

Liisa Tolonen
Raija Torvelainen

OHJAUKSEN TURVIN
TURVALLISESTI KOTIIN
Polven tekonivelleikkauspotilaan
ohjausprosessin kehittäminen

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
YAMK


Huhtikuu 2014



KUVAILULEHTI

 MAMK University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 25.4.2014	
Tekijä(t) Liisa Tolonen, Raija Torvelainen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK	
Nimeke OHJAUKSEN TURVIN TURVALLISESTI KOTIIN Polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessin kehittäminen		
Tiivistelmä <p>Polven nivelrikko on yksi suurimmista leikkaukseen johtaneista sairauksista Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tekonivelleikkauspotilaan ohjausta on kehitetty, mutta potilaan näkökulma puuttuu. Haastetta ohjaukselle luovat potilaan saapuminen leikkaukseen suoraan kotoa, alati lyhenevä sairaalassaoloaika ja kotiutuminen suoraan erikoissairaanhoidosta. Potilasohjauksen osuus on yhä tärkeämpää leikkauksen jälkeiselle kotona selviytymiselle. Se vaatii jatkuvaa ohjauksen kehittämistä, moniammatillista yhteistyötä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön lisäämistä rajapinnat häivyttäen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessi, jossa on mukana myös perusterveydenhuolto sekä kehittää ohjausta potilaslähtöisesti. Kehittämistyön lähestymistapana käytimme osallistavaa toimintatutkimusta. Nykytilan selvitys tehtiin kartoittamalla aikaisempien tutkimusten ja teemahaastattelun avulla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen hyödystä turvallisuudelle kotiutumiselle. Kehittämisen apuna oli moniammatillinen kehittämistiimi, jonka kanssa kehittimme ja yhtenäistimme ohjausprosessia potilaslähtöisemmäksi.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena syntyi uusi ohjausprosessikuvaus. Potilaan ohjaaminen kuntoutuksen pariin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää toimintakyvyn ylläpitämisen ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen kannalta. Potilaan polun kuvaaminen ohjauksen apuvälineenä parantaa eri ammattiryhmien sekä potilaan omaa tietämystä leikkausprosessin vaiheista. Kotiuttamistiimin kytkeminen osaksi potilaan hoitoprosessia edistää potilaan turvallista kotiutumista. Tätä voisi edistää potilaan kotikuntoisuuden tarkistuslista, jonka avulla voidaan osastolla tarkastaa, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa ohjausta kehitettäessä ja muita leikkauspotilaan hoitoprosesseja kuvattaessa.</p>		
Asiasanat (avainsanat) potilas, ohjaus, potilasohjaus, polven tekonivelleikkaus, polven tekonivelleikkauspotilas, ohjausprosessi, toimintatutkimus, teemahaastattelu		
Sivumäärä 83 sivua + liitteet (10 sivua)	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä) 9 liitettä		
Ohjaavan opettajan nimi Leena Uosukainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	

DESCRIPTION

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">MAMK</div> <div style="font-size: 0.8em; margin: 0;">University of Applied Sciences</div> </div>		Date of the bachelor's thesis <div style="font-size: 1.1em;">25 April 2014</div>	
Author(s) Liisa Tolonen, Raija Torvelainen		Degree programme and option Development and Management in Health Care and Social Services. Master's Degree	
Name of the bachelor's thesis COUNSELLING ENABLES SAFE DISCHARGE Development of patient counselling process in relation to knee replacement surgery			
Abstract <p>Osteoarthritis of the knee is one of the biggest causes of surgeries of the knee in the Itä-Savo Hospital District. Counselling of total replacement patient has been developed, but the patient's perspective is missing. The patient arriving for surgery directly from home, the ever shorter hospital stay and direct discharge from specialized medical care create a challenge for counselling. Counselling is an ever more important part of adapting to daily life after surgery. It requires constant development of counselling, multi-professional cooperation and increased joint practice of specialized medicine and primary healthcare.</p> <p>The purpose of this thesis study was to describe the counselling process of the knee replacement patient with primary healthcare and develop the counselling from the perspective of the patient. The approach was participating action research. Clarification of current state of counselling was done by using patient experiences based on theme interviews and earlier research on the subject and its benefit to safe discharge from hospital. Development of the counselling process towards a more coherent and patient friendly direction was done in cooperation with a multi-professional development team.</p> <p>The thesis work resulted in a counselling process framework. Earliest possible counselling in rehabilitation is important for maintaining functionality in daily life. Description of the patient's process improves the knowledge of different professional groups and the patient about the phases of the surgery process. Integration of the discharge team into patient process promotes safe discharge. This could be further improved by having a check-list in ward, which could be used to check that the patient has understood the counselling advice. The results of the thesis study can be made use of in further development of patient counselling and the description of other surgery patient processes.</p>			
Subject headings, (keywords) patient, counselling, patient counselling, total knee replacement, total knee replacement patient, counselling process, action research, semi-structured interview			
Pages 83 pages + app. (10 pages)	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices 9 appendices			
Tutor Leena Uosukainen		Bachelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District Rehabilitation	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	POLVEN TEKONIVELPOTILAAN HOITO	2
2.1	Polven nivelrikko	2
2.2	Polven tekonivelleikkaus	4
2.3	Elektiivisen leikkauspotilaan hoitoprosessi	5
2.4	Polven tekonivelleikkauspotilas Itä-Savon sairaanhoitopiirissä	7
3	ASIAKASLÄHTÖINEN POTILASOHJAUS	14
3.1	Potilasohjaus prosessina	14
3.2	Potilasohjaus kotona selviytymisen tukena	17
3.3	Ohjausmenetelmät	18
4	LAATU HOITOTYÖSSÄ	22
4.1	Ohjauksen kehittäminen osana laatutyötä	22
4.2	Potilasturvallisuus	24
4.3	Potilaslähtöinen kehittämisprosessien kuvaaminen	27
5	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	29
6	KEHITTÄMISTYÖN VAIHEET	29
6.1	Toimintatutkimus	29
6.2	Osaamisen johtaminen	31
6.3	Tiimi kehittämisprosessin tukena	33
6.4	Kehittämisprosessin eteneminen	36
6.4.1	Suunnittelu, Plan	39
6.4.2	Toteutus, Do	47
6.4.3	Arviointi, Check	61
6.4.4	Toiminta, Act	65
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISET NÄKÖKULMAT	66
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	66
7.2	Tutkimuksen eettisyys	68
8	POHDINTAA	68
	LÄHTEET	75

LIITTEET

- 1 Teemahaastattelun runko
- 2 Haastattelutiedote
- 3 Haastattelusuostumus
- 4 Tutkimuslupa
- 5 Kehittämistiimin ”hyvän ohjauksen -pohdintojen” yhteenveto
- 6 Kehittämistiimin ”ohjausta estävien tekijöiden -pohdintojen” yhteenveto
- 7 Kehittämistiimin kehittämis ehdotusten yhteenveto
- 8 Polven tekonivelleikkauspotilaan hoitoprosessi
- 9 Palautekysely kehittämistiimiläisille

1 JOHDANTO

Ohjaus on vuorovaikutuksessa tapahtuvaa ammattilaisen ja potilaan välistä tavoitteellista toimintaa (Kääriäinen 2007, 28; Kääriäinen 2008, 10; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 250 - 258). Hyvä potilasohjaus on asiakaslähtöistä, se vaikuttaa potilastyytyväisyyteen, hoidon laatuun ja hoitoon sitoutumiseen. Sen tulee perustua tutkittuun ja hyväksi havaittuun tietoon. Lyhentyneiden hoitoaikojen ja puutteellisten resurssien johdosta ohjauksen toteuttaminen on yhä haasteellisempaa. Ohjaus tulee nähdä potilaan koko hoitoprosessin tärkeänä osana, ja sitä on myös jatkuvasti kehitettävä. (Kääriäinen 2007, 28 - 29; Ohtonen 2006; Palonen ym. 2012, 116.)

Polven nivelrikko on yksi suurimmista leikkaukseen johtaneista sairauksista Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tekonivelleikkauspotilaan ohjausta on kehitetty, mutta potilaan näkökulma puuttuu. Potilaan saapuminen polven tekonivelleikkaukseen suoraan kotoa leikkausaamuna, alati lyhenevä sairaalassaoloaika, ja potilaan kotiutuminen suoraan erikoissairaanhoidosta luovat haastetta potilasohjaukselle. Näin ollen potilasohjauksen osuus potilaan kotona selviytymiselle on noussut yhä merkityksekkäämmäksi. Se vaatii jatkuvaa kehittämistä, moniammatillista yhteistyötä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön lisäämistä rajapinnat häivyttäen.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (Sosteri) strategian (2014 - 2016) tavoite on potilasnäkökulmasta väestön terveyden ja arjessa pärjäämisen edistäminen, sekä henkilöstön osaamisen ja moniammatillisen toiminnan kehittäminen (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013). Tarve tälle kehittämistyölle nousi ylläpitoauditoinnissa todetusta laatupoikkeamasta, jossa havaittiin, ettei koko prosessin yhtenäistä kuvausta ja arviointia polven tekonivelleikkauspotilaan yhteistyön kehittämiseksi ja hoidon sujuvuuden lisäämiseksi ole tehty (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012a).

Keskitymme opinnäytetyössämme polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessin kehittämiseen potilaan näkökulmasta. Tarkoituksena oli kehittämiini kanssa kehittää ja yhtenäistää ohjausprosessia potilaslähtöisemmäksi. Nykytilan kartoittamiseksi haastatelimme neljää leikkauspotilasta. Keräsimme heiltä kokemuksia ohjauksesta ja sen hyödyistä turvalliselle kotiutumiselle koko leikkausprosessin ajalta. Työskentelemme sairaanhoitajina Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, ja kiinnostuksemme tähän kehittämis-

tehtävään nousi oman työmme kautta, sillä potilasohjaus on osa jokapäiväistä työtämme ja kuuluu potilaan laadukkaaseen, hyvään hoitoon.

2 POLVEN TEKONIVELPOTILAAN HOITO

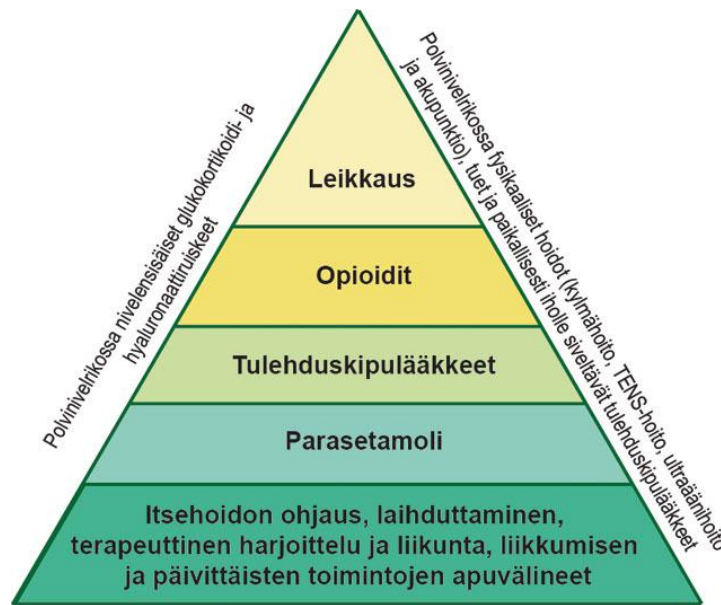
2.1 Polven nivelrikko

Nivelrikko eli artroosi on yleisin nivelsairautemme, joka voi aiheuttaa muutoksia nivelruston lisäksi rustonalaisessa luussa, nivelkalvossa ja lihaksissa. (Arokoski & Kiviranta 2012, 125). Kivuton, lieväasteinen nivelrikko ei vaadi erityistä hoitoa. Nivelen jäykistyminen ja turvotus, sekä leposäryt ja rutina johtavat yleensä henkilön hakemaan apua. Potilaan toimintakyky voi olla rajoittunutta, ja päivittäiset toiminnot hankaloituneet (Harilainen ym. 2012, 415 - 416), mikä näkyy etenkin ikääntyneen väestön kohdalla (Arokoski & Kiviranta 2012, 125). Apuvälineet ja kodin muutostyöt auttavat jokapäiväisissä arjen toiminnoissa selviytymisessä ja luovat turvallisuutta. (Kannus 2012, 471 - 472.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on työikäisten työ- ja toimintakyvyn säilyminen pidempään ja yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paraneminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 41; 2013b, 101). Yli 65-vuotiaiden avunsaamisen tarve jokapäiväisistä arjen toiminnoista selviytymiseen, arvioitiin Mini - Suomi -tutkimuksessa johtuvan 14 %:lla polven- tai lonkan nivelrikosta (Arokoski & Kiviranta 2012, 125). Väestöennusteen mukaan vuoteen 2020 mennessä yli 64-vuotiaiden osuus kasvaa lähes 12 %, ja ikääntyvän väestön kasvun ennustetaan kasvavan myös jatkossa (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013).

Ikääntymisen muutokset näkyvät erityisesti suurten nivelten muutoksina, kuten polven ja lonkan nivelten heikentymisenä ja nivelrikkona (Kannus 2012, 468). Yksi yleisimmistä nivelrikon esiintymisalueista onkin polvinivel, sillä se altistuu kovalle kulumiselle (Arokoski & Kiviranta 2012, 125 - 126). Nivelvammat ja mekaaniset syyt, kuten esimerkiksi aikaisempi polven toimenpide sekä ylipaino, naissukupuoli, ikääntyminen, ja geeniperimät altistavat polven nivelrikolle (Harilainen ym. 2012, 416), samoin kuin raskas fyysinen työ (Käypä hoito -suositus 2007, 2).

Polven nivelrikon ensisijainen hoito on konservatiivinen, nivel tulehduksen aiheuttaman kivun hoito, mutta jollei sillä saavuteta toivottua tulosta, tai jos potilaan oireet vaativat, tulee harkita operatiivista hoitoa (Harilainen ym. 2012, 416, 418; Käypä hoito -suositus 2007, 2; Palmer 2012). Kivun hoito on nivelrikkopotilaan toimintakyvyn ylläpitämisen ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen perusta. (Kannus 2012, 471 - 472). Nivelrikon lääkehoito on oireita lievittävää, ja hoidon perustana ovat itsehoidon ohjaus, painon pudottaminen sekä terapeuttinen harjoittelu ja liikunta (Harilainen ym. 2012, 416). (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Polven nivelrikon hoitomahdollisuudet (Käypä hoito -suositus 2008)

Liikunta on polven nivelrikosta kärsivän tehokas lihasvoiman ja toimintakyvyn ylläpitäjä sekä oireiden lievittäjä (Harilainen ym. 2012, 416). Liikkumattomuus taas aiheuttaa nivelruston proteoglykaanin katoa, ja altistaa rustopinnan heikentymiselle ja mekaaniselle vauriolle (Arokoski & Kiviranta 2012, 126 - 127). Yleisliikunnan ja polven oma- tai ryhmäliikkuvuusharjoittelun tulisi kuulua jokaisen nivelrikosta kärsivän hoito-ohjelmaan, huomioiden potilaan ikä, sairaudet ja liikkumiskyky. Hyviä liikunnan lajeja ovat iskukuormitusta nivelpinnoille karttavat muodot kuten vesiliikunta, hiihto, kävely ja pyöräily. (Harilainen ym. 2012, 416.) Vrt. Multanen ym. (2014) tuore tutkimus, jonka mukaan kehoon kohdistuvalla isku- ja tärähdystyyppisellä kuormituksella voitaisiin mahdollisesti hidastaa tai pysäyttää nivelrikon alkuvaiheessa nivelrustosta häviävää proteoglykaanimolekyylien määrää. Näin voitaisiin hidastaa nivelrikon syntymistä ja edesauttaa toimintakyvyn ylläpitämistä.

2.2 Polven tekonivelleikkaus

Käänteentekevä muutos polven tekonivelkirurgiassa oli polven mekaniikan tuntemus 1970 -luvulla, joka johti kestäviin muutoksiin tekonivelkirurgiassa. Proteesin materiaalin ja mallin, sekä osaamisen kehittyminen ovat lisänneet proteesin pitkäikäisyyttä, ja yhä useammat ovat hyötäneet polven tekonivelleikkauksista. (Palmer 2012.) Leikkausten on todettu olevan kustannustehokaita ja vaikuttavia. Polven toimintakyky on pystytty palauttamaan lähes ennalleen ja poistamaan potilaan kipua. (Harilainen ym. 2012, 416 - 418.)

Primäärejä polven tekonivelleikkauksia tehtiin Suomessa vuonna 2011 yhteensä yli 10 000 potilaalle. Naisia näistä oli 67 %. Leikattujen keski-ikä oli 69 vuotta ja miehillä vastaava luku oli 67 vuotta. Lähes puolet (47 %) leikkauksista tehtiin yli 70-vuotiaille. Polven tekonivelleikkausten määrä on lähes kaksinkertaistunut vuoden 2002 jälkeen. Revisioleikkauksia eli polven uusintaleikkauksia tehtiin vuonna 2011 lähes 800 potilaalle, joka oli 7 % samana vuonna leikatuista. Yleisin syy revisioleikkaukseen (12 %:lla) oli infektio, ja toiseksi yleisin syy (8 %:lla) oli asentovirhe. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Leikkauspäätös perustuu aina potilaskohtaiseen arvioon, huomioiden sekä potilaan leikkauksesta saama hyöty että leikkaukseen liittyvät riskit. (Harilainen ym. 2012, 416, 418.) Kivun tulee olla merkittävää, ja tehdä toimintakyvyttömäksi, tai jos se heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua, tulisi tämä ottaa huomioon. Myös röntgenlöydösten tulee tukea polven niveltulehduksen kliinistä löydöstä. (Arokoski & Kiviranta 2012, 134 - 135; Palmer 2012.) Hyväkuntoiselle artroosipotilaalle on mahdollista asettaa tekonivelet molempiin polviin samassa leikkauksessa, kun taas alle 65-vuotiaalle ei mielellään tekonivelleikkausta suositella (Harilainen ym. 2012, 416, 418).

Tekonivelen asettaminen parantaa elämän laatua, ja on yksi merkityksellisimmistä lääketieteen toimenpiteistä. Väestö ikääntyy ja tekoniveliä laitetaan yhä enemmän, mutta tämä lisää myös komplikaatioiden esiintymistä. (Mölkänen 2013, 101.) Potilaan terveydentilan tulee olla sellainen, että anestesia onnistuu turvallisesti ja se mahdollistaa vaativan kirurgian ja leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen (Palmer 2012). Tekonivelleikkauksen ehdottomia vasta-aiheita ovat infektiot (Harilainen ym. 2012, 418

- 419), vakava verisuonisairaus ja lihasheikkoudesta johtuva virheasento (Palmer 2012).

