani hoitoon nyt tai tulevaisuudessakaan. Tiedän, että minusta kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua tai tarvittaessa arkistoidaan suostumukseni mukaan.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Kyllä ___ Ei ___

Paikka _____ Aika _____

Tutkittavan allekirjoitus _____

ja nimen selvennys

Paikka _____ Aika _____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus _____

ja nimen selvennys

Tutkimuksen tekijä sairaanhoitaja Anu-Birgitta Lämsä

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Puh. xxx-xxxxxxx

xxxxxxx@xxxxxx

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle

LIITE 3. RYHMÄHAASTATELU TERVEYSALANTUTKIMUKSISSA

TAULUKKO: Terveysalan tutkimuksia, joissa ryhmähaastattelua käytetty menetelmänä

Tekijä(t), vuosi, työn nimi ja tiedekunta.	Aineisto ja menetelmä	Tutkimus tehtävät / -ongelmat	Tulokset
Gyllenbögel, M-L. 2000. Työ, työyhteisö ja henkilöstökoulutus oppimisympäristöinä. Sairaanhoidajien kokemuksia oppimisestaan sairaalatorganisaatiossa. Pro gradu-tutkielma. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.	Kahdeksantoista (18) sairaanhoidajaan. Kolme (3) haastatteluryhmää. Aineisto analysoitu pääsääntöisesti deduktiivisella sisälönanalyyseillä.	Minkälaisena sairaanhoidajat kokevat käytännön hoitotyön oppimisympäristönä? Minkälaisena sairaanhoidajat kokevat työyhteisönsä oppimisympäristönä?	Sairaanhoidajat ovat hyvin motivoituneita oppimaan ja ammatillisesti kehittymään. Käytännön työtä opitaan parhaiten potilaiden hoitamiseen liittyvissä tilanteissa ja itse potilailta. Sairaala koetaan haasteellisena toimintaympäristönä. Työkavereiden merkitystä korostettiin oman oppimisen tukijoina. Työyhteisön ilmapiiri koettiin oppimiseen kannustavaksi, vaikkei yksilöllisiin tarpeisiin vastatakkaan. Henkilöstökoulutus mielletään oppimisympäristöksi. Koulutus mielletään tässä ja nyt -koulutukseksi, joka ei tyydytä kokeneempia sairaanhoidajia.
Hietamies, T. 2001. Terveysalan naisopettajien koke-	Yksitoista (11) terveysalan naisopettajaa, joilla on ko-	Ammattikorkeakoulun yhteistyöstä, naisopetta-	Yhteistyö rajoittui vain osaan koulutusaloista. Yhteistyötilanteet koettiin myönteisinä, mutta omaan toimintaan ei oltu

<p>muksia yhteistyöstä monialaisessa ammattikorkeakoulussa. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto</p>	<p>kemusta monialaisesta ammattikorkeakoulusta. Haastatteluryhmiä kolme (3). Aineisto analysoitu induktiivisellä sisällön analyysillä.</p>	<p>jien yhteistyötaitoista ja naisopettajien kokemista osaamistarpeista yhteistyötilanteissa.</p>	<p>tyytyväisiä. Osaamistarpeiksi nousivat projektityötaidot, suunnittelutaidot ja talousosaamiseen liittyvät taidot. Monialaisen AMK:n synnyttämät uudet osaamistarpeet koettiin voimavaroja kuluttavana ja omaan opettajuuteen ristiriitaa aiheuttavina tekijöinä.</p>
<p>Hintsala, A. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä ja asiantuntijuudesta asiakkaiden erityispalvelutarpeiden tunnistajina – Yksin yhdessä. Lisensiaattitutkimus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.</p>	<p>25 haastatteluun osallistunutta peruspalvelutyöntekijää. Haastatteluryhmiä kolme (3). Aineiston sisällönanalyysinä fenomenografia.</p>	<p>Millainen käsitys peruspalvelutyöntekijöillä on asiantuntijuudesta erityispalvelujen tunnistajana? Minkälaisia käsityksiä peruspalvelutyöntekijöillä on yhteistyöstä erityispalvelija tuottavien kanssa? Millainen käsitys peruspalvelutyöntekijöillä on tiimityöstä?</p>	<p>Asiantuntijuus erityispalvelujen tunnistajan on esisijaisesti yksilön ominaisuus, joka laajeni käsittämään yhdistelmää useaan henkilöön ja ympäristöön sitoutuneesta osasta. Ammatillista asiantuntijuutta pidettiin keskeisenä kehittämissaasteena. Yhteistyön käsite oli hyvin moninainen. Yhteistyön tarve koettiin lisääntyneen, mutta edellytyksenä yhteistyölle pidettiin henkilökohtaista tuttavuutta sekä toisen työn arvostusta ja tuntemusta. Tiimityö on käsitteenä epäselvä. Sitä korostettiin ennaltaehkäisevänä menetelmänä.</p>