Komplikaatoriskiä lisäävät akuutit ja krooniset sairaudet, dementia, alkoholismi sekä liikapaino, jotka tulee huomioida tarkoin leikkausta suunnitellessa. Ylipainolla on todettu olevan merkitystä infektioiden syntyyn. Hyvissä ajoin annetulla ohjauksella tulee pyrkiä vaikuttamaan ylipainoisen potilaan motivaatioon saada pudotettua painoa ennen leikkausta. Tekonivelpotilaalta tulee myös varmistaa ihon kunto ennen leikkausta, ja se, ettei hänellä ole infektiopesäkkeitä hammasluustossa tai virtsateissä, jotka altistavat vakavan komplikaatoriskin eli syväinfektion syntymiselle. (Harilainen ym. 2012, 418 - 419.) Jokaisen hoitotyöntekijän tulisi ymmärtää infektioiden torjunnan merkitys osana potilaan turvallista hoitoa. Tähän tarvitaan priorisointikykyä, toiminnan jatkuvaa arviointia, ja kykyä tarvittaessa muuttaa nopeastikin toimintatapoja. (Silen-Lipponen 2013, 211 - 214.)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistys ry:n laatima Polvi- ja lonkkanivelriikon Käypä hoito -suositus on tarkoitettu lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. Se perustuu tutkittuun tietoon, ja se ohjeistaa ja tukee polvi- ja lonkkanivelrikkopotilaan hoidon suunnittelua kansallisella tasolla. Suosituksen tavoitteena on yhtenäistää sekä konservatiivisia, että operatiivisia hoitokäytäntöjä sekä parantaa potilaiden toimintakykyä, ja vähentää nivelriikon aiheuttamaa kipua. (Käypä hoito -suositus 2007, 2.)

2.3 Elektiivisen leikkauspotilaan hoitoprosessi

Elektiivisen eli hoidonvarauksen kautta leikkaukseen suunnitellusti saapuvan toimenpidepotilaan hoitoprosessi alkaa potilaan kotoa, ja päättyy kotiin tai jatkohoitoon johonkin terveydenhuollon yksikköön. Potilaslähtöinen toiminta hoitoprosessissa tarkoittaa potilaan hoitoa hoidon tarpeen määrittelystä, toimenpiteeseen leikkausosastolle, ja kirurgisen vuodeosaston kautta kotiutumiseen. Se kattaa hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Läpi koko hoitoprosessin hoitotyön tärkeitä elementtejä ovat potilaskeskeisyys, potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen, turvallisuus, vuorovaikutustaidot, potilaan ohjaus, moniammatillinen yhteistyö, hoidon jatkuvuus sekä hoitohenkilökunnan vahva teoreettinen tieto ja taito. Parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi

si tarvitaan asiantuntevaa sekä moniammatillista että joustavaa toimintaa hoidon joka vaiheessa. (Lukkari ym. 2007, 11 - 12, 20 - 21.)

Kirurgisen leikkauspotilaan hoitoprosessiin kuuluvat preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen, ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen tarkkailu ja hoito. Preoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilaan kanssa on tehty leikkaukspäätös ja hänet asetetaan leikkauksjonolle. Se sisältää potilaan ohjaukset, tutkimukset ja leikkausvalmistelut, ja sen tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen valmistautuminen ennen leikkausta. Tämä leikkaukseen valmentava vaihe päättyy, kun vastuu potilaasta siirtyy leikkauksosaston henkilökunnalle. Intraoperatiiviseen vaiheeseen kuuluvat potilaan saapuminen leikkauksosastolle, leikkauksen ja anestesian toteutus, sekä hoito heräämössä, ennen kuin potilas siirretään vuodeosastolle tai muuhun jatkohoitopaikkaan tai potilas kotiutuu. Postoperatiivinen vaihe kattaa potilaan toipumis- ja kuntoutusvaiheen, kotiuttamisen ja jatkohoitopaikkaan lähettämisen hoito-ohjeineen. Pre- intra- ja postoperatiivista kirurgisen leikkauspotilaan hoitoa kutsutaan myös perioperatiiviseksi hoidoksi. (Iivanainen ym. 2012, 466 - 468; Lukkari ym. 2007, 22 - 23, 32 - 33.) Leikkauksostolla toteutettava oma perioperatiivinen hoitoprosessi voidaan jakaa myös pre-, intra- ja postoperatiiviseen toimintaan, joka on osa kirurgisen leikkauspotilaan hoitoprosessia (Lukkari ym. 2007, 22 - 23).

Preoperatiivisen hoitoajan sairaalassa ennen leikkausta tulee olla mahdollisimman lyhyt, jotta infektioriski minimoituisi. Leiko (leikkaukseen kotoa) -mallissa potilaat ovat suorittaneet leikkaukseen valmistautumisen kotona, ja saapuvat ajanvarauksen mukaisesti leikkauspäivän aamuna suoraan kotoa leiko -yksikköön, josta he siirtyvät leikkaussaliin. Jos potilas saapuu kirurgiselle vuodeosastolle, esimerkiksi terveydellisestä syystä, jo leikkausta edeltävänä päivänä, aloitetaan leikkaukseen valmistava välitön hoito osastolla. Leikkauksen ja heräämöhoidon jälkeen potilaat siirtyvät suunnitellusti kirurgiselle vuodeosastolle, kun elintoiminnot ovat vakaat ja anestesia-
lääkäri antaa luvan. Jos potilaan tila vaatii leikkauksen jälkeen tehostettua tarkkailua ja hoitoa, hänet siirretään teho-osastolle. Vuodeosastolla jatketaan leikkauspotilaan huolellista tarkkailua, jotta mahdolliset komplikaatiot huomataan mahdollisimman nopeasti. Postoperatiiviseen kivun hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lääkehoito kuuluu aina leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon, ja sitä on hyvä jatkaa leikkauksen jälkeen muutaman päivän ajan. Ennen potilaan kotiutumista kartoitetaan kotona selviy-

tyminen, ja mahdollinen avuntarve, potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Jos potilaan tilanne vaatii, hankitaan kotiin terveydenhuollon ammattilaisen antamaa apua tai potilas siirtyy jatkohoitopaikkaan. (Iivanainen ym. 2012, 469, 492 - 493, 500 - 503.)

2.4 Polven tekonivelleikkauspotilas Itä-Savon sairaanhoitopiirissä

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, Sosterin, väestöpohja on noin 45 500 asukasta. Kuntayhtymän jäsenkuntia ovat Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Näiden lisäksi Juvan ja Puumalan kunnat kuuluvat ympäristöterveydenhuollon alueeseen. Sosterissa samaan organisaatioon on koottu erikoissairaanhoidon, perusterveydenhoidon ja sosiaalihuollon palvelut. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2014.)

Toiminnan perustana ovat strategiaa määrittävät arvot, hyvinvointi, luottamus, työhyvinvointi ja vastuullisuus. Väestön terveys on tärkein asia, ja heidän osaltaan arvojen merkitys käytännön työssä toteutuu yksilöllisinä palveluina, luottamuksena ja mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoonsa. Henkilöstön osalta luottamus on toisiinsa luottamista ja avoimuutta. Työhyvinvointia tukemalla pyritään lisäämään henkilöstön motivoituneisuutta, osaamista ja työn hallintaa. Toiminnan tavoitteena on ydintehtävässä onnistuminen, hyvä laatu, taloudellisuus ja vaikuttavuus huomioiden. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 3 - 4.)

Organisaation arvot ovat kehittämisen tienviittoa, joihin sekä työ, että koko työyhteisö voivat sitoutua. Arvoihin sitoutuminen synnyttää positiivista energiaa, joka näkyy kaikessa toiminnassa. Tämä innostaa työntekijöitä kehittämään työtään ja työyhteisön toimintaa. (Borgman & Packalen 2002, 26 - 27.)

Tekonivelpotilaan polku Itä-Savon sairaanhoitopiirissä alkaa, kun potilas kivun tai muun oireen vuoksi varaa ajan terveystieteiden keskukseseen, työterveyshuoltoon tai yksityissektorille. Lääkäri tekee hoidon tarpeen arvioinnin ja laittaa lähetteen erikoissairaanhoidon. Lähette voi tulla myös sairaalan sisäisen, toisen erikoisalalan konsultaationa tai hoito voi perustua potilaan yhdessä lähettävän lääkärin kanssa tekemään vapaaseen hoitopaikan valintaan. Ortopedi katsoo lähetteen, ja hoidon kiireellisyyden huomioi-

den, kirjaa jatkohoidon määräykset poliklinikalle kutsumista ja mahdollisia lisätutkimuksia varten.

Preoperatiivinen vaihe

Potilas kutsutaan kirurgian poliklinikalle, jossa vastaanotolla ortopedi arvioi yksilöllisesti potilaan leikkaustarpeen ja tekee yhteisymmärryksessä potilaan (ja läheisten) kanssa tarvittaessa leikkauspäätöksen. Jos potilaan terveydentila edellyttää, ortopedi tekee ensin konsultaatiopyynnön toisen erikoisalan lääkärille. Kun leikkauspäätös on tehty, potilas asetetaan kiireellisyyden mukaan leikkausjonoon. Vastaanoton jälkeen potilas saa sairaanhoitajan leikkaukseen valmentavan ohjauksen. Hoitaja kertoo leikkaukseen valmistautumisesta, ja ohjaa tarvittaessa mahdolliseen painonpudotukseen ja ravitsemusterapeutille. Potilaita tulee kannustaa laihduttamaan, sillä lihavuus on riski leikkauspotilaalle, ja jo 5 %:n painonpudotus vaikuttaa myönteisesti leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen (Käypä hoito -suositus 2008, 1317).

Hoitaja ohjeistaa potilasta muun muassa infektioiden ja kivun hoidossa, mahdollisten ruokavaliomuutosten tekemisessä, liikunnassa sekä tupakoinnin ja alkoholin lopettamisessa. Lisäksi huomioidaan ja kirjataan, jos potilas käyttää huumeita. Ihon kunto tarkastetaan kauttaaltaan, ja ohjeistetaan potilas ihon kunnon omatarkkailuun ja hoitoon. Potilas saa lähetteen hammashoitoon, kirjalliset ohjeet tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta ja arvion leikkaukseen pääsyajasta sekä hoitopaikan yhteystiedot. Potilaalla tulee olla ennen leikkausta hammaslääkärin kirjallinen lausunto ortopantomografiasta (hampaiston ja leuan röntgenkuva), suun kunnon tarkastuksesta ja siitä, että hampaisto on hoidettu. Meurmanin & Paavolaisen (2013, 139 - 142) mukaan potilaalle tulee korostaa päivittäisen suuhygienian merkitystä, ja sitä, että mahdolliset infektiot on hoidettava ajoissa ennen tekonivelleikkausta. Suomessa preoperatiivista hampaiston tarkastusta suositellaan aikaisintaan kolme kuukautta ennen leikkausta. Hoitamattomat infektiot suussa voivat aiheuttaa tulehduksia muuallakin elimistössä, ja etenkin myöhäisvaiheessa hammasperäisten infektioiden osuus kasvaa. Elinikäinen suun ja hampaiston hyvä hygienia tulee muistaa myös tekonivelleikkauksen jatkohoidossa.

Potilaan kotiolot kartoitetaan, ja mietitään yhdessä potilaan kanssa keinoja kotona selviytymiseen. Näin potilaalla on hyvää aikaa järjestää tarvittaessa kotiin apua arjen

päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen leikkauksen jälkeen, mikä onkin yksi ohjauksen tärkeä tavoite. Lisäksi potilas ohjataan oman alueen perusterveydenhuollon fysioterapiaan leikkaukseen valmentavaan yksilö- tai ryhmäohjaukseen.

Potilaalle pyritään saamaan yksilöaika fysioterapeutille mahdollisimman nopeasti, kun hän on ottanut yhteyttä perusterveydenhuollon fysioterapiaan. Fysioterapeutti antaa hänelle kirjalliset kotiharjoitusohjeet alaraajojen lihasvoiman ja liikkuvuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Lisäksi potilaita ohjataan yleiskunnan kohentamiseen, ja mahdollisesti tarjolla oleviin perusterveydenhuollon leikkaukseen valmentaviin tai tarvittaessa kolmannen sektorin ryhmiin (esimerkiksi vesivoimisteluryhmät). Apuvälinetarve kartoitetaan, ja ohjataan tarvittaessa niiden käyttöä. Tarvittaessa ohjataan myös painonhallintaa ja sopivia kivunlievityskeinoja, kuten esimerkiksi kylmä- tai lämpöhoitoja ja kipulääkkeiden käyttöä. Ryhmäohjaus aloitetaan 2 - 3 kuukautta ennen arvioitua leikkausaikaa, ja se sisältää polven liikkuvuus- ja alaraajojen lihasvoimaharjoitteita.

Haapalan (2009, 51) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajien vahvuutena pidettiin opettamista ja ohjaamista. Tutkimuksessaan hän totesi, että hyvin etukäteen ohjattu potilas selviytyy paremmin leikkauskokemuksestaan. Siinä korostuivat myös kotihoitoon ohjaaminen sekä perheen huomioon ottaminen. Myös Kääriäisen (2007, 105) mukaan erityisesti hoitoa edeltävään ohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Palonen ym. (2012, 114 - 124) tutkivat puolestaan potilasohjausta aikuispoliklinikoilla, ja heidän tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjaukseen ja sen määrään. Ohjaukseen vaikuttivat käytettävissä olevan ajan, tilojen, ohjausmateriaalin ja tutkimustiedon lisäksi myös henkilöstön välinen yhteistyö ja ohjauksen kehittämismahdollisuudet (Lipponen ym. 2008, 129).

Potilas saa tiedon leikkauspäivästä ja preoperatiivisista vastaanotto- ja tutkimusajoista noin yhdestä kahteen kuukautta ennen suunniteltua leikkauspäivää. Jonohoitaja soittaa potilaalle ja varmistaa, että potilas on leikkauskelpoinen, ortopantomografia on otettu ja mahdolliset suun infektiot on hoidettu. Potilaalle ohjeistetaan tarvittavat lääketauotukset ja käydään läpi leikkaukseen tulon vaiheet. Potilas saa ohjeet ja ajanvaraustiedot myös kirjallisina. Preoperatiiviset laboratorio- ja röntgentutkimukset otetaan noin kolme - neljä viikkoa ennen leikkausta. Potilas tapaa tuolloin myös fysioterapeutin ryhmä- tai yksilöohjauksessa. Fysioterapeutti käy läpi polvinivelen rakennetta ja leik-

kaukseen liittyviä asioita, sekä ohjeistaa polvinivelen liikkuvuutta ja lihasten voimaa vahvistavia liikkeitä tekoniveloppaan mukaisesti. Potilaalle neuvotaan sauvakävelyä, sängystä ylösnousu- ja sänkyyn menotekniikkaa, sekä verenkiertoa parantavia liikkeitä veritulpan ehkäisemiseksi. Lisäksi ohjataan noutamaan tarvittavat apuvälineet, kuten esimerkiksi sauvat tai rollaattori terveystieteiden keskuksesta.

Potilaan perussairaudet, suunniteltu toimenpide, ikä ja mahdolliset riskitekijät määrittelevät tarvittavat preoperatiiviset tutkimukset. Leikkausta edeltävän arvioinnin tavoitteena on Käypä hoito -suosituksen mukaan potilaan mahdollisimman hyvä toipuminen leikkauksesta ammattihenkilön antaman ohjauksen turvin. Sen arviointi vaatii usein monialaista yhteistyötä. Tehokas, sovittu toimintajärjestelmä voi olla esimerkiksi preoperatiivinen poliklinikka, puhelinhaastattelu tai ohjaus omalääkärin vastaanotolle, jos perussairaudet eivät ole tasapainossa. Tällaisen toiminnan on todettu luovan turvallisuutta potilaalle ja edistävän hoitoprosessin etenemistä. (Käypä hoito -suositus 2008, 1306.)

Preoperatiivisella käynnillä leiko-osastolla noin kaksi viikkoa ennen leikkausta potilas tapaa leiko-sairaanhoitajan, anestesia- ja ortopedin. Leiko-hoitaja tarkastaa potilaan lääkityksen ja täydentää anestesiakaavakkeen. Hän varmistaa, että potilas on ymmärtänyt mahdollisesti saamansa lääkkeiden tauotusohjeet ja huolehtii verivaraus- ja vielä muut tarvittavat laboratoriopyynnöt leikkausaamuksi. Hoitaja myös tarkastaa, että tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset on otettu sekä tarkastaa potilaan ihon kunnon ja mittaa antiemboliasukan terveeseen jalkaan (ei ASO-potilaille). Sairaalaan tuleminen ja leikkauspäivän tapahtumat käydään läpi, sekä keskustellaan leikkauksesta ja anestesiaan ja toipumiseen liittyvistä asioista. Tarvittaessa varataan terveystieteiden keskuksesta potilaalle valmiiksi jatkohoitopaikka. Potilas tapaa anestesia- ja ortopedin, joka tarkastaa, että potilas on leikkauskelpoinen, ja antaa anestesiaan liittyvät määräykset. Lisäksi potilas käy ortopedin vastaanotolla, jossa varmistetaan, että leikkaus voidaan suorittaa suunnitellusti. Potilas saa ohjausta kaikilta ammattiryhmiltä, ja tarvittaessa tehdään vielä lisävalmisteluja, otetaan tutkimuksia tai tehdään muun erikoisalan konsultaatio. Preoperatiivinen potilasohjaus perustuu Sosterin arvoihin (kuva 2).



KUVIO 2. Preoperatiivinen potilasohjaus (mukaillen Heino 2005, 106)

Jos potilas tulee kirurgian vuodeosastolle leikkausta edeltävänä päivänä, tapahtuu preoperatiivinen sairaanhoitajan ohjauskäynti ja ortopedin vastaanotto kirurgian poliklinikalla. Samalle päivälle on mahdollista ohjelmoida myös röntgentutkimukset ja fysioterapiakäynti, jos potilas on käynyt laboratoriotutkimukset edeltävästi terveyskeskuksessa. Anestesia lääkäriin potilas tapaa osastolla tulopäivänä. Poliklinikan sairaanhoitaja käy läpi preoperatiiviset asiat potilaan kanssa, mutta anestesiakaavakkeen täyttö, verivaraus- ja laboratoriopyynnöt sekä antiemboliasukan mittaus tehdään vuodeosastolla. Vuodeosaston sairaanhoitaja käy myös vastaavasti ennen leikkausta huomioitavat asiat läpi potilaan kanssa, joko leikkausta edeltävänä iltana tai leikkausaamuna. Fysioterapeutti kertoo potilaalle preoperatiivisella ohjauskäynnillä käytyjä ja leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen liittyviä asioita.

Keränen ym. (2008) ovat tutkineet Leiko-toiminnan soveltuvuutta Hyvinkään sairaalassa leikkauspotilaille ja todenneet, että sitä voidaan soveltaa lähes kaikilla erikoisaloilla. Potilas saa hyvissä ajoin ennen leikkausta hoitajan preoperatiivisen ohjauksen, sekä käy tarvittaessa tutkimuksissa ja preoperatiivisilla vastaanottokäynneillä. Leikkausta edeltävänä päivänä sairaanhoitaja soittaa potilaalle. Hän varmistaa saapumisajan ja kertoo vielä tarvittavat ohjeet leikkausta varten. Leiko -prosessin käyttöönoton edel-

lytyksenä on johdon vahva sitoutuminen, hyvä muutosjohtaminen ja erityisesti henkilökunnan onnistunut sitouttaminen. Toteutuksen onnistuminen perustuu muutostarpeen ymmärrykseen, muutosmallin hyvään suunnitteluun ja prosessin käyttöön. (Keränen ym. 2008, 3887 - 3891.)