<p>Hursti, A. 2009. Asiakaspalautteen hyödyntäminen vanhusten pitkäaikaishoidossa – Ryhmähaastattelu johtajille. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.</p>	<p>12 vanhusten pitkäaikaishoidossa työskenteleviä johtajia. Haastatteluryhmiä kolme (3). Analysointi induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Miten asiakaspalautetta kerätään vanhusten pitkäaikaishoidossa ja miten palautetta hyödynnetään? Mitkä tekijät vaikuttavat asiakaspalautteiden hyödyntämiseen vanhusten pitkäaikaishoidossa? Miten vanhusten asiakaspalautteiden hyödyntämistä pitkäaikaishoidossa voisi jatkossa kehittää?</p>	<p>Asiakaspalautetta saadaan palautekyselylomakkeista, haastatteluista, jatkuvana, välittömänä ja virallisena palautteena. Asiakaspalautetta on osin vaikea hyödyntää, koska organisaatiossa ei ole aina luotu kattavaa asiakaspalauttejärjestelmää. Asiakaspalautte hyödynnetään laatimalla kehittämiskohtiin toimenpiteet. Palautteeseen reagoitua edistää saadun palautteen kirjaaminen ja käsitteleminen osastolla. Kunnan sisällä eri toimijoiden välinen yhteistyö sekä palautteen huomioiminen toiminnan linjausten suunnittelussa on tärkeää. Haasteina on kirjatun tiedon sisällön laatu, yksiköiden toiminnan nopea ja samanaikainen kehittämis- tahti. Haastavaa saattaa olla myös henkilöstön ja johdon asenne vanhuuteen. Henkilökunnan rooli vanhuksen viestinviejänä ja yhteistyö muiden toimijoiden sekä omaisten kanssa on keskeinen. Asiakaspalauttejärjestelmää voidaan parantaa koulutuksen ja johtamisen keinoin.</p>
<p>Koho, A. 2005. Ilmailualan vuorotyöntekijän terveysmuotokuva. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetel-</p>	<p>11 vuorotyöntekijää ilmailualalla. Haastatteluryhmiä kolme (3). Aineisto analysoitu sisällönanalyysillä in-</p>	<p>Mikä on terveys ja hyvinvointi vuorotyössä? Mitkä tekijät edistävät tai heikentävät terveyttä ja</p>	<p>Terveys kuvattiin kokonaisvaltaisesti fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena sekä subjektiivisesti koettuna että objektiivisesti mitattuna ja havaittuna terveytenä. Hyvinvointi koettiin terveyttä laajempänä ulottuvuutena. Hyvinvointi vuo-</p>