Intraoperatiivinen vaihe

Lähes kaikki polven tekonivelleikkauspotilaat tulevat leikkaukseen leiko-osastolle suoraan kotoa leikkausaamuna. Joskus terveydentilan johdosta potilaat tulevat kirurgian vuodeosastolle edellisenä iltana, jossa heidät valmistellaan. Potilasta ohjataan vaihtamaan leikkausvaatteet, ihokarvat poistetaan leikkausalueelta ja antiemboliasukka puetaan. Tarkastetaan anestesiakaavake, ihon kunto ja ravinnotta olo. Leikkaava lääkäri käy tervehtimässä potilaan ennen leikkaussaliin vientiä, ja merkitsee leikattavan polven. Esilääkkeen saamisen jälkeen potilas odottelee sängyssä leikkauksen alkamista. Anestesiahoitaja vie hänet leikkaussaliin.

Leikkaus tehdään yleensä selkäpuudutuksessa ja kivunhoitomuotona käytetään LIA (Local Infiltration Analgesia) -puudutusta. LIA-menetelmässä ortopedi infiltroi leikkauksen aikana leikkausalueelle puudute-kipulääkityksestä (Förster & Pitkänen 2009, 145 - 149). Jos potilaan terveydentila vaatii, voidaan käyttää myös yleisanestesiaa. Leikkaus kestää valmisteluineen noin kaksi tuntia, jonka jälkeen potilas siirretään heräämöhöitoon. Potilaan vointia, kipua ja anestesian poistumista seurataan heräämössä, ja kun potilaan vointi sallii, hänet siirretään vuodeosastolle.

Postoperatiivinen vaihe

Osastolla potilaan hoito koostuu kivunhoidosta sekä yleistilan ja haavan paranemisen seurannasta. Kipua hoidetaan kipulääkityksellä ja kylmäpakkauksilla. Leikkauksen jälkeen potilaalle ohjataan jalkateräjumppaa (trombiprofylaksia) verenkierron vilkastuttamiseksi ja turvotuksen vähentämiseksi. Käytetystä anestesiamuodosta riippuen potilasta ohjataan liikkeelle lähtemisessä joko toimenpidepäivästä (LIA-puudutus) tai leikkauksen jälkeisestä päivästä lähtien kyynärsauvojen tai kävelytelineen avulla, ja tuetaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa.

LIA-menetelmän käyttö edellyttää potilaan preoperatiivisen valmistelun, jossa ohjataan, että kipua on jonkin verran ensimmäisen vuorokauden jälkeen, mutta tavoitteena on potilaan varhainen mobilisaatio ja aikaisempi kotiutuminen (Förster & Pitkänen 2009, 145 - 149). Aktiivinen polven jumppa aloitetaan toisena postoperatiivisena päivänä tai kun haavadreeni on poistettu. Potilaalle ohjataan haavanhoitoa koko osastolla oloajan ja annetaan ohjeita laskimotukosten ehkäisyyn. Keskustellaan monipuolisen ravinnon ja liikunnan merkityksestä, painon hallinnasta, tupakoinnin ja alkoholin vaikutuksista sekä kaikkien tulehdusten hyvästä hoidosta.

Kotiutuminen polven tekonivelleikkauksen jälkeen tapahtuu kolmantena tai neljäntenä päivänä, joskus jo kahden vuorokauden kuluttua (LIA-menetelmä) leikkauksesta. Polven tulisi taipua tuolloin 90 astetta. Kotona selviytymistä kartoitetaan potilaan ja hänen läheisten kanssa. Tarvittaessa turvataan kotona oleminen kotiavuin tai kotisairaanhoidajan käynnein. Joskus, jos potilaan kuntoutuminen tai puutteelliset kotiolot niin vaativat, joudutaan turvautumaan jatkohoitopaikkaan terveyskeskuksessa. Tuolloin tulee varmistaa, että lääkelista on päivitetty ja potilaan tiedot ovat siirtyneet jatkohoitopaikkaan. Haavahakasten poisto tapahtuu kahden viikon kuluttua terveyskeskuksessa.

Ensimmäinen kontrolli leikkauksen jälkeen on kolmen viikon kuluttua fysioterapeutille, ja seuraava tarvittaessa noin 2 - 3 kuukautta leikkauksesta. Kirurgian poliklinikalle ortopedin kontrollivastaanotolle potilas tulee kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta, jolloin hän käy myös polven röntgenkuvassa. Ortopedi tarkastaa, että leikkauksesta toipuminen on edennyt suunnitellusti. Tarvittaessa voidaan yksilöllisesti määrätä vielä uusi kontrollikäynti, jos potilaalla on ollut ongelmaa toipumisessa. Muutoin seuraava kontrolli on perusterveydenhuollossa viiden vuoden kuluttua leikkauksesta. Tuolloin leikatusta polvesta otetaan myös kontrolliröntgenkuva. Rajasimme kehittämistehtävän ulkopuolelle potilaan kotitutumisen jatkohoitopaikasta, sillä Itä-Savon sairaanhoitopiirin hoitosuuntaus on potilaan kotiutuminen suoraan erikoissairaanhoidosta.

3 ASIAKASLÄHTÖINEN POTILASOHJAUS

Potilasohjauksen pohjalla on laaja lakien sekä laatukriteerien ja -suositusten verkosto, jotka ohjaavat hoitotyön yhtenäistä toimintaa ja laadunarviointia (Kääriäinen 2007, 25; Kyngäs ym. 2007, 5, 12 - 13). Lait perustuvat yhteiskunnan arvoihin ja eettisiin käsityksiin (Kääriäinen 2007, 25). Kuntien on turvattava jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä (Terveystieteiden lae 1326/2010 1. luku 2. §). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2. luku 3. § taas määrittelee, että ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon”, ja että potilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Lisäksi hänellä on oikeus ymmärrettävään tietoon omasta terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista sekä niihin liittyvistä riskitekijöistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2. luku 5 §).

”Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (Terveystieteiden lae 1326/2010 1. luku 8. §.) Näyttöön perustuvan toiminnan keskiössä ovat potilaat, sillä palvelut ovat heitä varten (Holopainen ym. 2013, 26). Tutkituun tietoon perustuva hoito parantaa turvallisuutta, tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Kysymys on siitä, kuinka paras mahdollinen näyttöön perustuva tieto, evidence based, ja kokemus saadaan elämään käytäntöön, potilaan hoidon ja palveluiden järjestämiseksi. (Eriksson ym. 2012, 31; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 29 - 32; Rissanen & Lammintakanen 2011, 34.)

3.1 Potilasohjaus prosessina

”Ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa”. Ohjauksella pyritään siihen, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen, ja kun hän kokee voivansa siihen vaikuttaa, parantaa se myös motivoitumista ja hoitoon sitoutumista. (Eloranta & Virkki 2011, 19 - 20.) Ohjauksen tavoitteena on auttaa ja tukea potilasta sairautensa kanssa selviytymisessä itsehoitoa tukien. Parhaimmillaan onnistuneella ohjauksella voidaan lyhentää sairaalassaoloaika. (Kyngäs ym. 2007, 145; Torkkola ym. 2002, 24.)

Ohjaus on hoitoprosessiin liittyvää vuorovaikutuksellista tiedon antamista tai hoitotyön toimintoja (Kääriäinen 2007, 28; Kääriäinen & Kyngäs 2006). Kääriäinen (2007, 116 - 117) on lisäksi todennut, että ammatilliseen vastuuseen perustuva laadukas ohjaus vaatii hoitohenkilöstöltä potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamista sekä vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Ohjauksessa on huomioitava yksilöllisesti potilaan tarpeet ja taustatekijät. Ohjaus mukautuu toimintaympäristön muutoksiin, ja se voi käsittää useita toisiinsa liittyviä toimintoja, jotka auttavat potilasta valintojen tekemisessä. Ohjaus käsitteenä tulee ymmärtää, ja tunnistaa se potilastyössä, jotta sen kehittäminen mahdollistuu. (Kääriäinen 2007, 27 - 29; 116 - 117.) Potilaan tilanteeseen liittyvä, tavoitteellinen keskustelu on ohjausta, joka vaatii selkeitä resursseja, organisointia sekä johdon arvostusta. Ohjauksen ulkoiseen arviointiin tulee kiinnittää huomiota, samoin kuin yhdenmukaisiin ohjauskäytänteisiin ja sovittuihin ohjausvastuisiin. (Kääriäinen ym. 2006, 4 - 13.)

Hoitotieteessä ohjaus -käsite määritellään ammatillaisen toiminnaksi tai prosessiksi. Ohjausprosessissa edetään ohjauksen tarpeen määrittelystä suunnittelun ja toteutuksen kautta ohjauksen onnistumisen arviointiin (kuvio 3). Ohjauksen perustana tulee olla potilaan tarpeet ja asiakaslähtöisyys. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10 - 11.) Ohjausta käytetään rinnakkain neuvonta, opetus ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa. Potilaan ohjauksen turvaamiseksi terveydenhuoltohenkilöstöltä edellytetään vastuuta ja riittäviä ohjausvalmiuksia, sekä filosofista ja eettistä pohdintaa. Tällöin ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutteinen konteksti mahdollistuu, mikä on pohjana ohjauksen sisällölle ja tavoitteille. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 250 - 257.) Kääriäinen (2007, 116 - 117) on lisäksi todennut, että ammatillinen vastuu vaatii potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamista sekä johtamistaitoja.



KUVIO 3. Ohjausprosessi (mukaillen Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10)

Hoitotyöllä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa kokemuksiin ja hyväksi havaittuihin hoitokäytänteisiin sekä näyttöön (evidenssiin) ja tutkittuun tietoon perustuvaa hoitoa. Hoitotyön menetelmien ja interventioiden avulla pyritään vaikuttamaan potilaiden terveyteen ja saamaan aikaan positiivisia muutoksia, kuten esimerkiksi leikkauksen jälkeiseen vointiin. (Eriksson ym. 2012, 32, 98.) Sairaanhoitajan tehtävänä on tukea ihmistä erilaisissa elämäntilanteissa, kohdata hänet arvokkaana ihmisenä kunnioittaen hänen itsemääräämisoikeuttaan. Hoitajan tulee toimia tehtävässään oikeudenmukaisesti, ja hoitosuhteen tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen, asiakkaan arvot ja vakaumus huomioiden. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Hoidettava tulee nähdä itsenäisenä, oman elämänsä hallitsijana, mutta myös osana omaa yhteisöään ja perhettään. Hoitamisessa pyritään ihmisen ehdottoman arvokkuuden kunnioittamisen kautta kohti mahdollisimman hyvää elämää. (Eriksson ym. 2012, 69, 76.) Potilaan ja hänen läheisten ohjaus, joka huomio kunkin yksilölliset tarpeet ja itsehoitovalmiudet, kuuluu terveydenhuoltohenkilöstön osaamisalueeseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 2 - 5). Hoitoaikojen lyheneminen vaikuttaa potilaan lisäksi myös hänen läheisiinsä, joiden merkitys korostuu entisestään potilaan leikkauksesta toipumisessa (Eriksson ym. 2012, 69).

Hopia ym. (2004, 24 - 29) selvittelivät tutkimuksessaan kirurgisten potilaiden sekä heidän omaisten ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä ja käsityksiä. Henkilökunnan kiire, epäystävällisyys, yhteistyöhaluttomuus ja vaihtuvuus koettiin vuorovaikutusta vaikeuttaviksi tekijöiksi. Omaisten ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta pidettiin tärkeänä, samoin ajantasaisen ja selkeän tiedon saamista. Vuorovaikutusta edistävänä tekijänä nousi esille työntekijöiden välinen sujuva tiedonkulku, potilaan toiveiden huomiointi sekä henkilökunnan helppo lähestyttävyyys ja ystävällisyys.

Potilaslähtöisyydellä ohjauksessa tarkoitetaan potilaan yksilöllistä huomioimista hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lähtökohtana ovat tuolloin potilaan taustatekijät. (Kääriäinen 2007, 33, 40; Eloranta & Virkki 2011, 31 - 32.) Henkilöstön ammattitaito ja potilasta arvostavan lähestymistavan hallinta lisäävät potilaan luottamusta saada parasta mahdollista hoitoa. Luottamuksen rakentuminen edistää osallistumista ja lisää potilaan omaa sitoutumista hoitoon. Potilaat ovat yhä tietoisempia omista oikeuksista-

taan, ja mahdollisuudesta vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. Ammattilaisen rooli on toimia asiantuntijana, joka työskentelee yhdessä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. (Holopainen ym. 2013, 27 - 30.) Ohjausta tulisi kohdentaa kohti potilaan oman hoidon aktiivista osallistumista, sillä ohjauksella vaikutetaan paitsi asennoitumiseen, myös sairauden hoidon vastuunottoon sekä hoitoon sitoutumiseen (Eloranta & Virkki, 2011, 32 - 38; Kääriäinen 2007, 19, 105; Lunnela 2011, 81).

Kääriäisen ym. tutkimuksessa (2006) ohjaus todettiin potilaslähtöiseksi, mutta sen suunnittelussa ja arvioinnissa ei kuitenkaan aina otettu potilaan yksilöllisyyttä huomioon. Henkilöstön asenteet sekä vuorovaikutus- ja hoitoon valmistautumisen taidot olivat hyvät, mutta itsehoidon tukemisen taidot olivat puutteellisia. Potilaat prosessoivat ja käsittelevät oppimiaan asioita eri tavalla, joten myös ohjausmenetelmien hallinta ja ohjausaika todettiin riittämättömiksi (Kääriäinen 2007, 133 - 134; Kähkönen ym. 2012, 201 - 215). Lisäksi asianmukaisia tiloja ohjaukseen kaivattiin lisää. Jatkossa tulisikin pohtia ohjauksen organisointia, jotta eri ammattiryhmien välinen yhteistyö olisi saumatonta ja käytänteet yhtenäisiä. Kehittämisen kannalta on myös tärkeää tunnistaa, mitä ohjauksella tarkoitetaan. (Kääriäinen ym. 2006, 4 - 13.) Tulokset viittaavat yhteneväisesti jo aikaisempaan Kääriäisen ym. (2005b, 14) tutkimuksessa esiin nousseisiin tuloksiin.

3.2 Potilasohjaus kotona selviytymisen tukena

Potilaan saadessa tietoa kaikilta elämän osa-alueilta, mahdollistaa se potilaan voimaantumisen (empoverment) eli potilaan omien voimavarojen tunnistamisen ja käytäntöön saamisen, ja siten elämän tilanteen hallinnan (Eriksson ym. 2012, 45). Hyvän, kattavan ja oikea-aikaisen potilasohjauksen merkitys korostuu entisestään hoitoaikojen lyhentyessä (Kääriäinen ym. 2005a, 27 - 31). Uuden ajattelutavan omaksuminen perinteisestä hoitamisesta potilasta kannustavaan tukemiseen, sitoutti nopean toipumisen hoitomallissa lonkka- ja polviproteesileikkauspotilaita ja heidän läheisiään. Tämä mahdollisti päämääriin pääsemisen eli turvallisen ja hyvän hoidon, komplikaatioiden vähentymisen, paremman elämänlaadun sekä nopean kuntoutumisen, ja sitä kautta toiminnan tehostumisen. (Suikkonen & Raappana 2013, 28 - 31.)

Potilasohjauksen ongelmaksi nousi Kääriäisen (2008, 13) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan mukaan henkilöstön riittämätön mitoitus, tilojen asianmukaisuus ja välineistön

saatavuus, sekä ohjausmateriaalin puute. Myös ohjauksen sattumanvaraisuus, ohjauksen määrä, sekä perehdytys ohjauksen sisältöön ja menetelmiin, koettiin riittämättömiksi. Lisäksi ohjauksen systemaattisessa organisoinnissa oli puutteita. Riittävällä ohjauksella varmistetaan hoitoprosessissa myös hoidon jatkuvuus, koska hoidon jatkuminen kotona on potilaan ja hänen läheistensä vastuulla.

Heikkisen ym. (2006, 120 - 128) tutkimuksen mukaan taas potilaat jäivät kaipaamaan lisää tietoa lähes kaikilta eri voimavaroja tukevilta osa-alueilta. Ohjaus oli lähinnä yksilöohjausta ja sitä oli annettu eniten biologis-fysiologisilta alueilta, itse sairauteen, sen hoitoon, kipuun ja lääkitykseen liittyen. Kokemuksellista ohjausta, leikkaukseen liittyvistä tuntemuksista oli annettu vähemmän. Uusia ohjausmenetelmiä ja riittävän tiedon välittämistä laaja-alaisemmin ja oikea-aikaisesti hoidon eri vaiheissa tulisi pohdita, jotta ne tukevat toisiaan ja tavoittavat potilaan.

Kynkään ym. (2004, 225 - 234) tekemässä potilasohjaustutkimuksessa potilaat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta, mutta tiedon saannissa oli puutteita. Lisäksi yksilöllisen ohjauksen ja henkisen tuen tarve korostui. Potilaat pitivät ohjausmenetelmänä yksilöohjausta parhaimpana, mutta ongelmaksi siinä nousi hoitajien kiire. Kirjallisista ohjeista potilaat pystyivät kuitenkin tarkastamaan puutteelliseksi jääneet tiedot. Ongelmana oli ohjauksen jatkuvuus, eri yksiköissä ei tiedetty toisen paikan ohjauksen sisällöstä. Ohjauksen hyvänä puolena potilaat kokivat, että se ohjasi itsehoitoon, ja auttoi näin kotona selviytymisessä. Hoitohenkilökunnalta kuitenkin toivottiin potilaan jokapäiväisen jaksamisen ja kotona selviytymisen kartoittamista. Lisäksi erilaisia ohjausmenetelmiä voisi lisätä, kuten esimerkiksi internetin ja puhelinohjauksen käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) ohjeistaa, että ohjauksen tulisi pohjautua hoitosuunnitelmaan ja hoitohenkilöstön pitäisi osata myös sähköinen ohjaus.

3.3 Ohjausmenetelmät

Sopivan ohjausmenetelmän valinta on riippuvainen siitä, mikä on ohjauksen päämäärä, ja miten potilas asioita omaksumu. Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi olisi hyvä käyttää useita erilaisia ohjausmenetelmiä. Käytettiinpä mitä tahansa menetelmää, keskeisintä on kuitenkin aina kerrata tärkeät asiat ohjauksen lopuksi, koska potilas kykenee vastaanottamaan, ja omaksumaan vain rajallisen määrän asioita. (Kynkä ym. 2007, 73.)

Yksilöohjaus

Vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi (Kyngäs ym. 2007, 74). Yleisimmin annettu ohjaus on potilaan ja hoitajan välistä, kasvokkain tapahtuvaa, suullista yksilöohjausta. Tätä ohjausmuotoa potilaat toivovat eniten ja siitä he myös kokevat eniten hyötyvänsä. Yksilöohjausta on arvioitu tehokkaaksi, koska se mahdollistaa tarkentavien kysymysten tekemisen puolin ja toisin. (Kyngäs & Henttinen 2008, 110 - 111.) Näin mahdolliset väärinkäsitykset voidaan oikaista välittömästi. Yksilöohjaus vaatii hoitajalta aikaa, mutta mahdollistaa juuri kyseisen potilaan tarpeista lähtevän, ja hänen taustatekijänsä huomioivan, henkilökohtaisen ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 74 - 85.) Suullisen yksilöohjauksen hoitohenkilökunta hallitsi Kääriäisen (2007, 119) tutkimuksen mukaan hyvin.

Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus ei ole yleensä ensisijainen ohjausmenetelmä. Potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomiointi saattaa jäädä ryhmässä yleiselle tasolle. Merkittävänä puolena ryhmäohjauksessa on mahdollisuus vertaistuen saamiseen. Tästä hyötyvät etenkin ne, joilla ei ole läheisiä. (Kyngäs & Henttinen 2008, 111 - 112.) Ryhmän suurimpana hyötynä pidetään kokemusten jakamisen mahdollisuutta, jolloin ryhmäläiset tukevat toisiaan ja hoitoon sitoutuminen vahvistuu. Haasteellista ryhmäohjauksessa on avoimen, positiivisen ja luottamuksellisuutta tukevan ilmapiirin synnyttäminen. (Vänskä ym. 2011, 92 - 93.)

Ryhmässä oleminen voidaan kokea voimaannuttavana, jolloin se helpottaa sairauden hyväksymistä ja siihen sopeutumista. Ryhmäohjaus voi olla oman kuntoutuksen käynnistäjänä yksilöohjausta tehokkaampaa ja taloudellisempaa, koska tietoa voidaan jakaa samanaikaisesti useammalle potilaalle. (Kyngäs ym. 2007, 104 - 105.) Näin voidaan hyödyntää rajallista aikaa ja niukkoja henkilöstöresursseja (Eloranta & Virkki 2011, 17).

Audiovisuaalinen ohjaus

Erilaisten teknisten laitteiden, kuten puhelimen, tietokoneohjelmien, videoiden ja äänikasettien välityksellä voidaan tarjota ohjausta tukevaa audiovisuaalista tietoa. Poti-

laalla pitäisi olla aina mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa esimerkiksi ohjausvideoiden sisällöstä, koska sisältö saattaa aiheuttaa väärinkäsityksiä. Audio-visuaalista ohjausta onkin toivottu käytettävän suullisen ja ryhmäohjauksen lisänä. Se helpottaa tiedon välittämistä myös potilaan omaisille. (Kyngäs ym. 2007, 116 - 117.)

Internet

Verkossa, esimerkiksi internetin kautta tapahtuva viestintä voi olla joskus suullistakin ohjausta nopeampaa. Tällöin voidaan kohdejoukkoakin tarvittaessa laajentaa. Tämä ei ole kuitenkaan poista tärkeissä asioissa tapahtuvaa henkilökohtaisen vuorovaikutuksen tarvetta. (Åberg 2000, 173 - 174.) Internetin käyttö hoitotyössä antaa paljon mahdollisuuksia, mutta tuo myös lisää myös vaatimuksia (Kyngäs ym. 2007, 61). Sähköisten potilasohjeiden eli internetissä julkaistavien ohjeiden pitäisi olla paperisia ohjeita tiivistetympiä, koska näyttöruudulta lukeminen on usein vaikeampaa (Hyvärinen 2005, 1772).

Puhelinohjaus

Puhelinohjauksilla voidaan korvata osa leikkausta edeltävistä poliklinikkakäynneistä, tai ne voivat toimia hoidon täydentäjinä. Puhelinohjaukset ovat osa hoitosuunnitelmaa, ja ne toteutetaan tietyllä ohjaustekniikalla, mikä edellyttää hoitajalta vuorovaikutustaitojen lisäksi kokemusta ja ammatillista osaamista. Ohjauksen vaikutukset välittyvät muun muassa hoitoon sitoutumiseen ja asiakasturvallisuuteen sekä sitä kautta vaikuttavuuteen. (Orava 2010, 69 - 71; Orava ym. 2012, 232 - 243.)

Lisääntynyt potilaiden puhelinohjaus on osoittautunut tehokkaaksi ja taloudelliseksi palvelumuodoksi (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, 33). Puhelinohjausta kehitettäessä on kuitenkin mietittävä erityisen tarkasti se, miten ohjausta annetaan yhä iäkkäämmille leikkauspotilaille, ja miten se riittää leikkaukseen tulevan potilaan ohjaustavaksi. Tekstiviestien käyttöä ohjauksessa on tutkittu hyvin vähän. (Kyngäs ym. 2007, 120.) Puhelinohjauksessa koettiin hankalaksi näköyhteyden ja sen myötä havainnoinnin puuttuminen. Kommunikointiin liittyvien vaikeuksien lisäksi, puhelinohjaus koettiin hankalaksi etenkin maahanmuuttajien kanssa kielellisten vaikeuksien takia. (Lipponen ym. 2006, 77 - 79.)

Preoperatiivisen puhelinohjauksen oli todettu tehostavan leikkaussalin käyttöä ja vähentävän viime hetken peruuntumisia. Preoperatiivinen puhelinsoitto kolme päivää ennen päiväkirurgista leikkausta vähensi viimehetken leikkausten peruuntumisia 53 %. Lisäksi hoitajan antama puhelinohjaus lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä. (Haufler & Harrington 2011, 19 - 26.)

Suullinen ohjaus

Suullisessa ohjauksessa potilaalla on mahdollisuus itseään askarruttavien asioiden kysymiseen ja välittömään palautteen antoon (Kygäs ym. 2004, 225 - 234). Heino korostaa tutkimuksessaan hoitajan antaman henkilökohtaisen ohjauksen merkitystä päiväkirurgisen leikkauspotilaan kohdalla. Leikkaukseen valmistautumisen ei tulisi perustua vain omaan tai läheisen hankkimaan tietoon, tai luettavaan materiaaliin. (Heino 2005, 99.)

Kirjalliset ohjeet

Suullinen potilasohjaus tarvitsee tuekseen kirjallisen, potilaan muistilistana toimivan ohjeen (Eloranta & Virkki 2011, 73; Torkkola ym. 2002, 25). Kirjallisen materiaalin tulisikin tukea ohjauskeskusteluissa käsiteltyjä asioita, eikä sitä pidä antaa vain siksi, että sitä on saatavilla (Kygäs ym. 2007, 73). Kirjallisia ohjausmateriaaleja ovat erilaiset kirjalliset oppaat ja -ohjeet, joiden pituus voi vaihdella, esimerkiksi yhden sivun mittaisesta kotihoito-ohjeesta useampisivuiseen oppaaseen. Lyhentyneiden hoitoaikojen myötä kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on entistä merkityksellisempää. (Kygäs ym. 2007, 73, 124.)

Vastuu omasta hoidosta ja toipumisesta siirtyy potilaalle usein jo toimenpidepäivänä, siksi riittävän ohjauksen ohella tarvitaan täsmällisiä ja ajantasaisia ohjeita (Torkkola ym. 2002, 24). Kirjallisen ohjausmateriaalin sisältöön täytyy alinomaa kiinnittää huomiota. Ne eivät saa olla liian vaikeaselkoista, koska tuolloin potilaat eivät ymmärrä saamiaan ohjeita, kuten Kääriäinen ja Kygäs (2005a, 213) tutkimuksessaan totesivat. Potilasohjeiden lähtökohtana ovat potilaiden tiedon tarpeet. Potilasohjeesta on käytävä ilmi, kenelle se on tarkoitettu, milloin se on tehty sekä tekijä ja kyseessä oleva organisaatio yhteystietoineen. Ohjeiden kirjoittamisessa on hyvä edetä tärkeimmästä asiasta vähemmän tärkeään, jotta myös vain alun ohjeesta lukevat saavat olennaiset asiat tie-

toonsa. Hyvä potilasohje on ulkoasultaan huoliteltu ja selkeä. (Iivanainen ym. 2013, 20 - 22; Hyvärinen 2005, 1769 - 1773.) Ohjeissa on oltava selvästi esillä, keneen tai mihin voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. Potilasohjeita on myös jatkuvasti arvioitava, jotta ne vastaavat potilaiden tarpeita ja muuttuvia hoitokäytäntöjä. Hyvän potilasohjeen avulla voidaan vähentää sairaalassa käyntien määrää. (Torkkola ym. 2002, 24 - 25.)

4 LAATU HOITOTYÖSSÄ

Laatua ovat ne palvelulla tai tuotteella olevat ominaisuudet, joilla asiakkaan ilmaistut tai piilossa olevat vaatimukset tai odotukset täytetään (Pesonen 2007, 36). Terveystenhuollossa laadulla tarkoitetaan juuri asiakkaan vaatimukset ja tarpeet täyttävää tuotetta tai toiminnan tavoitteen ja palvelun vastaavuutta (Koivuranta-Vaara 2011, 8; Rissanen & Kansanen 2003, 22), jolla pyritään ohjaamaan potilaiden valintoja ja hoitohenkilökunnan ohjaustoimintaa (Kääriäinen 2007, 29). Hyvä laatu edellyttää saumatonta yhteistyötä eri terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä, ja koko työyhteisön yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista (Koivuranta-Vaara 2011, 8).

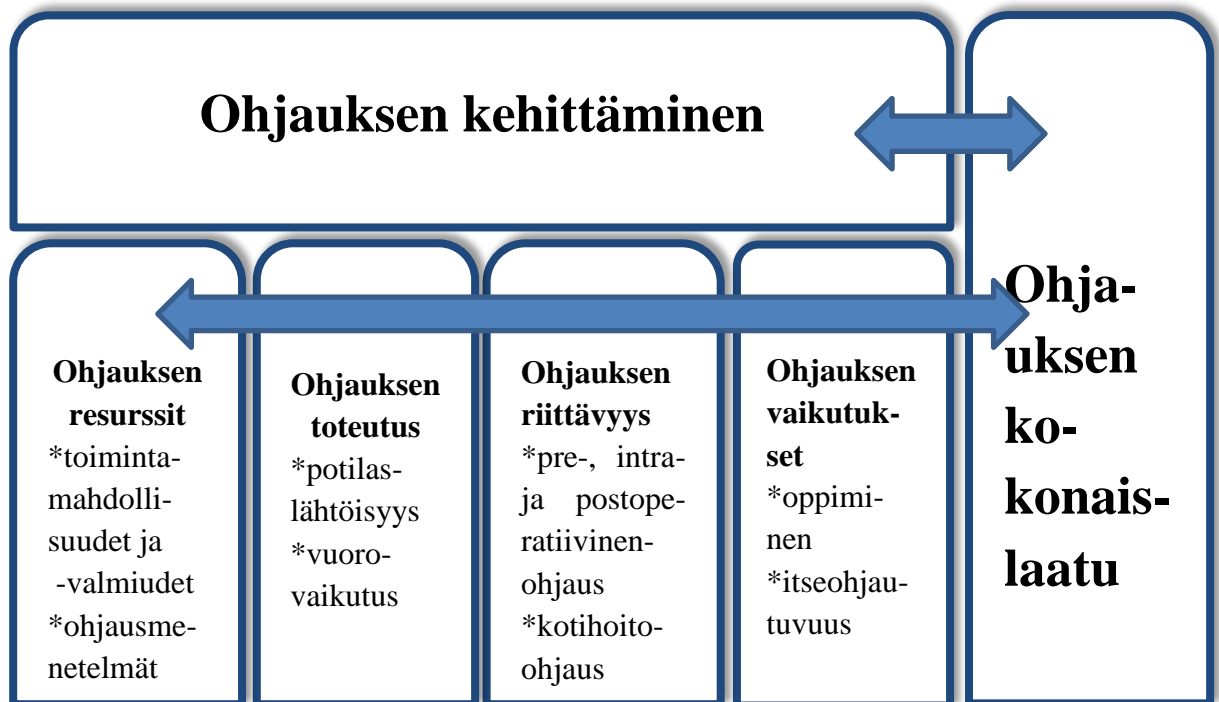
Laatu on tarpeen huomioida kaikessa organisaatiossa tapahtuvassa tekemisessä (Pesonen 2007, 36 - 37; Rissanen & Kansanen 2003, 122). Itä-Savon sairaanhoitopiirillä on käytössä sosiaali- ja terveystenpalvelujen Social and Health Quality Service eli SHQS -laatuohjelma, jossa laatuksiteerit on suunnattu terveydenhuollose (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2014). Palvelujen laadun parantaminen on myös sosiaali- ja terveystenpolitiikan strategian ja hallitusohjelman yhtenä painopistealueena (Sosiaali- ja terveystenministeriö 2013a).

4.1 Ohjauksen kehittäminen osana laatuystötä

Terveystenpoliittisen ohjelman ja erilaisten projektien on tarkoitus tukea kuntien omaa laadunhallintaystötä, sekä ohjata terveydenhuollon tulevaisuuden toimintaa ja sen kehittämistä, suunnittelua ja arviointia (Sosiaali- ja terveystenministeriö 2006, 3 - 4). Terveystenystötä vuoteen 2015 -ohjelman yhtenä tavoitteena on yhteistyön vahvistaminen. Perusterveydenhuollon toimivuutta tulee parantaa hoitoprosesseja uudistamalla ja kytkeällä erikoissairaanhoito paremmin osaksi perusterveydenhuoltoa. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen oli myös jo ”Terveysten vuoteen 2000” -

kehittämishojelman tavoitteena. Ohjelman mukaan hoidon tulee perustua koko hoitoprosessin kattaviin palveluketjuihin, ja niitä tukeviin toimintamalleihin, sekä osaavaan ja riittävään henkilökuntaan.

Ollakseen laadukasta, on ohjauksen oltava vaikuttavaa ja riittävää, ja siihen on oltava asianmukaiset ohjausresurssit (Kääriäinen 2007, 37) ja osaava hoitohenkilöstö (Sosi- aali- ja terveysministeriö 2000, 6). Potilaslähtöisyys tulisi huomioida jo hoidon suunnittelua ja ohjausmenetelmää valittaessa. Ohjauksen tulisi olla johdonmukaista ja tavoitteellista (Kynäs ym. 2004, 225 - 235), jolloin potilaalle turvataan riittävä ohjaus, ja hänellä on mahdollisuus antaa kehittävää palautetta ja kehittää ohjausta. Ohjauksen kehittäminen koostuu ohjauksen laadun osa-alueista muodostuvasta kokonaislaadusta, joka suuntaa kehittämistä. (Kääriäinen 2007, 40 - 41, 115 - 117.) (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Ohjauksen kehittämiseen ja kokonaislaatuun vaikuttavat laadun osa-alueet (mukaillen Kääriäinen 2007, 41)

Laadukkaaksi ohjauksen tekee vuorovaikuteisuus ja potilaslähtöisyys, jolloin ohjaus kohdentuu potilaan tarvitsemaan tietoon ja tukemiseen, huomioiden myös potilaan läheiset. Kääriäisen tutkimuksessa viidennes potilaista ei pitänyt ohjausta potilaslähtöisenä, vaikka hoitohenkilöstöstä suurin osa oli sitä mieltä. Ohjauksen laatu oli kohtalaisen hyvää ja vuorovaikutus toteutui hyvin. (Kääriäinen 2007, 33, 105.)

Kvist ym. (2006, 107 - 119) tutkivat hoidon laatua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan hoidon laatu oli hyvää, mutta potilaiden ja henkilöstön arvioinneissa hoidon laadun osa-alueiden toteutumisessa oli ristiriitaisuutta. Alueilla, joilla henkilöstö koki potilaiden hoidon laadun hyväksi, olivat potilaiden omat arviot erisuuntaisia. He kokivat mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa huonoksi, ja puutteita oli myös yksityisyyden ja arvostuksen osa-alueilla.

Henkilökohtainen ohjaus ja neuvonta sekä riittävä ja oikea-aikainen tiedonsaanti tulee turvata kaikille potilaille. Lisäksi vuorovaikutus, turvallisuus ja yhteistyön lisääminen sekä potilaan mahdollisuus vaikuttaa oman hoidon päätöksentekoon tulee korostumaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 2 - 6; 2013a, 104.) Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) yhtenä painopistealueena vuosille 2012 - 2015 onkin palvelujen ja rakenteiden asiakaslähtöisyys, mikä tarkoittaa potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseään koskevissa päätöksissä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 5, 18).

4.2 Potilasturvallisuus

Turvallisuus on päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa huomioon otettava arvo, ja on tärkeää ymmärtää sen rakentuvan useista eri tekijöistä eikä ainoastaan yksittäisten henkilöiden työstä (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sekä organisaation että terveydenhuollon yksiköiden toimintoja, käytäntöjä, hyviä prosesseja ja periaatteita, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumasta. Potilaan kannalta katsottuna potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilaalle annettua oikea-aikaista, ja oikealla tavalla annettua, oikeaa hoitoa, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoitamisen ja hoitomenetelmät käsittävän hoidon turvallisuuden lisäksi lääkeshoidon- eli lääkityksen ja lääkkeiden turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden ja niiden käytön turvallisuus. Riski- ja vaaratilanteiden ennakointi ja niiden mahdollinen estäminen ovat tärkeä osa potilasturvallisuutta. (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012b, 1 - 10.) Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden taustalla on myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa koskeva laki (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 1. luku 1. §).

Terveysthuollon toimintayksikön on lain mukaan laadittava potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta suunnitelma (Terveysthuoltolaki 1326/2010 1. luku 8. §). Itä-Savon sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma perustuu kyseiseen lakiin. Vastuu potilasturvallisuutta edistävien menettelytapojen optimaalisesta käytöstä päivittäisessä hoito- ja hoivatyössä on osastonhoitajilla sekä muilla lähiesimiehillä. He vastaavat myös työyksikkönsä potilasturvallisuuden takaavista työskentelyolosuhteista, asianmukaisista tiloista ja välineistä sekä koulutuksista. Lähiesimiesten tehtävänä on kannustaa henkilöstöä ottamaan puheeksi potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia ja asioita, sekä tukea syyllistämättömän ja avoimen ilmapiirin kehittymistä. Jokainen ammattihenkilö on velvoitettu vastaamaan omalta osaltaan potilasturvallisuudesta ja sitä edistävien menetelmien käytöstä. Esimiesten tehtävänä on varmistaa, että yksiköissä on yhdenmukaiset toimintatavat ja yhteinen käsitys potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012b, 5 - 6.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on meneillään jokaista työntekijää koskettava potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutus, jonka tavoitteena on, että koko Sosterin henkilökunta on suorittanut koulutuksen vuoden 2014 loppuun mennessä (Tiainen 2014, 4). Intranetissä olevan Turvallisuusportaalin Potilasturvallisuus -sivuston kautta käytetään sähköistä HaiPro -vaaratapahtumien raportointi- ja analysointiohjelmaa. Sillä voidaan tuoda esiin toiminnassa esiintyneet vaaratilanteet, ja prosessien ja toiminnan kehittämistä tarkastelemalla parantaa näin potilasturvallisuutta. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012b, 13 - 15.)

Monet juridiset ja ammattieettiset seikat määrittelevät hoitotyön kirjaamista. Terveysthuollon toimintayksiköiden on pidettävä aikajärjestyksessä etenevää, jatkuvaa potilaskertomusta jokaisesta potilaasta. Hoitotyössä kirjaaminen on tärkeä ja olennainen osa hoitohenkilökunnan päivittäistä työtä (Terveyst- ja hyvinvoinnin laitos 2012, 12.) Kirjatun tiedon tulee olla täsmällistä ja kirjaamisessa on käytettävä yhtenäisiä termejä (Kinnunen 2013, 79).