<p>mänä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.</p>	<p>duktiivisesti.</p>	<p>hyvinvointia vuorotyössä? Mitä vaikutuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämällä on ollut?</p>	<p>rotyössä liittyi elämänhallintaan. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäviksi asioiksi muodostuivat vuorotyön myönteisistä puolista sekä omasta, työterveyshuollon ja yrityksen mahdollisuuksista vaikutta työntekijöihin myönteisen terveyskehityksen aikaansaamiseen. Vuorotyön kielteiset tekijät ja terveysongelmat heikensivät terveyden edistymistä vuorotyössä.</p>
<p>Kyyrä, M. & Pekkanen, A-L. 2001. Työssäoppimisen ohjaaminen lähihoitajakoulutuksen hoidon ja huolenpidon opintokokonaisuudessa työpaikkaohjaajan näkökulmasta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.</p>	<p>16 työpaikkaohjaaja terveyskeskuksen vuodeosastoilta. Haastatteluryhmiä kolme (3). Aineiston analysoitu induktiivisella sisällön analyysilla.</p>	<p>Kuvata työpaikkaohjaajan perehtymistä lähihoitajaopiskelijan työssäoppimisen lähtötilanteeseen. Kuvata työpaikkaohjaajan ohjaamista lähihoitajaopiskelijan työssäoppimisjakson aikana. Kuvata työpaikkaohjaaja lähihoitajaopiskelijan työssäoppimisen arvioijana.</p>	<p>Työpaikkaohjaajat kokivat lähihoitajaopiskelijoiden työssäoppimisen ohjaamisen haasteellisena ja myönteisenä tehtävänä. Ohjaajat kertoivat opiskelijoiden pelkäävän ja jännittävän vuodeosaston työssäoppimisjaksoa. Osastolle tehtävä tutustumiskäynti poisti pelkoja ja jännitystä. Työssäoppimista edisti osaston ilmapiiritekiöistä ohjaukseen käytettävä aika ja työyhteisön hyvinvointi. Vapaaehtoisuuden perustuva yksilöllinen ohjaussuhde oli laadukkaan opiskelijaohjauksen lähtökohta. Arviointi koettiin vaativana ja siihen kaivattiin koulutusta.</p>

<p>Ruuskanen, E-M. 2006. Hoitotyön henkilöstön kehittämisen mahdollisuudet hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.</p>	<p>Yhdeksän (9) portfoliokoulutukseen osallistunutta hoitotyöntekijää. Haastatteluryhmiä neljä (4). Aineisto analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Miten henkilöstön kehittäminen toteutuu hoitotyössä? Miten ammatillista osaamista voidaan hyödyntää työyhteisössä? Miten portfolioa voidaan hyödyntää henkilöstön kehittämisessä?</p>	<p>Ammatillinen osaamisen arviointi on tärkeää yksilö- ja työyhteisötasolla. Sen avulla voidaan tunnistaa kehittämistarpeita ja laatia sen perusteella tavoitteellinen kehittämissuunnitelma. Tutkimuksen mukaan työntekijöiden osaamista ei riittävästi tunnisteta eikä hyödynnetä. Portfolio on käytökelpoinen väline ammatillisen osaamisen dokumentointiin, hiljaisen tiedon siirtymiseen ja osaamisen näkyväksi tekemiseen.</p>
<p>Surakka, S. 2008. Nuorten mielenterveyden edistäminen erityisnuorisotyössä: ryhmähaastattelu erityisnuorisotyöntekijöille. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto</p>	<p>Viisi (5) erityisnuorisotyöntekijää. Kaksi (2) ryhmähaastattelutilannetta. Aineisto analysoitu sisällän analyysillä</p>	<p>Mitä nuorten mielenterveyden edistäminen on erityisnuorisotyössä? Millä menetelmillä nuorten mielenterveyttä edistetään erityisnuorisotyössä?</p>	<p>Nuorten mielenterveyden edistämistyössä on vuorovaikutusta, vaihtoehtojen tarjoamista, tukemista, ennaltaehkäisevää työtä, yhteistyötä ja työn kehittämistä. Menetelmät, joita käytetään, ovat tuki, ryhmätyöskentely, yhteistyö, itsetunnon vahvistaminen, arvojen välittäminen ja työn kehittäminen.</p>

LIITE 4. TEEMAHAASTATTELURUNKO

Sydämen ohitusleikkauspotilaiden kokemukset ohjauksesta:

Muistelkaa ohjaus- tai neuvontatilanteita ennen leikkausta?

- Kuvaillkaa tulohaastattelutilannetta? Kertokaa millaista ohjausta ja neuvoja haastattelutilanne antoi leikkauksesta ja sen jälkeisestä toipumisesta?
- Oliko muilla ammattiryhmillä esim. fysioterapeutilla, anestesia lääkäriillä tai kirurgilla ohjaustilannetta kanssanne? Kuvaillkaa näitä tilanteita ja annettuja ohjeita, neuvoja ja ohjausta?
- Saitteko ohjaus materiaalia mukaan? Pohtikaa, minkälainen ohjemaateriaali on hyvää ja minkälaiset ohjausmenetelmät ovat käyttökelpoisia (ryhmä-, yksilöohjaus, videot, kirjaset, kotihoito-ohjeet) ja esimerkkejä niistä?

Leikkauksen jälkeen tapahtuu monenlaista ohjaus- ja neuvontatilanteita. Kuvaillkaa muutamia tilanteita ja hetkiä esim. lääkähoidosta, haavan hoidosta tai liikkumisesta?

- Kuvaillkaa, millaista sairaanhoitajan antama ohjaus on? Tapahtuuko ohjausta myös hoitotoimenpiteiden yhteydessä tai ryhmätilanteissa?
- Kuvaillkaa fysioterapeutin antamaa ohjausta?
- Kertokaa lääkäreiltä saatua ohjausta ja neuvontaa? Miten ja minkälaista ohjaus oli?

Muistelkaa kotiutusvaiheessa tapahtuvien ohjaus- ja neuvontatilanteita. Koetko, että annettu ohjaus auttoi kotona selviytymissä ja toipumisessa?

- Minkälaista lääkähoidon ohjaus oli?
- Miten kotona pärjäämiseen, liikkumiseen ja leikkauksesta toipumiseen annettiin neuvoja ja ohjausta?
- Oliko annettu ohjaus ymmärrettävää, selkeää ja riittävää?

- Huomioitiinko omaiset ohjaustilanteissa? Oliko käytetyt ohjausmenetelmät ja -materiaali käyttökelpoisia ja hyödyllisiä?

Kotiutumisen jälkeen saitteko ohjausta ja neuvoja omasta terveystieteisestä tai sydänhoitajalta?

- Miten kontrollikäynnillä annettiin ohjausta ja neuvontaa leikkauksen jälkeiseen toipumiseen?
- Minkälaista neuvontaa ja ohjausta olivat? Koetko, että niistä on ollut apua ja hyötyä?
- Milloin ensimmäinen tapaaminen oli leikkauksen jälkeen? Jatkuuko yhteydenpito, ohjaus ja hoitosuhde sydänhoitajan kanssa?

Koetteko, että ohjaus- ja neuvontatilanteet antoivat valmiuksia hoitaa terveyttänne? Millasta apua tai tukea olette saaneet, joka on edistänyt terveyttänne?

- Miten ohjausta voidaan kehittää tai muuttaa niin, että siitä on hyötyä potilaille?
- Millaisia muutoksia ohjaukseen tarvitaan vuodeosastolla? Kertokaa, mitä hyviä puolia ohjauksesta oli?
- Millaisia muutoksia ohjaukseen tarvitaan terveystieteisessä tai avoterveydenhuollossa? Kertokaa, mitä hyviä puolia ohjauksessa oli?