Suullinen ja kirjallinen kommunikaatio on tärkeää terveysthuollossa. Sairaanhoitaja-liitto edistää potilasturvallisuutta jakamalla tietoa potilasturvallisuudesta, ja siihen liittyvästä syyllistämättömästä potilasturvallisuuskulttuurista. Vuodesta 2006 alkaen on Suomessa oltu aktiivisesti mukana potilasturvallisuutta kehittämissä hankkeissa ja -verkostotoiminnassa kiinnittäen siihen lisääntyvästi huomiota. Hoitotyön on perustut-

tava sellaiseen tietoon ja osaamiseen, jolla tuotetaan turvallista hoitoa potilaalle. (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry 2014.)

Potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen auttoi Virneksen (2010, 28) mukaan potilasturvallisuuden toteutumista päiväkirurgisen leikkauspotilaan hoitoprosessin aikana. Kun potilaalle ja omaisille on kerrottu leikkauksesta, ja siihen liittyvistä asioista sekä jälkihoidosta, on se osa turvallisen ja laadukkaan hoitoprosessin toteutumista. Haapala (2009, 22 - 44) puolestaan totesi tekemässään tutkielmassa hoitajan asiantuntemuksen ja rauhallisen käytöksen lisäävän luottamusta ja luovan potilaalle turvallisuuden tunnetta. Kokonaisvaltaisella hoidolla vaikutetaan myös potilaan turvalliseen kotiutumiseen.

Potilasasiakirjoihin on kirjattava kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat, ja kirjaaminen on tehtävä siten, että siitä saa selkeän kuvan toteutuneen hoidon eri vaiheista ja hoitoon osallistuneista. Ne ovat tärkeitä myös hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeusturvan kannalta, mikäli hoitoa joudutaan jälkikäteen selvittämään. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014.) Sähköiseen potilaskertomukseen kirjataan potilaan hoitoon liittyvät asiat. Suomeen rakennetaan Kansallista Terveysarkistoa (Kanta), jonne sähköiset potilaskertomukset tulevaisuudessa arkistoidaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15, 21.)

Ohjauskäytänteiden yhtenäistäminen, sekä yhteiset, kirjatut toimintaohjeet vähentävät epätietoisuutta siitä, millaista ja mitä ohjausta potilaalle on annettu. Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä pitäisi tehostaa ja ohjausvastuuta tulisi jakaa koko hoitotiimin kesken. Näin poistettaisiin mahdollisia päällekkäisyyksiä. Ohjaustoiminnan tavoitteellisessa kehittämisessä on tärkeää panostaa tarkempaan suunnitteluun, monipuolisempien ohjausmenetelmien käyttöön sekä ohjauksen arviointiin. (Kääriäinen 2007, 103.)

*"Florence Nightingale kirjoitti jo vuonna 1860:
"If you find it helps you to note down such things on
a bit of paper, in pencil, by all means do so"*

(Nightingale 1969, 112 - 113) (Kinnunen 2013, 13)".

4.3 Potilaslähtöinen kehittämisprosessien kuvaaminen

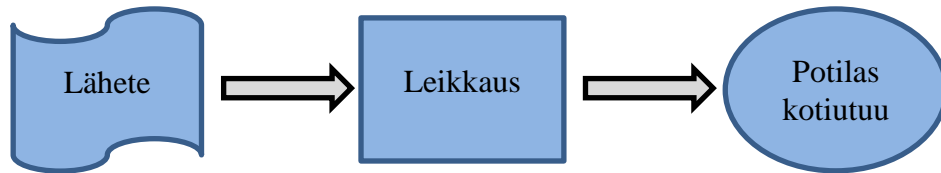
Kehittäminen on jatkuva päättymätön prosessi, joka muodostuu eri osavaiheiden sarjasta päämäärään pääsemiseksi (Borgman & Packalen 2002, 22 - 26; Pesonen 2007, 12). Kehittämisprosessissa lähdetään lähtökohtien määrittelystä (Toikko & Rantanen 2009, 57). Se tarvitsee toteutuakseen organisaation kaikilla tasoilla tapahtuvan tuen ja arvioinnin (Borgman & Packalen 2002, 22 - 26). Se vaatii aikaa, ja etenee ajassa, mutta sen kesto on vaikea etukäteen määrittellä. Kunkin prosessin vaiheiden myötä syntyvä tieto vaikuttaa ja luo pohjaa seuraaville vaiheille. (Borgman & Packalen 2002, 24 - 25; Laamanen 2004, 19 - 20, 222 - 223.)

Prosessi on asiakastarpeen tunnistamisesta käynnistyvä toimintojen sarja (Virtanen 2005, 135). Se on kehityskulku, jonka avulla pyritään pääsemään haluttuun tavoitteeseen. Tehdään suunnitelma, jolla edistetään tavoitteen saavuttamista, kokeillaan suunniteltua tapaa toimia käytännössä, ja arvioidaan tuloksia. Jos tulokset eivät ole halutun suuntaiset, muutetaan toimintaa tavoitteen saavuttamiseksi. Myönteisissä tuloksissa jatketaan valittua toimintaa. Suunnitelman toteuttamiseen vaikuttavat osaaminen, asiantuntijan tiedot ja taidot, sekä kokemuksellinen ja hiljainen tieto. (Borgman & Packalen 2002, 24 - 25; Laamanen 2008, 48, 151 - 154.)

Toinen tapa määrittellä prosessia on puhua toistuvasta tapahtumien ketjusta, jossa suunnittelu, arviointi ja toteutus seuraavat loogisesti toisiaan. Tarkoitus on tunnistaa ne kriittiset toiminnot, joiden onnistumisen kautta syntyy tuloksia. Prosessien tavoitteena on jatkuva tehokas toiminnan parantaminen ja oppiminen. (Laamanen 2008, 151 - 154.) Prosesseissa syntyy operatiivinen tehokkuus ja toteutuu organisaation strategia. Prosessin keskiössä on aina asiakas. Se alkaa asiakkaasta ja päättyy asiakkaaseen. Prosessin kehittämiseen tarvitaan asiakkaan palautetta ja sen toimivuutta mitataan asiakastyytyväisyydellä. On tärkeää mitata ja seurata, saavutetaanko suunnitellut tavoitteet. Asiakasprosesseissa asiakkaan etu on ydin, joka on pidettävä mielessä myös organisaation rajapintoja ylitettäessä. (Pesonen 2007, 129 - 131.)

Prosessien kuvantaminen auttaa ihmisiä toimimaan ja ymmärtämään toimintojen vaikutukset läpi koko organisaation. Niiden avulla tuodaan arkeen asiakasta hyödyttävää tehokkuutta. Lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja kokemus palvelun laadusta. (Laamanen 2008, 151 - 156.) Prosessien kuvaus antaa suuntaviivat toiminnan vastuul-

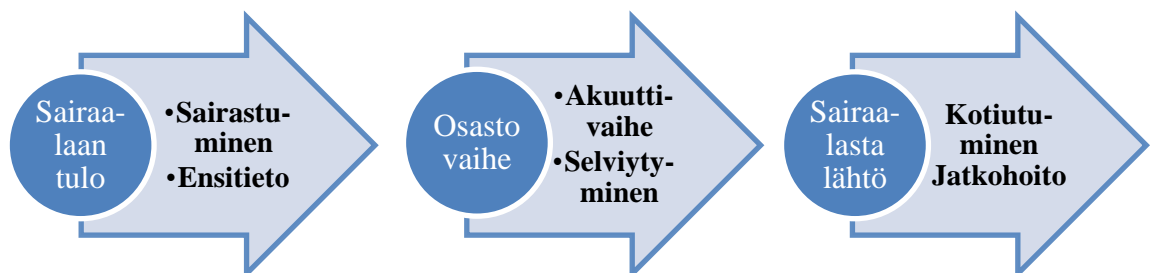
liselle kehittämiselle ja auttaa kyseenalaistamaan ja karsimaan nykykäytäntöjä. Se motivoi työntekijää, ja tukee ihmisiä erilaisten ratkaisujen teossa. Hyvä prosessikuvaus on pelkistetty ja antaa selkeän kokonaiskuvan (kuvio 5). Se synnyttää ymmärrystä ja valaisee prosessin idean. (Pitkänen 2010, 79 - 83.)



KUVIO 5. Esimerkki prosessikuvauksesta

Kehittämisvastuulla tarkoitetaan sitä, että kullakin prosessilla tulee olla johtaja eli nimetty prosessinomistaja. Prosessinomistaja määrittelee prosessin suuntaviivat, mutta ei itse välttämättä ole osallisena sen toteuttamisessa. Seuraten ja kehittäen prosessin eri vaiheita saavutetaan tehokas ja tuottava kokonaisuus. (Laamanen 2008, 155 - 156; Pesonen 2007, 132.) Rajapintojen hiominen ja kehittämisvastuun määrittäminen on nostettu auditoinnin myötä esille myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon prosessien kehittämisessä (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012a).

Vertaamalla eri yksiköiden käytäntöjä ja toimintatapoja saavutetaan paras lopputulos (Torkki 2008). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu käytännön hoitotyöhön soveltuva potilasohjauksen malli (kuvio 6), joka käsittelee potilaan tiedonsaantia ja ohjausta sairaalassa. Siinä on kuvattu prosessin tavoitteet ja potilasohjauksen painopistealueet hoitopolun eri vaiheissa sairaanhoitajan toteuttamana. Ohjauksen perustana ovat potilaan tarpeet ja asiakaslähtöisyys. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10 - 17; Eloranta & Virkki 2011, 39.)



KUVIO 6. Esimerkki potilasohjausmallista (mukaillen Eloranta & Virkki 2011, 39)

Hoitohenkilökunta on kokenut ohjausprosessien jäävän usein kiireen vuoksi puutteelliseksi. Ohjaajan pitäisi pystyä lyhyessä ajassa muodostamaan käsitys potilaan tarvitseman ohjauksen määrästä. Kiireessä potilaan yksilöllistä ohjaustarvetta ei pystytä aina kartoittamaan ja ohjaus jää myös arvioimatta. (Eloranta & Virkki 2011, 17, 39.) Arvioinnin lisäksi myös ohjauksen kirjaaminen on usein niukkaa (Kyngäs ym. 2007, 46).

5 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämistyömme tavoitteena oli polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessin kehittäminen potilaslähtöisesti. Aluksi tehtiin nykytilan selvitys kartoittamalla aikaisempien tutkimusten pohjalta ja teemahaastattelulla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen hyödyistä. Tarkoituksena oli kuvata polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessi, jossa on mukana myös perusterveydenhuolto.

6 KEHITTÄMISTYÖN VAIHEET

6.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus pyrkii selittämään ja ymmärtämään ilmiöitä, mutta ei yleistämään niitä (Kananen 2008, 98). Käytimme tässä polven tekonivelleikatun potilaan ohjausprosessin kehittämistyössämme lähestymistapana, tutkimusstrategiana, toimintatutkimusta ja osallistavaa prosessia. Toimintatutkimuksen teoreettisena isänä pidetään 1940-luvulla toimintatutkimuksen peruskäsitteet luonutta Kurt Lewisiä. Hänen peruskäsitteitä olivat demokraattisuus, yhteistoiminnallisuus sekä teoriaa että käytäntöä muuttava toiminta. Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia tai kehittämään jo olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Usein taustalla on koko työyhteisön muutosprosessi, jonka toteuttamiseen tarvitaan kaikkien osapuolten sitoutumista. (Metsämuuronen 2001, 28 - 29.)

Kuulan (1999, 10 - 12, 198 - 204) mukaan toimintatutkimuksen substanssina ja kohteena voi olla miltei mikä tahansa ihmiselämään liittyvä toiminto. Työelämän toimintatutkimuksia ovat erilaisten työyhteisöjen palvelujärjestelmien asiakkaisiin ja työyhteisöihin.

teisöihin kohdistuvat tutkimukset. Aloite toimintatutkimuksen tekemiseen voi nousta aiemmasta toimintatutkimuksesta tai tutkittavan kohteen edustaja voi toimia aloitteen tekijänä. Tutkittavat osallistuvat käytäntöihin suuntautuviin ja muutokseen tähtääviin tutkimusprosesseihin. Toimintatutkimuksen ensisijainen tavoite on muutokseen pyrkiminen.

Toimintatutkimuksen muutostavoitteet saattavat olla kuitenkin hyvinkin erilaisia, koska eri toimintatutkimuksissa tutkimuksen kohde määrittyy eri tavoin. Sen eri suuntaukset eroavat toisistaan ratkaisevasti, joten toimintatutkimusta ei voida pitää yhtenäisenä tutkimusotteena. Usein sen etenemistä ohjaavat kehittämisen aikaiset havainnot, ja sen tiedontuotantotapaa voidaan luonnehtia prosessimaiseksi. Tavoitteena on tuottaa käytännöllistä tietoa. Toimintatutkimuksen tunnuslauseena voidaan pitää Lewinin (1951, 169) toteamusta, että hyvä teoria on kaikista käytännöllisintä. (Toikko & Rantanen 2009, 30.)

Toimintatutkimus on siis johdonmukaisesti etenevä muutoksen prosessi, jossa tiettyyn aikaan ja paikkaan sijoittuvat tapahtumat seuraavat loogisesti toisiaan. Siinä ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät jatkuvasti. Toimintatutkimuksella tutkitaan ihmisten toimintaa, ja uusia toimintatapoja suunnittelemalla ja kokeilemalla kehitetään käytäntöä. Siinä pyritään luomaan uskoa ihmisten omiin toimintamahdollisuuksiin, kehitetään osallistujien tietoja, käytännöllistä osaamista ja asiantuntemusta. Toiminta pohjautuu ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja sitä kautta yhteistyön edistämiseen. Keskeistä siinä on osallistaminen ja voimaannuttaminen (empowerment). Toimintaa ohjaa yleensä jokin ajallisesti rajallinen kehittämisprojekti, jolla on tietty tulevaisuuden tavoite, esimerkiksi oman työn kehittämiseen liittyvä tutkimus. Toimintatutkimuksessa tutkija on aktiivinen vaikuttaja, joka käynnistää muutoksen tekemällä tutkimuskohteeseensa tarkoituksellisen väliintulon, intervention. Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan, ja hänen oma, välitön kokemuksensa on osa aineistoa. Monet tieteenalat, jotka hyödyntävät laadullista tutkimusta, sisältävät toimintatutkimuksen piirteitä, joissa korostetaan tutkijan subjektiivisuutta ja voimaannuttamista. (Heikkinen 2010, 16 - 23.)

Osallistavassa toimintatutkimuksessa yhteisön jäsenet osallistuvat aktiivisesti kehittämisen eri vaiheisiin, siinä korostuvat tutkijoiden ja käytännön toimijoiden välinen avoin vuorovaikutus ja hankkeen läpinäkyvyys (Heikkinen 2010, 32 - 33). Hopian ym.

(2006, 24 - 29) mukaan toimintatutkimus etenee prosessin mukaisesti, ja sitä voidaan analysoida ja arvioida esimerkiksi potilaan näkökulmasta. Toimintatutkimuksen avulla voidaan kehittää ja luoda uusia, tutkittuun tietoon perustuvia hoitotyön menetelmiä (Eriksson ym. 2012, 93). Intervention avulla pystytään saamaan esille, esimerkiksi tiedostamattomia toimintatapoja, perinteitä tai sosiaalisia rakenteita ja vallankäyttöä. Sosiaalisella toiminnalla on tapana rutinoitua, jolloin olojen muuttuessa toiminta ei ole enää mielekästä. Kehittämisen toiminnolla ei ole päätepistettä, vaan se jatkuu. (Eskola & Suoranta 1998, 128 - 131; Heikkinen 2010, 27 - 29.)

Kehittäminen on normaalia, työyhteisölle ja sen jokaiselle jäsenelle kuuluvaa, jatkuvaa ja uutta luovaa toimintaa (Mäkisalo 1999, 19). Hyvät toimintamallit eivät välttämättä siirry yksiköiden välillä, eikä niitä olla valmiita arvioimaan oman toiminnan kehittämisessä. Jokaisen työyhteisön jäsenen perustyön tulisi sisältää uuden oppimista, sillä suurin osa kehittämistoiminnasta tapahtuu käytännön työssä. (Holopainen ym. 2013, 19 - 26, Rissanen & Lammintakanen 2011, 34 - 36; Viitala 2008, 224 - 227.)

Toimintatutkimuksessa yhdistyvät käytäntö ja teoria, jossa tutkija käyttää suuren osan työajastaan toimintaa suunnitteleviin ja arvioiviin keskusteluihin ja kokouksiin. Oleellista on reflektiivinen ajattelu, jossa tutkija pyrkii tarkastelemaan itseään, ajatuksiaan ja toimintaansa, ajattelevana subjektina, ja näkemään oman toiminnan ja ajattelun uudesta näkökulmasta. (Heikkinen 2010, 29 - 35.) Toimintatutkimus pyrkii selittämään ja ymmärtämään ilmiöitä, mutta ei yleistämään niitä (Kananen 2008, 98).

Toimintatutkimukseen liittyvä havainnointi ja reflektointi ovat jatkuvia. Toimintatutkimuksen strateginen etu on siinä, että tietoa on mahdollista saada eri näkökulmista, monin eri tavoin. Tutkija analysoi, ja tulkitsee kerättyä aineistoa, pyrkien selkeän kokonaisuuden muodostamiseen. Tuloksia analysoidaan alustavasti koko prosessin ajan, mutta lopullinen analyysi tehdään tuloksia tulkitsemalla ja loogisesti pääättelemällä. Tutkimusraporttia osallistujien kesken refleктоimalla saadaan tutkimukseen lisää luotettavuutta. (Suojanen 1992, 59 - 62; Toikko & Rantanen 2009, 30.)

6.2 Osaamisen johtaminen

Sydänmaanlakan (2000, 125) mukaan henkilöstön kehittäminen lähtee organisaation strategiasta, ja osaamisen johtaminen on kokonaisvaltainen tapa lähteä sitä toteutta-

maan. Viitala (2008, 14 - 38) taas määrittelee osaamisen johtamisen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jonka avulla yrityksen strategian edellyttämää osaamista kehitetään, hankitaan, uudistetaan ja vaalitaan. Perusta muutoksille luodaan osaamista vahvistamalla, jolloin johtamalla turvataan tavoitteiden edellyttämä osaaminen sekä nyt että tulevaisuudessa. Osaamisen johtamisen muuttaminen tietoiseksi toiminnaksi on johtamisen tuloksille ratkaisevaa, ja johtajasta riippuvaista, systemaattista johtamistyötä. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Osaamisen johtaminen organisaatiossa (mukaillen Maunula 2000, 10)

Elinvoimaisen organisaation tunnusmerkki on muutoksyvykyys. Muutoksen tulee perustua luotettavaan tietoon ja näyttöön muutoksen tarpeesta, toteutuksesta ja sen mukanaan tuomista positiivisista vaikutuksista. Se on prosessi, joka alkaa muutostarpeen tunnistamisesta jatkuen muutoksen toteuttamiseen ja muutoksen avulla saatujen tulosten arviointiin. Muutosprosessi tulee ymmärtää jatkuvana ja ainutlaatuisena, ja se tarvitsee onnistuakseen avoimen luottamusta rakentavan kommunikaation. Yhdessä tekeminen ja tiedon jakaminen, sekä luottamus mahdollistavat oppimisen. Toimintatapoja kyseenalaistetaan, ja kehitetään uusia keinoja toiminnan parantamiseksi. Taitava muutosjohtaja omaa herkkyyden muutoksentunnistamiseen, ja osallistuttaa työntekijät, jolloin he sosialisoituvat muutokseen. (Stenvall & Virtanen 2007, 12 - 15, 32.)