LIITE 5. AINEISTON JAOTTELUA

	Onnistunut ohjaus	Epäonnistunut ohjaus	Kehittämiskohteita
Sairaalaan tulovaiheen ohjaus	<p><i>"jossain mielessä hyväkin oli että tuli niin äkkiä että siinä ei kerennyt paljo miettiä sitä. mutta mä sain siinä omasta mielestä ihan riittävästi tietoa."</i></p> <p><i>"Hyvin antoivat tietoa siitä. kokonaiskuva jäi erittäin hyväksi ja sitten oli varmuus lähteä leikkaukseen. kun sai hyvät selostukset."</i></p>	<p><i>"sairaanhoitaja muistaakseni keskusteli mun kanssa"</i></p> <p><i>"en yhtään muista mitä mulle sanottin"</i></p> <p><i>"mulle ei jäänyt päähän. Se oli niin uutta asiaa"</i></p>	<p>Joo tosiaanki, sen minä minäkin näin niin (video) siinä ei ollu ku. Siinä oli vaan niinku potilaan kulusta siellä sairaalalassa. Minä ootin siitä ihan jotaki muuta ja minä en saanut siitä siitä, mitä oisin oottanu ja halunnu.</p> <p><i>"Se oli vanha paperi jonka sain sieltä tarkkausastolta se oli joltain 90 luvulta."</i></p>
Osastovaiheen ohjaus	<p><i>"Ainakin minun kohalla kävivät juttelemassa (lääkärit) mutta ei tietenkään ku heilläkin se aika niin tiukka että mutta selvittivät tämän tilanteen mihin ollaan menossa ja jatkotoimenpiteet ja tämmöset. kyllä se oli semmosta mukavaa"</i></p> <p><i>"Sairaanhoitajilta sai tietoa haavanhoitoon ja jonkun verran myös lääkkeistä mutta lääkäri varmaan kertoi tästä"</i></p>	<p><i>"Sairaalassa olon aikana ei niinkään annettu ohjausta haavan hoitoon vaan en pidettiin vaan auki. ei pidetty sieltä silloin sairaalassa vaan sillon ku oli lähösä laitettiin sitteet ja neuvottiin. se jäi mulla vähä niinku ihmetyttämään ettei miksei niitä siellä laitettu sitteisiin"</i></p> <p><i>"Siitä valvontahuone ajasta niin sillon oli sillailloilla, että siihen oli ruuhkaa. että vähän"</i></p>	<p><i>"Sen minä koin puutteellisena että siitä tyytynystä puhunu mulle kukkaa mittään etukäteen ja tuota se tuota ku minä rupesin yskii niin hoitajat rupes juoksee hirveellä vauhilla ja tyytynyt tarjoaa ja vasta siinä minä tiesin."</i></p>

	<p><i>lääkityksestä. Ku kaiken kaikkiaan eniten. Fy- sioterapeuteilta sai tosi hyvät ohjeet”</i></p>	<p><i>etuajassa siitä siirrettiin sinne saman osaston mutta tavalliselle vuo- deosasto paikalle. niin, niin. Sitä minä tarkoitin. se oli kyllä ku joku hul- lun mylly, se oli levot- toman oloinen paikka. Se varastoko? Valvon- tahuone.”</i></p>	
--	--	--	--

LIITE 6. KUTSU KEHITTÄMISILTAPÄIVÄÄN

Hei!

Tervetuloa Sydämen ohitusleikkauspotilaiden ohjauksen kehittämiseksi suunnattuun iltapäivään Tiistaina 26.10.2010 klo.12-14.00. Paikkana on anestesiaklinikan neuvotteluhuone.

Ylemmän AMK-tutkinnon opintoihin liittyvänä olen tekemässä kehittämistyötä Sydämen ohitusleikkauspotilaiden ohjauksesta. Potilaiden kokemuksia saadusta ohjauksesta olen kartoittanut kahdella ryhmähaastattelutilanteella. Liitetiedostossa on haastattelujen pohjalta laaditut alustavat ohjaukset, tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä. Kehittämisisiltapäivän aikana käymme yhdessä läpi tutkimuksen tuloksia ja laadimme yhdessä kehittämissuunnitelmaa. Menetelmänä kehittämissuunnitelman laatimisessa iltapäivällä on teemaneuvonpito tai learning cafe, jolloin yhdessä työskentely, kaikkien kokemusten arvostaminen, positiiviset asiat ja tulevaisuuteen suuntautuminen ovat keskeisinä periaatteina.

Kokemuksenne ja ajatuksenne ovat tärkeitä ja auttavat työtäni eteenpäin. Jos et pääse mukaan iltapäivään, voit laittaa ideoitasi, ajatuksia tai kokemuksia ohjauksesta minulle sähköpostissa tai kirjeellä.

Terveisin,

sairaanhoidaja Anu Lämsä

Sähköposti: xxxxxxxxxxxx