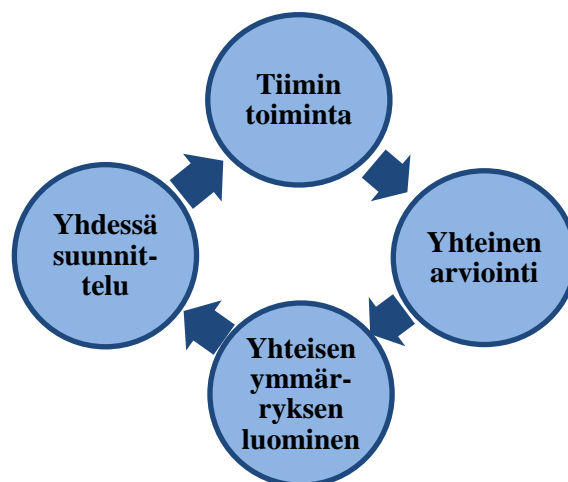
Hyvä esimies johtaa arvoillaan, ja on ihmisenä sellainen, jota alaiset haluavat seurata. Kyky saada tiimin jäsen hyväksymään ja haluamaan itse muutosta, on tunneällyn omaavan johtajan monitasoista ammattitaitoa. (Pitkänen 2010, 199 - 203, 220 - 221,

238 - 240.) Koviin faktoihin, eli paikkansapitävään tietoon perustuvaa johtamista, kutsutaan näyttöön perustuvaksi muutosjohtamiseksi. Siinä johtaminen perustuu tosiasioiden, parempaan ymmärrykseen ja syvempään logiikkaan. Näyttöön perustuvan tiedon avulla viedään muutosta eteenpäin, ja ratkaisujen pohjalle tarvitaan näkökulmaa ja tietoperustaa. (Stenvall & Virtanen 2007, 112 - 116.)

Osaamisen kehittämisellä tulee olla selkeät tavoitteet, jolloin se näkyy laadun kehittymisenä, toiminnan tehostumisena ja lopulta kannattavuuden paranemisena (Viitala 2008, 281). Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvat suuret rakenteelliset muutokset nostavat osaamisen kehittämisen ja sen johtamisen entistä suurempaan rooliin. Osaamisen kehittämiseen panostaminen on välttämätöntä, emme voi pudota kehityksen kelkasta, jos haluamme tarjota laadukkaita, kilpailukykyisiä ja näyttöön perustuvia palveluita.

6.3 Tiimi kehittämisprosessin tukena

Sydänmaanlakan (2000, 48 - 49) mukaan työyksiköissä oppimista ja osaamista kehitetään usein tiimeissä, yhteisiin tavoitteisiin sitoutuneissa pienissä ryhmissä. Tiimioppiminen on prosessi, joka etenee oppimiskehän (kuvio 8) mukaisesti. Toiminnan lähtökohtana on nykyinen toiminta, jota lähdetään yhteisten tavoitteiden mukaan kehittämään ja parantamaan. Olennaista on, että tiimillä yhteiset toimintamallit ja valmius keskustella. Vastuun, osaamisen ja tiedon jakaminen on erittäin tärkeää. Tiimin oppiminen on kykyä yhdistää yksittäisten jäsenten osaamista.



KUVIO 8. Tiimin oppimiskehä (mukaillen Sydänmaanlakka 2000, 48)

Eri asiantuntijoista koostuvan ryhmän, tiimin, asiantuntijuuden ja osaamisen jakamisen avulla voidaan löytää uusia ratkaisuja ongelmiin (Kantojärvi 2012, 10 - 11). Voimavarana on erilaisuus ja kyky toimia tiiminä yhteisen tavoitteen eteen. Vaarana asiantuntijuudessa voi kuitenkin olla arvovaltakysymyksiin takertuminen, tai syvällisen tiedon aiheuttama ajattelutavan raja, jolloin ei osata hyödyntää yhteistyön mahdollisuuksia. Ratkaisevaa ovat tuolloin työskentelymenetelmät ja ryhmän vetämistäidot. (Pitkänen 2010, 113 - 114.)

Ryhmän innostaminen vaatii vetäjältä neutraalisuutta ja keskustelun strukturointia. Ryhmän vetäjä on usein itse osa ryhmää, ja siirtyminen asiantuntijan roolista osallistavien ryhmäprosessien vetäjän rooliin vaatii rohkeutta ja taitoa. (Kantojärvi 2012, 14 - 16.) Tuloksellisuutta yhteistyössä syntyy, kun yhteiset tavoitteet ja niihin pääsy tiedostetaan. Tavoitteisiin pyrkiminen edellyttää oman osuuden hoitamista kaikilta tiimin jäseniltä. (Aarnikoivu 2008, 67.) Hyvin toimivassa ryhmässä on ajateltava itsensä lisäksi aina myös muita ryhmäläisiä. Avoin ja rakentava vuorovaikutus sekä vastuullisuus ja kannustus mahdollistavat menestyksellisen yhteistyön, jonka sujumista on myös määrääjain arvioitava. (Havunen 2004, 66, 125 - 128.)

Tiimiyhteisössä esimiehen on hyvä olla käynnistämässä muutosta, suuntaamassa ja hallitsemassa sitä. Johtajan tulisi vaiheistaa ja suunnitella etukäteen, miten toimia ennen muutosta, muutoksen aikana ja sen jälkeen. Muutoksella on tietty päämäärä, tavoite, jota kohti tiimin jäsenet tulisi pyrkiä ohjaamaan. Onnistuminen edellyttää ihmisten huomioonottamista (empatia), osallistuttamista (partisipaatio) ja yhteydenpitoa (kommunikaatio). (Maunula 2000, 58 - 61.) Muutoksissa tapahtuu oppimista. Luodakseen edellytykset tulevaisuudelle, taitava muutosjohtaja reflektoi vanhaa ja luo linkin uuden ja vanhan toiminnan välille (Stenvall & Virtanen 2007, 43).

Lähestymme tiimin kehityksen kulkua Tuckmanin neljän vaiheittain etenevän mallin mukaan. Forming- eli ensimmäisessä vaiheessa ollaan hienotunteisia, varautuneita ja muodollisia, sekä odotukset ovat korkealla. Ajatukset voivat olla kuitenkin hyvinkin erilaisia ja ristiriitaisia. Tiimin vetäjän tehtävänä on tiimin tarkoituksen ja tavoitteen määrittely, sekä avoimen vuorovaikutuksen mahdollistajana toimiminen. Toinen vaihe, storming, voi olla myrskyisiä ja tiimi voi hajota, ellei erilaisuutta hyväksytä ja arvosteta. Tämä vaihe on ratkaiseva tiimin onnistuneelle kehittymiselle. Seuraavassa norming- eli kolmannessa vaiheessa tiimi voi alkaa suojelemaan itseään ja synnyttä-

mään omia arvoja ja normeja. Muodostuneet ongelmat ovat lähinnä ihmisten aiheuttamia. Päämäärä ohjaa vahvasti neljättä, performing-vaihetta, jolle on olennaista ongelman ratkaisukyky, luottamus ja tehokkuus. Säännöt ovat taka-alalla ja huumori kukoistaa. Tiimi on päässyt flow -tilaan, asiakas on jälleen tärkein, ja mikään ei ole mahdotonta. (Pitkänen 2010, 120 - 128.)

Tiimiytyminen kehittyy vaihe vaiheelta, kun edellinen vaihe on saavutettu, siirtyy tiimi seuraavaan vaiheeseen. Tiimin kehittymisen esteenä voi olla juuttuminen johonkin kehityksen vaiheeseen, jolloin etenemistä ei pääse tapahtumaan. Tiimin johtajan tehtävä on auttaa tiimiä selvittämään ongelmakohdat ja pääsemään eteenpäin. Tuckman on nimennyt myös viidennen, adjourning- eli hyvästely tai hajaantumisvaiheen, jossa ratkaistaan tiimin jatkaminen tai purku. Vastakkainasetteluna ovat tehokas työkalu tai tiimiosaamisen kulttuurin levittäminen eli kokemuksen kautta saadun opin saattaminen yhteiseksi osaamiseksi. (Pitkänen 2010, 120 - 128.)

Tiimin osallistuminen ja sitoutuminen etenee tiimiytymisen kehitysvaiheiden mukaan, ja kehittämistiimi tulisi pyrkiä kokoamaan heti täysimääräisenä. Monipuolinen tasapainoinen tiimi menestyy parhaiten ja saa aikaan tuloksia. (Pitkänen 2010, 120 - 121.) Jokainen tiimi kulkee oman kehittymisen matkan. Toimiakseen hyvin tiimi tarvitsee vuorovaikutuksellisen ja avoimen ilmapiirin. Haasteena on edetä keskustelusta vuoropuheluun, sekä kehittyä kohti pohdiskelevaa avoimuutta ja tulkitsevää kuuntelua. (Skyttä 2000, 117 - 121.)

Vuorovaikutuksen intensiivisyys korostuu tiimissä, ja tunteiden ilmaiseminen ja ymmärtäminen muodostuu tärkeäksi. Tiimissä tulisikin tunnistaa tunteiden näyttämisen säännöt, ja tehdä niihin tarvittaessa yhteisillä päätöksillä muutoksia. Tiimitoiminnan voimavara on yksilöiden erilaisuus ja heidän toimintaan sitoutuminen. Avun antaminen, pyytäminen ja vastaanottaminen ovat osa tiimin luonnollista toimintaa. Moniosaajista koostuvassa tiimissä on paitsi itsenäisiä, myös vahvasti toisistaan riippuvaisia yksilöitä, jotka suuntaavat apunsa sinne, missä sitä asiakaslähtöisesti tarvitaan. (Skyttä 2000, 122 - 136.)

Hyvä tiimihenki on olennainen asia, samoin kuin osaamisen ja tiedon jakaminen, jotta yhteiset tavoitteet saavutettaisiin (Sydänmaanlakka 2000, 46 - 48; Mäkisalo 1999, 132). Laatupäälliköiden lempilapsi Edward Demingin korostaa johtajuutta (lea-

dership), joka mahdollistaa jokaisen mahdollisimman tehokkaan työskentelyn organisaation hyväksi. (Pitkänen 2010, 72, 144). Demingin -ympyrä (kuvio 9) kuvaa hyvin johtamista, jossa PDCA (Plan, Do, Check, Act) on osa johtajan työtä.



KUVIO 9. Demingin (PDCA) -ympyrä (iWise2, 2014)

Johtamisessa pitää suunnitella ja toteuttaa toimintaa, sekä seurata suunnitelman toteutumista ja sen tuloksia. Toiminnan ja tulosten arvioinnin pohjalta sitten muutetaan ja parannetaan toimintatapaa. Yleensä myös kaikki työntekijät suunnittelevat toimintaansa tai ovat ryhmän jäseninä suunnittelemassa toimintaa, toteuttamassa suunnitelmia sekä ohjaamassa ja parantamassa suunnitteleman toteutumista. PDCA toteutuu kaikkialla, missä tehdään järjestelmällistä ja laadukasta työtä, sekä halutaan parantaa toimintaa kohti tavoitteita. (Pesonen 2007, 63 - 64.)

6.4 Kehittämisprosessin eteneminen

Valitsimme opinnäytetyömme vaiheita jäsentämään Demingin PDCA -ympyrän. Mielestämme Demingin jatkuvan kehittämisen malli jäsentää ja selkeyttää hyvin ohjausprosessia. Se on lähes yhtenevä toimintatutkimuksessa käytettyjen vaiheiden kanssa. Demingin PDCA -ympyrä kuvaa toiminnan jatkuvaa ja systemaattista kehittämistä, organisaation ongelmien ratkaisemista ja oppimista. Siihen kuuluvat kiinteästi toisiaan seuraavat, suunnittelu (Plan), suunnitelmien mukainen toteutus ja tekeminen (Do), toiminnan tuloksien ja laadun tarkastaminen ja arviointi (Check), sekä korjaavat ja parantavat toimenpiteet (Act). Uuden toimintatavan vakiinnuttamisen jälkeen alkaa ympyrän uusi kierros. (Borgman & Packalen 2002, 22 - 25; Laamanen 2008, 48 - 49.)

Aineiston keruu

Toteutimme kehittämistyömme toimintatutkimusprosessina, jossa osallistimme työelämän kehittämistiimin mukaan toimintaan. Tiimi koostui opinnäytetyön tekijöiden lisäksi potilaan polun varrella työskentelevistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöistä. Tiimin kanssa kartoitettiin ohjauksen kehittämistarpeet, joiden pohjalta lähdettiin yhdessä kehittämään potilaslähtöistä polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessia kohti turvallisempaa leikkauksen jälkeistä kotiutumista. Keräsimme aineistoa ensin kirjallisuuteen perehtyen. Nykytilan kartoittamiseksi haastattelimme polventekonivelleikkauspotilaita, ja keräsimme heiltä kokemuksellista tietoa, heidän leikkauksesta saamastaan ohjauksesta, ja ohjauksen vaikutuksista turvalliseen kotiutumiseen. Haastattelu on eräs laadullisen toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, kirjallisten lähteiden, kyselyjen ja havainnoinnin lisäksi (Kananen 2009, 60 - 61). Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa ja mistä tai keneltä sitä etsitään (Hirsjärvi ym. 2012, 184).

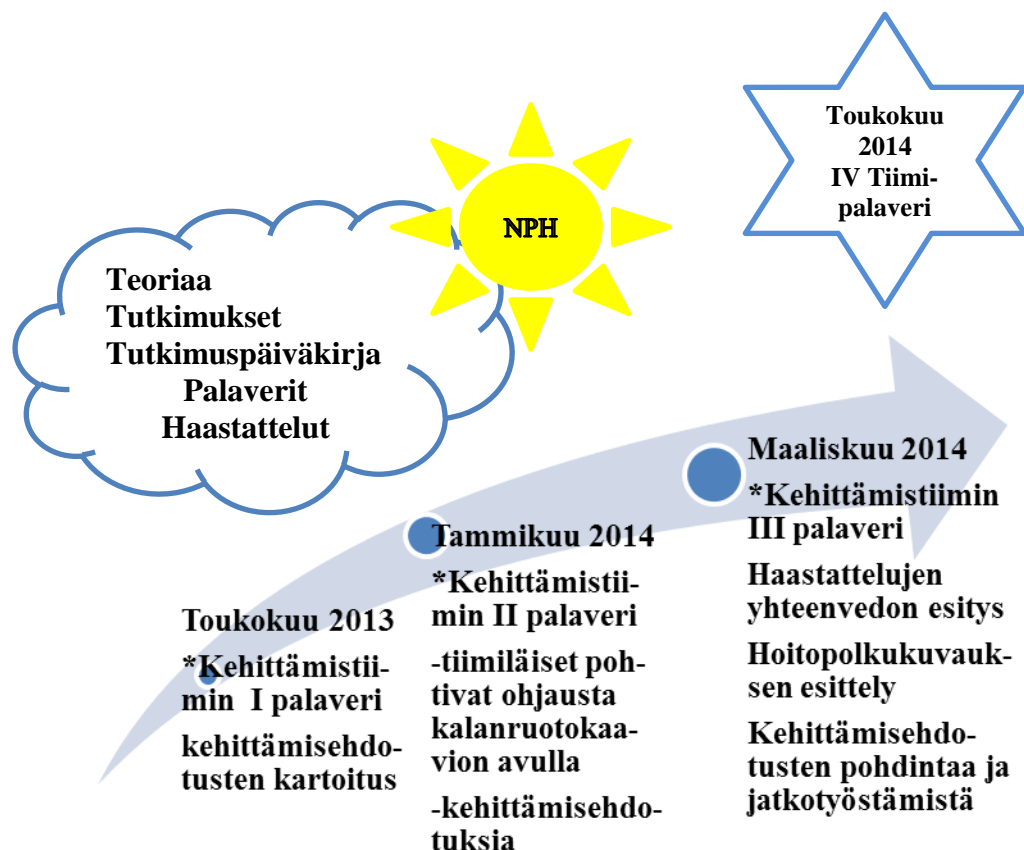
Tutkimuspäiväkirja

Toimintatutkimuksessa tutkimuspäiväkirjan pitäminen tuo kehittämistyöhön läpinäkyvyyttä. Siihen tallennetaan tietoa tutkimuksen etenemisestä, yhteenvetoja, havaintoja ja kaikkea sellaista, joka auttaa tutkijaa ajatustensa jäsentämisessä. Tutkimuspäiväkirjaan kirjoitetaan keskustelut ja havainnot, jotka auttavat myöhemmin tutkijaa jäsentämään ajatuksiaan. Päiväkirjaan merkitään toimintatutkimuksen aikataulun eteneminen, tunnelmia ja palautetta, oman toiminnan havainnointia, yhteenvetoja sekä esiin nousseita kysymyksiä. Tutkimuspäiväkirja tuottaa aineistoa tutkimuksen perustaksi ja analyysin pohjaksi. (Hirsjärvi ym. 2012, 45 - 46; Huovinen 2010, 107.)

Tutkimuspäiväkirja oli kehittämistyömme oleellinen aineistonkeruumenetelmä kirjallisten lähteiden, palaverien ja haastattelujen lisäksi (Suojanen 1992, 60). Pidimme sähköistä tutkimuspäiväkirjaa, johon kokosimme tiimipalaverikutsut ja -muistiot sekä tiimin kanssa yhdessä työstetyt asiat, sekä muissa palavereissa syntyneet ajatukset ja ideat. Tutkimuspäiväkirja oli osaltaan palaveriemme muistikirja. Kokosimme siihen myös opinnäytetyömme etenemiseen liittyviä tärkeimmiksi katsomiamme asioita, kuten ideapaperin ja opinnäytetyön hyväksytyn suunnitelman. Kaiken siihen kokoamme päivitimme, joten päiväkirjamme eteni kronologisesti, ja pystyimme aina palaamaan

meille tärkeisiin asioihin opinnäytetyön raporttia kirjoittaessamme. Kokosimme siihen myös opinnäytetyön ohjaajiemme kommentteja. Emme rajanneet tutkimuspäiväkirjan sisältöä, mutta emme myöskään kuljettaneet sitä jatkuvasti mukana, vaan liitimme siihen tietoa sitä mukaa kuin koimme sen tarpeelliseksi. Toisaalta toinen toiseemme tukeutuen, emme kokeneet tarpeelliseksi kaikkien ideoidemme, pohdintojemme ja ajatustemme kirjaamista, koska vaihdoimme ajatuksia lähes päivittäin ja luotimme siihen, että jompikumpi muistaa, mitä olimme pohtineet.

Sähköinen päiväkirja on käytännöllinen aineistoa analysoitaessa. Siihen kootaan kaikkea sellaista tutkimukseen liittyvää, mitä ei esitetä itse tutkielmassa: ideoita, havaintoja, keskusteluista syntyneitä ajatuksia, työn etenemistä koskevia muistiinpanoja, tapamisia, kokemuksia ja ongelmia. Päiväkirjan pitäminen on tärkeä osa havainnointia, koska sen avulla tuodaan prosessiin läpinäkyvyyttä ja nostetaan osallistujien mielipiteitä esille. Toimintaa suunnitellaan havaintojen pohjalta. Toimintatutkija kirjoittaa havaintonsa muistiin päiväkirjaansa ja kerää näin aineistoa järjestelmällisesti. (Huovinen 2010, 106 - 107.) Kehittämistyömme, polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessin kehittäminen, eteni kehittämistiimin tuella kuvion 10 mukaan.



KUVIO 10. Kehittämistyön eteneminen (NPH= Näyttöön perustuva hoitotyö)

6.4.1 Suunnittelu, Plan

Kehittämisen suunnittelu eli Plan -vaihe on laaja. Se alkaa nykytilan arvioinnista eli ongelman analysoinnista jatkuen mahdollisten kehittämiskohtien pohtimiseen eli ratkaisujen ideointiin, ja ideoiden arviointiin eli tavoitteiden määrittämiseen (Borgman & Packalen 2002, 21 - 25; Laamanen 2008, 48 - 49, Pitkänen 2010, 72). Jotta tavoitteet voidaan määritellä, tarvitaan tietoa paitsi tarpeista myös olosuhteista. On tiedettävä, miten asiat ovat olleet aiemmin, mikä on nykytilanne, ja mitä tavoitellaan. (Laamanen 2008, 48.) Sitoutumista ja sen tuomaa positiivista energiaa syntyy, kun työskentely on omien arvojen ja työyhteisön arvopohjan mukaista (Borgman & Packalen 2002, 26 - 27).

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin keväällä 2013, kun ylläpitoauditoinnin jälkeen pidetyssä kehittämistyöryhmän palaverissa esitettiin opinnäytetyön aiheeksi polven tekonivelleikkauspotilaan kokonaisprosessin yhtenäistä kuvaamista ja kehittämistä potilaan näkökulmasta. Prosessin kokonaisuuden potilaskyselyä ei ollut tehty, ja sille oli olemassa selkeä tarve. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä tehtiin huhtikuussa 2013 Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kanssa. Kehittämistyön tueksi muodostettiin työelämälähtöinen kehittämistiimi, joka koostui moniammatillisista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asiantuntijoista. Tiimiin kuului opinnäytetyön tekijöiden lisäksi potilaan hoitoprosessiin kuuluvien yksiköiden (kirurgian poliklinikka, vuodeosasto 3A, päiväkirurgia, leikkausosasto, terveystieteiden vastausosasto ja vuodeosasto, sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon fysioterapiayksiköt) osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja fysioterapeutteja sekä ylihoitaja, joka toimi myös opinnäytetyön työelämäohjaajana. Kehittämistiimi muodostui näin ollen pääosin auditoinnissa mukana olleista asiantuntijoista. Osa tiimiläisistä sekä toinen opinnäytetyöntekijä toimivat myös leikkaustoiminnan kehittämiseksi perustetussa Leiko -työryhmässä.

Ensimmäinen tiimipalaveri

Ensimmäinen tiimipalaveri pidettiin toukokuussa 2013, jolloin paikalla oli ideoimassa ja kehittämässä edustajia lähes joka yksiköstä. Tiimipalaverissa käytiin läpi polven tekonivelleikkauspotilaan hoidon kulkua ja nykykäytäntöä, tarkoituksena kehittää ohjausta potilaslähtöisemmäksi ja kohti potilaan turvallisempaa kotiutumista. Lisäksi kartoitettiin tarkemmin kehittämisen aluetta, ja mietittiin, millaisilla kysymyksillä

saataisiin parhaiten esille potilaan näkökulmaa yksiköiden toiminnan kehittämiseen. Suunnitelmissa oli tuolloin kyselytutkimuksen tekeminen potilaille. Palaveriin oli pyydetty tuomaan eri yksiköiden polven tekonivelleikkauspotilaan prosessikuvaukset, mikäli ne oli yksiköissä tehty. Aikomus oli kehittämistyön myötä päivittää ja yhdenmukaistaa kuvaukset. Samalla oli tarkoitus päivittää myös yksiköiden käytössä olevat potilasohjeet ja oppaat. Kehittämisehdotuksena nousi vuodeosasto 3A:n **omahoitajan postoperatiivista puhelinsoittoa** viikon kuluttua leikkauksesta, jolloin voitaisiin muun muassa tiedustella kipulääkkeen vaikutusta.

Kesällä ja syksyllä kerättiin teorial tietoa opinnäytetyön pohjaksi. Syksyn aikana päätettiin nopeuttaa aikataulua niin, että kehittäminen saataisiin päätökseen toukokuuhun 2014 mennessä. Syksyn ja vuodenvaihteen aikana tutustuimme lisää ohjausprosessia ja potilasohjausta käsittelevään kirjallisuuteen, opinnäytetöihin ja väitöskirjoihin sekä tutkimusmenetelmiin. Kokosimme laaja-alaista teorial tietoa kehittämisen pohjaksi. Nykytilan kartoittamiseksi potilaille suunniteltu kysely muutettiin työelämäohjaajan ehdotuksesta haastatteluksi. Tämä tuntui sopivan hyvin potilaiden ohjauskokemusten kartoittamiseksi koko hoitoprosessin ajalta. Näin mahdollistui myös kysely potilaan kokemuksista koko ohjausprosessin ajalta opinnäytetyömme tiimoilta.

Toinen tiimipalaveri

Tammikuun lopussa 2014 pidetyssä toisessa tiimipalaverissa esitimme tiimin jäsenille suunnitelman muuttumisen nykytilan kartoittamiseksi teemahaastattelun avulla tehtäväksi. Palaveri oli runsaslukuinen, ja lähes kaikki kehittämistiimin jäsenet olivat paikalla. Alkuun laitoimme tiimiläiset miettimään ”millaista on hyvä ohjaus”. Joko yksin tai pareittain jokainen mietti ja kirjasi ylös kolme hyvään ohjaukseen vaikuttavaa asiaa. Vastausten yhteenvedon jälkeen pohdittiin samalla tavoin ”ohjausta estäviä tekijöitä”. Molempien kysymysten vastausten yhteenvedot kokosimme kalanruotokaavioihin (liite 5 ja liite 6), jotka lähetettiin palaverin muistion liitteenä tiimiläisille.

Esittelimme kehittämistyön suunnitelman ja kävimme läpi haastattelun alustavat teemat ja alakysymykset, joihin saimme lisäkommentteja. Kommunikointi ja ideointi olivat vilkasta, ja palaverissa nousi esille runsaasti lisää kehittämisehdotuksia. Ehdotettiin, että lääkärin laittaessa lähetteen ortopedille, hän tekisi samalla **lähetteen perusterveydenhuollon fysioterapeutille** polven kuntoutukseen. Näin saataisiin potilas

kuntoutuksen piiriin, vaikka leikkaus ei olisi vielä ajankohtainen. Lisäksi esitettiin otettavaksi käyttöön **”leikkaukseen valmentava ohjaus” -nimike**, kun potilas laitetaan leikkausjonolle ja hän saa ensimmäisen ohjauksen kirurgian poliklinikalla ja perusterveydenhuollon fysioterapiassa. Tämä selventäisi ”preoperatiivinen ohjaus” -nimikkeen käyttöä.

Kolmas kehittämis ehdotus oli **”janamuotoinen” koko hoitoprosessin käsittävä kortti** (kuvio 11), jonka avulla potilaan ja hoitotyöntekijän olisi mahdollisuus hahmottaa, missä vaiheessa prosessia potilas on, mitä prosessissa seuraavaksi tapahtuu ja millä aikataululla edetään. Näin potilas saisi jo alkuvaiheessa kokonaiskuvan prosessista leikkausjonolle laittaessa. Lisäksi ehdotettiin **polven tekonivelleikkauspotilaan hoitoprosessin kuvaamista kuvakirjana**, jotta potilas voisi helpommin hahmottaa hoitonsa eri vaiheita. Kirjoja voitaisiin kopioida eri yksiköihin, joissa potilas voisi lukea niitä vastaanottoa odotellessa.

Kivunhoidon ohjausta leikkauksen jälkeen korostettiin, ja esitettiin osastolla ollessa ohjaamaan potilaista rohkeasti pyytämään kipulääkettä. Ongelmana oli ollut joidenkin potilaiden kohdalla kipulääkereseptien hankkiminen kotiin jo ennen leikkausta, ja siten lääkkeet eivät olleet sopineetkaan. Kehittämis ehdotuksena oli, että potilaille korostettaisiin ohjauksissa, että he **eivät hakisi lääkkeitä valmiiksi kotiin** ennen leikkausta. Joitakin potilaita siirtyy edelleen terveyskeskuksen vuodeosastolle, vaikka pyritään siihen, että kaikki kotiutuisivat suoraan leikkauksesta kotiin. Tulevaisuudessa terveyskeskuspaikkojen suunnitellun vähenemisen johdosta esitettiin, että preoperatiivissa ohjauksissa korostettaisiin potilaille **kotiutumista suoraan erikoissairaanhoidosta**. Tarvittaessa ohjattaisiin potilaita kotisairaanhoidon ja kotipalvelun avun piiriin. Mahdollista fysioterapeutin kotikäyntiäkin pohdittiin. Esille nousi myös jo ensimmäisessä tiimipalaverissa esitetty kehittämis ehdotus osasto 3A:n omahoitajan postoperatiivisesta puhelinsoitosta turvallisuuden tunteen lisäämiseksi, jota ei ollut vielä otettu käyttöön osaston resurssipulan johdosta.

Taajama-alueen fysioterapeuttien ottaminen mukaan kehittämään nousi myös esille tiimipalaverissa, sillä he ovat osana potilaan pre- ja postoperatiivisesta ohjausta, eikä heidän kehittämis ehdotuksiaan ollut huomioitu. Sovimme, että otamme heti palaverin jälkeen yhteyttä sähköpostilla lähialueiden fysioterapeutteihin ja tiedustelemme, olisiko heillä kehittämis ehdotuksia, joko potilaspalautteiden tai henkilökunnan ehdotusten

pohjalta. Tiimipalaverissa sovittiin, että otamme yhteyttä myös terveystieteiden vastaston osastonhoitajaan ja tiedustelemme, onko heillä tehty vastaanoton puolella prosessikuvausta. Sovimme myös prosessikuvausten yhteen kokoamisesta ja siitä, että seuraava tiimipalaveri pidetään haastattelujen jälkeen maaliskuussa 2014.

Olimme sähköpostitse yhteydessä kaikkiin Sosterin alueen sekä Sulkavan ja Rantasalmen fysioterapiayksiköihin, ja kerroimme opinnäytetyöstämme, ja siitä, että tarkoitus oli nykytilan kartoittamiseksi tehdä haastattelu neljälle polven tekoniivelleikatulle potilaalle helmikuun lopulla tai maaliskuun alussa. Laitoimme viestin liitteeksi teemahaastattelurungon (liite 1) ja pyysimme laittamaan kommentteja, jos työpaikalla oli noussut kehitettävää kohteita, esimerkiksi potilaspalautteista tai henkilökunnan osalta. Samassa yhteydessä viestitimme, että jos haastateltava sattuu kyseisen yksikön alueelle, tulisimme tekemään haastattelun terveystieteiden keskukseseen heti kolmen viikon fysioterapiakontrollin jälkeen. Saimme innostavaa palautetta lähialueen fysioterapeuteilta ja yhden terveystieteiden fysioterapeutin ehdotuksesta lisäsimme haastatteluun kysymyksen, oliko potilas saanut yksilö- vai ryhmäohjausta, ja miten hän oli kyseisen ohjauksen kokenut.

Mitattavan asian tulisi kohdentua kokemusten tai aikaisempien tutkimusten pohjalta nousseisiin asioihin, joita halutaan kehittää. Ohjauksen laadun arviointi voi auttaa potilaita oman hoidon parempaan tuloksellisuuteen (Kääriäinen 2007, 30 - 31). Valitsimme kehittämistyömme tutkimusmenetelmäksi teemahaastattelun, koska ajattelimme sillä parhaiten saavamme vastauksia ohjausta koskeviin kysymyksiimme. Teemahaastattelun kysymykset (liite 1) nousivat potilasohjausta käsittelevästä lähdekirjallisuudesta, johon olimme perehtyneet sekä tiimipalaverien ideoista. Tarkoitus oli teemahaastattelua apuna käyttäen kartoittaa potilaan kokemuksia ohjauksesta, ja niistä ohjauksen osa-alueista, joiden avulla voidaan vaikuttaa potilaan turvalliseen kotiutumiseen. Tarkoitus oli tehdä teemahaastattelu neljälle polven tekoniivelleikatulle potilaalle, ja haastattelun pohjalta kartoittaa yhdessä kehittämistimin kanssa ohjauksen kehittämistarpeita. Niitä käytetään apuna kuvattaessa uutta ohjausprosessia.

Teemahaastattelu

Haastattelu on eräs laadullisen toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, kirjallisten lähteiden, kyselyjen ja havainnoinnin lisäksi (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34; Kana-

nen 2009, 61). Haastattelu on kahden ihmisen välistä viestintää, sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa ollaan kasvotusten. Haastattelulla on tarkoitus kerätä tietoa ennalta suunniteltua päämäärää varten. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 41 - 43.)

Haastattelua voidaan käyttää osana tiedon tuottamisen prosessia. Teemahaastattelu, jossa haastattelija kysellen kaivaa tutkittavalta asioita esiin, on kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä yleisin. (Kananen 2012, 100 - 103.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu eli haastattelija käy etukäteen valittujen teemojen avulla laaditut kysymykset läpi haastateltavan kanssa. Kysymysten järjestystä ei ole määrätty, vaan se voi vaihdella. Haastattelun nauhoittaminen on hyvä keino, kun halutaan tarkastella haastatteluvuorovaikutuksen tulkintoja. Samalla se toimii mainiona muistin apuvälineenä. Haastattelija ja haastateltava toimivat vuorovaikutussuhteessa ja läheisyys synnyttää luottamusta. Haastateltavan anonymiteettia on suojeltava tarkkaan. (Eskola & Suoranta 1998, 86 - 88; Tiittula & Ruusuvuori 2005, 10 - 17.) Haastattelija koskeekin ehdoton vaitiolovelvollisuus (Hirsjärvi & Hurme 2010, 101). Haastattelussa tulee olla tavoite, ja siinä on oltava tietty aloitus ja lopetus. Potilaskeskeisessä haastattelussa tulee olla aina mukana avoinkysymys: ”Mitä muuta haluaisitte sanoa lisää?” (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22 - 24.)

Haastatteluun osallistujat valittiin leikkausjärjestyksessä helmikuun alussa tutkimusluvan saatuaamme. Ulkopuolelle jätettiin itsenäiseen vuorovaikutukseen kykenemättömät potilaat, jotka osastonhoitajan avustuksella valikoituivat pois. Näin vuodeosaston henkilökunta sitoutettiin mukaan kehittämiseen. Halukkuus haastatteluun kysyttiin puhelimitse, paitsi yhden potilaan kohdalla, jonka haastattelu olisi ollut vasta huhtikuussa kuntoutumisessa ilmenneiden ongelmien johdosta. Potilaille kerrottiin tutkimuksen tausta ja tarkoitus. Lisäksi kerrottiin että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, ja tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Selostettiin, että haastatteluun oli suunniteltu käytettävän aikaa noin 45 minuuttia, ja että haastattelu aiotaan nauhoittaa, jotta he tiesivät siihen etukäteen varautua. Kellään haastateltavista ei ollut mitään sitä vastaan ja kaikille sopi myös, että he saisivat kirjallisen tiedotteen haastattelutilanteen yhteydessä. Lisäksi heille korostettiin, ettei haastattelusta kieltäytyminen vaikuttaisi mitenkään heidän hoitoonsa, ja että he voivat missä vaiheessa tahansa keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. Kaikki neljä potilasta suostuivat haastatteluun. Haastattelu aika sovittiin kolmen viikon päähän ensimmäisen fysioterapeutin

kontrollikäynnin yhteyteen. Potilaan asuinpaikasta riippuen haastattelut tapahtuivat joko keskussairaalassa tai terveyskeskuksessa.

Haastatteluajat sovittuamme olimme sähköpostitse yhteydessä niihin fysioterapiayksiköihin, joita asia koski. Taajama-alueen terveyskeskusten fysioterapiayksiköiden kohdalla viittasimme vielä aiemmin laittamaamme sähköpostiin, jossa olimme jo alustavasti kertoneet opinnäytetyöstämme, ja että olemme tulossa tällaista potilashaastattelua tekemään. Kaikki yksiköt osoittivat kiinnostusta ja yhteistyöhalukkuutta sekä järjestivät rauhallisen tilan haastattelun tekemistä varten.

Haastattelut toteutuivat sovittuina aikoina maaliskuun alussa. Ennen nauhoituksen alkua kerroimme vielä haastateltavillemme opinnäytetyömme tarkoituksesta, ja pyysimme heitä lukemaan haastattelua koskevan tiedotteen (liite 2), jossa korostettiin haastattelun vapaaehtoisuutta ja ehdotonta luottamusta. Lisäksi kerroimme, ettei haastateltavien henkilöllisyys tule missään vaiheessa tuloksia raportoitaessa esille. Haastateltavat antoivat kirjallisena suostumuksen haastatteluun (liite 3), jonka he allekirjoittivat kahtena kappaleena. Toinen lupalappu annettiin haastateltaville ja toinen jäi meille. Haastateltavien taustatietoja emme nauhoittaneet, vaan kysyimme ne ennen nauhoituksen alkua ja kirjasimme ylös.

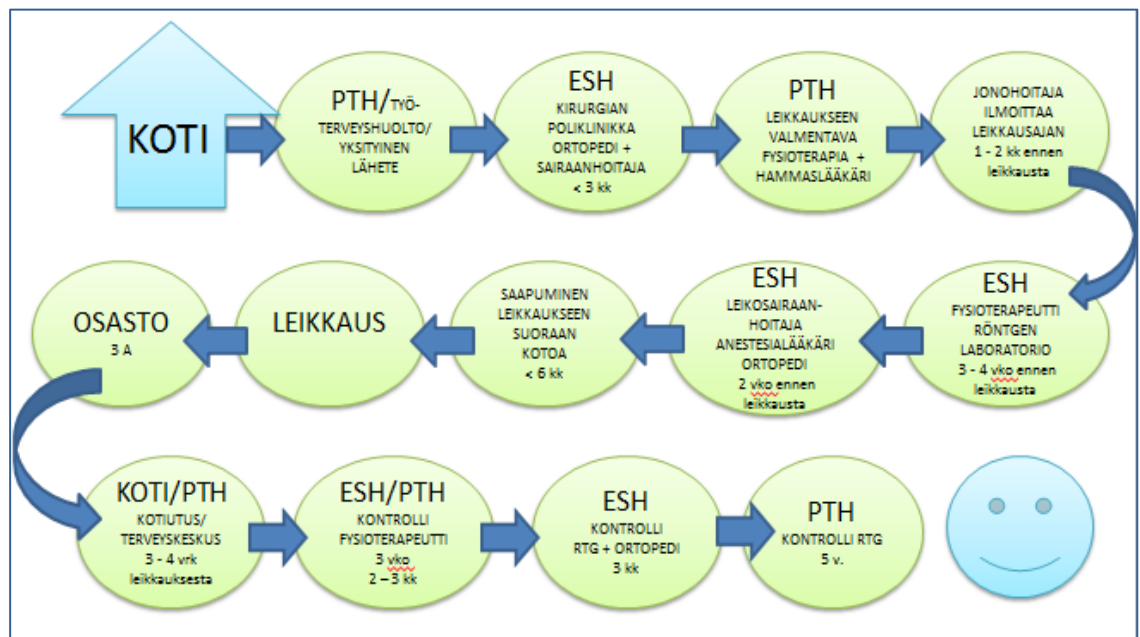
Itse haastattelun nauhoittamiseen pyysimme haastateltavilta suullisen luvan ennen teemarungon (liite 1) mukaisesti edenneen nauhoituksen alkua. Kellään ei ollut mitään nauhoittamista vastaan. Kerroimme heille, että saatuamme nauhoitukset ”purettua”, nauhat tyhjennetään. Haastattelut toteutimme niin, että toinen meistä toimi varsinaisena haastattelijana vieden keskustelua eteenpäin, ja toinen vastasi nauhurin käytöstä havainnoiden keskustelun kulkua, sekä tarvittaessa osallistui myös keskusteluun. Haastateltavia pyydettiin muistuttamaan mieleen ohjaustilanteet koko hoitopolun ajalta aina lähetteen laittaneen lääkärin vastaanotolta postoperatiiviseen fysioterapeutin kontrolliin saakka. Haastattelun lopuksi kiitimme potilaita haastatteluun osallistumisesta.

Kolmas kehittämistiimi

Kokosimme yhteenvedon haastatteluista ja aikaisempien tutkimusten tuloksista, jotka raportoimme maaliskuussa 2014 kolmannessa kehittämistiimin palaverissa. Tuloksia

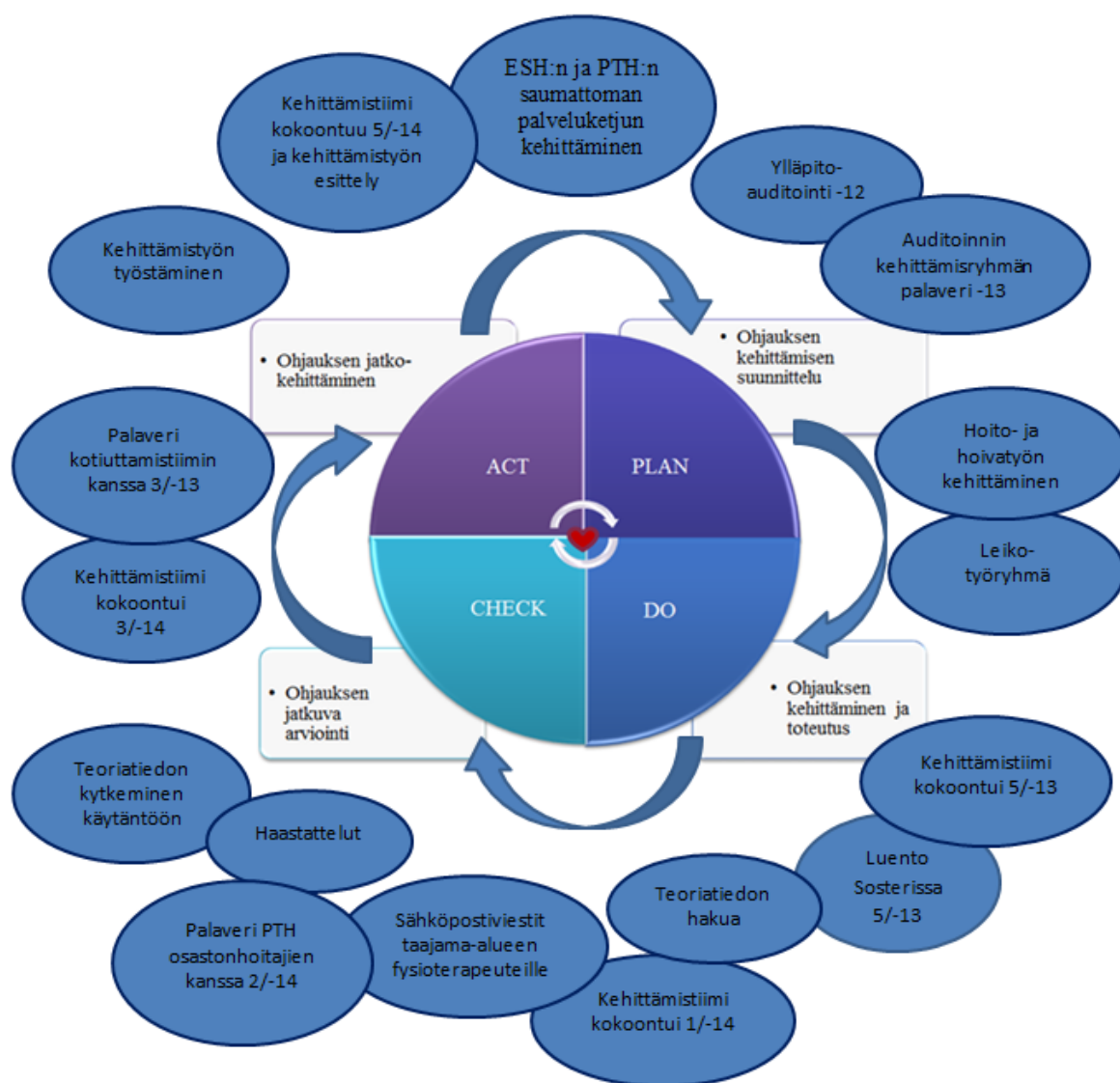
”peilasimme” teemahaastattelun teemoihin sekä potilasohjauksen kehittämiseen ja kokonaislaatuun vaikuttaviin osa-alueisiin (vrt. kuvio 4 sivu 23). Tarkoitus oli haastattelun yhteenvedon jälkeen pohtia yhdessä kehittämistiimin kanssa potilasohjauksesta nousseita kehittämistarpeita. Tiimi oli täysilukuisena koossa ja kehittämisinnostus tiimissä jatkui. Mukana oli myös toinen opinnäytetyömme ohjaajista ja sähköisen asiointin projektipäällikkö. Palaverissa esittelimme jo syntyneitä haastattelun ja tutkimusten yhteenvedon tuloksia. Haastatteluista saatujen potilaiden ohjauskokemusten ja teoriasta nousseen tiedon ja tulosten pohjalta kehittämistä jatkettiin. Tarkoitus oli, että kaikilla eri ohjausprosessin vaiheen yksiköillä olisi ollut päivitetty prosessikuvakset valmiina liitettäväksi kuvaukseen. Sovittiin, että yksiköt, joilta kuvaukset vielä puuttuivat, toimittaisivat ne opinnäytetyön tekijöille. Kehittämisehdotuksena syntyi vielä hammaslääkärin vastaanoton varaaminen potilaalle **sähköisen ajanvarauksen** kautta.

Esittelimme tekemämme mallin polven tekonivelleikkauspotilaan potilaan hoitopolkukuvauksesta (kuvio 11), jonka muokkaamista jatkoimme saamiemme kommenttien pohjalta. Osa leikkauspotilaista oli tarvinnut vielä jatkohoitoa paikan varaamisen leikkauksen jälkeen, joten tiimin vetäjille ehdotettiin selvitettäväksi kotiuttamistiimin mukaan saamismahdollisuus, potilaan kotiutumisvaiheen turvaksi. Näin oli tarkoitus saada myös tuo pieni jatkohoitoa paikan tarvitseva joukko mukaan suoraan osastolta kotiutuvien piiriin.



KUVIO 11. Polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolkuluonnos

Teoriaosan kirjoittamista jatkoimme helmi - maaliskuun aikana, ja työstimme kehittämis ehdotuksia, sekä yhdessä kehittämistiimin kanssa muokkasimme polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessikuvausta. Valmis opinnäytetyö ja kehittämistyön tuloksena tekemämme potilaslähtöinen ohjausprosessin kuvaus (liite 8) suunniteltiin esitettäväksi viimeisessä kehittämistiimin palaverissa toukokuussa 2014. Tuolloin aiomme myös kerätä tiimiläisiltä palautetta siitä, kuinka onnistuimme tämän kehittämistyön vetäjinä sekä siitä, millaiseksi he ovat tiimin toiminnan kokeneet (liite 9). Polven tekonivelleikkauspotilaan kehittämistyön vaiheet esitämme kuviossa 12.



KUVIO 12. Kehittämistyön vaiheet Demingin (PDCA) -mallia mukailien

6.4.2 Toteutus, Do

Kehittämisen toteutuksessa eli Do -vaiheessa suunniteltua muutosta ja kehittämiskohteita lähdetään testaamaan ja toteuttamaan (Borgman & Packalen 2002, 21 - 26; Laamanen 2008, 48 - 49). Toteutusvaiheessa seurataan suunnitelmien etenemistä ja niiden toteutumista (Laamanen 2008, 48). Hyvät toimintamallit eivät välttämättä siirry yksiköiden välillä, eikä niitä olla valmiita arvioimaan oman toiminnan kehittämisessä. Jokaisen työyhteisön jäsenen perustyön tulisi sisältää uuden oppimista, sillä suurin osa kehittämistoiminnasta tapahtuu juuri käytännön työssä. (Holopainen ym. 2013, 19 - 26; Rissanen & Lammintakanen 2011, 34 - 36; Viitala 2008, 224 - 227.)

Kehittämistä tulisi ajoittain tehdä paitsi moniammatillisesti myös yli omien työyksikörajojen laajemman näkökulman aikaansaamiseksi. Potilaan yksityisyys huomioiden, ohjaus pyritään toteuttamaan asiakaslähtöisesti kiireettömässä ilmapiirissä ja rauhallisessa ympäristössä, sille erikseen varatussa tilassa. Näin mahdollistetaan potilaalle edellytykset ohjauksen hyvään omaksumiseen. Tämä tapahtuu hyvissä ajoin ennen leikkausta, jolloin potilaille jää aikaa järjestelyihin ja leikkaukseen valmistautumiseen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10 - 17.) Hyryn kangas-Järvenpään (2000, 124) tutkimuksessa nousi esille potilaiden mielipide kiireettömyyden tunteen tärkeydestä myös puhelimessa, ja se, ettei tilannetta ei tulisi keskeyttää tarpeettomasti.

Aineiston analysointi

Litteroinnissa eli aukikirjoittamisessa haastatteluaineisto kirjoitetaan tekstimuotoiseksi (Kananen 2012, 109). Haastattelun litteroinnin tulisi tapahtua mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Haastattelun laatua parantaa se, että tutkijat itse sekä haastattelevat että litteroivat haastatteluaineiston. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185; Hirsjärvi ym. 2012, 221) Haastattelut kirjoitimme kirjalliseen muotoon välittömästi haastattelujen jälkeen, ja teimme niistä kirjallisen yhteenvedon. Haastatteluaineistoon emme tallenneet potilaiden henkilötietoja, koska tarkoituksenamme oli kerätä potilasohjaukseen liittyvää tietoa. Tutkimusaineistossa ei käytetä haastateltavien nimiä eikä mitään muuta sellaista tietoa, josta haastateltavan voisi tunnistaa.

Vastaukset teemoiteltiin, ja syntyneen aineiston pohjalta luotiin yhdessä kehittämissiimin kanssa uusi toimintamalli ohjauksen tueksi. Uusi malli otetaan käyttöön uuden

toiminnan pohjaksi. Toimintaa muutetaan, analysoidaan, kehitetään ja arvioidaan. Uusi malli vakiintuu käytäntöön, mutta oppimisen, kehittämisen ja toiminnan kyseenalaistamisen sykli on jatkuva ja päättymätön kehä. Tutkimusaineisto tulee hävittää aineiston analysoinnin jälkeen (Heikkinen ym. 2010b, 64 - 65.)

Teemahaastattelun tulokset

Laadullisessa tutkimuksessa teemahaastattelulla pyritään saamaan ymmärrystä jostain ilmiöstä. Haastateltavien joukko (taulukko 1) oli pieni, mutta neljännen haastateltavan kohdalla osa tuloksista satureitui eli vastaukset alkoivat toistaa itseään (Kananen 2012, 101, 109). Haastattelut kestivät 30 - 45 minuuttia. Keskimääräinen haastattelun kesto oli 40 minuuttia.

TAULUKKO 1. Haastateltavien (n=4) taustatiedot

Taustamuuttuja	Muuttujan arvo	n
Sukupuoli	nainen	3
	mies	1
Ikäjakaus	61 - 70 v	1
	71 - 80 v	3
Asuminen yksin/ jonkun kanssa	yksin	0
	puolison kanssa	4
Asumismuoto	omakotitalo	2
	rivitalo	1
	palvelutalo	1
Asuinpaikka	kaupunki	2
	taajaman	2
	ulkopuolella	
Läheiset mukana ohjauksessa	kyllä	0
	ei	4

Taustatiedoiltaan haastateltavat olivat samankaltaisia kuin tämän potilasryhmän leikkauspotilaat keskimäärin ovat eli 75 % oli naisia ja suurin osa oli iältään yli 70 - vuotiaita. Puolet asui kaupunkialueella ja toinen puoli taajama-alueen ulkopuolella. Läheisiä ei ollut kenelläkään ollut mukana ohjaustilanteissa, ja myös haastattelutilanteessa haastateltavat olivat yksin. Puolella haastateltavista oli ensimmäisen polven leikkaus, ja puolella haastateltavista oli toinen polvi leikattu jo aikaisemmin. Yhdelle haastateltavista oli mahdollisesti tulossa jatkossa myös toisen polven tekonivelleikka-

us, leikkauspäätöstä ei kuitenkaan ollut vielä tehty. Haastattelun tulokset raportoimme teemahaastattelurungon (liite 1) kysymysten mukaisesti. Olemme keränneet teemojen alle esimerkeiksi sellaisia suoria lainauksia haastatteluista, jotka olivat merkityksellisiä ilmaisuja (Kylmä & Juvakka 2007, 117).

1. Potilaiden kokemukset ohjauksesta

Ohjauksen oikea-aikaisuus ja riittävyys

Kääriäisen (2007, 120 - 121) tutkimuksen mukaan potilaat eivät saaneet riittävästi ohjausta ennen sairaalaan tuloa. Tässä tutkimuksessa ohjaus koettiin suurimmaksi osaksi riittäväksi ja oikea-aikaiseksi, paitsi yhden haastateltavan kohdalla, jonka leikkaus oli siirtynyt kolmella vuodella eteenpäin perussairauksien johdosta. Hän ei ollut saanut uusia sairaanhoitajan ja fysioterapeutin leikkaukseen valmentavia ohjauksia, ja olisi kokenut ne erittäin tarpeellisiksi. Ensimmäinen ohjaustilanne haastateltavalla oli ollut jonohoitajan puhelinohjaus ja seuraava preoperatiivinen leiko -ohjaus, jonka haastateltava koki ajallisesti liian myöhäisenä. Preoperatiivista fysioterapeutin ohjausta potilaalla ei myöskään ollut, eikä halukkuutta ohjaukseen ollut kysytty.

”Enemmän vois antaa ohjausta.” ja ”Ennen leikkausta enemmän tietoa sairaalassa.”

”Ainakin vanhemmat ihmiset ei taho oikein ymmärtää, sitä tulee niin paljon kerralla.”

Hammaslääkärin käynnit olivat kaikki haastateltavat käyneet ajallaan, ja myös infektioiden hoito oli jokaiselle ohjattu. Iho oli tarkastettu kaikilta, ja apuvälineet ohjattu hakemaan, ja kaikki neljä olivat ne myös noutaneet ennen leikkausta. Kukaan ei tuntenut saaneensa liikaa ohjausta. Vaikka kahdelta haastateltavaltamme toinen polvi oli leikattu jo aiemmin, kokivat hekin kaikki käydyt ohjauskäynnit tarpeellisiksi.

”Hyvä on niitä ohjauksia uusia, kertaus on opintojen äiti.”

Haastateltavat eivät tupakoineet, eikä heillä ollut päihteiden käyttöä. Kipua oli ennen leikkausta hoidettu injektioilla, ja kipulääkkeillä, jo terveyskeskuksessa. Leikkaukseen odotteluaikana kaikilla oli ollut kipulääkkeet käytössä. Terveyskeskuksessa annettavaa hoitajan ohjausta eivät haastateltavat kaivanneet, vaan ensimmäinen hoitajan antama

leikkaukseen valmentava ohjaus kirurgian poliklinikalla koettiin hyväksi ja oikea-aikaiseksi. Yhden haastateltavan kohdalla nousi haastattelussa esille ylipaino. Painon pudotuksen ohjausta hän ei ollut saanut. Ravitsemusterapeutille ei haastateltavaa ollut myöskään ohjattu ja hänen käsitys aiheesta oli, että:

”Nykyisin ei painon pudotukseen enää silleen ohjata”.

Kaikki haastateltavat pitivät postoperatiivista fysioterapeutin kontrollia erittäin tarpeellisena. Myös ajankohta ensimmäiselle kontrollikäynnille, kolmen viikon kuluttua leikkauksesta, koettiin hyväksi.

”Leikkauksen jälkeinen fysioterapia paikallaan.”

”Ei olis jaksanut aiemmin.”

”Kolmen viikon kontrolli oli tosi hyvä, ja oikeaan aikaan, tietää missä mennään, mitä pitää tehdä enemmän, ei oo liian myöhäistä korjata tarvittaessa, eikä ole varma tekeekö oikein, oikeita juttuja.”

Postoperatiiviseen kuntoutusryhmän ohjaustila mietitytti kahta haastateltavaa:

”Mahtuuko sinne aina?”

”Mitäs jos ei mahdukaan?”

Ohjauksen yhteneväisyys

Puolella haastateltavista kokemukset ohjauksen yhteneväisyydestä olivat myönteisiä. Yksi vastaaja vertasi kokemustaan edelliseen leikkauskertaan, jolloin oli päässyt liikkeelle jo leikkauspäivän iltana, nyt se ei ollut mahdollistunut. Muut haastateltavat olivat päässeet liikkeelle leikkausiltana, jos olivat halunneet.

Ohjauksen ymmärrettävyys

Ohjauksen antajien ammatillisuutta kuvasivat kaikki vastaajat yhteneväisesti hyväksi: *”ammattitaitoista”* ja *”turvallista, hyvin pidettiin huolta”*. Kaikkien haastateltavien mielestä ohjaus oli lisäksi ymmärrettävää ja selkeää.

”Kaikki ymmärsi.”

”Selvällä suomen kielellä.”

Ohjausilmapiiri ja mahdollisuus omien mielipiteiden ilmaisuun

Yksi haastateltavista koki, että ohjaajalla oli kiire, kun taas kahden haastateltavan mielestä ilmapiiri oli rauhallinen. Yhden haastateltavan kohdalla asia ei noussut esille haastattelutilanteessa. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ja he saivat ilmaista mielipiteensä ohjaustilanteessa, jos siihen oli tarvetta. Yksi haastateltava kommentoi: *”kuunneltiin ja otettiin huomioon, apua sai, jos tarvitsi”*. Kaksi haastateltavista oli erittäin tyytyväisiä, kun leikkausaika järjestyi juuri heidän toivomanaan ajanjaksona. He saivat järjestettyä kotiasiansa kuntoon, niin että pystyivät tulemaan leikkaukseen. Yksi haastateltu koki, että hänellä ei ollut tarvetta vaikuttaa ohjaukseen:

”En mie ainakaan vaikuttanut, en pistänyt vastaan, mitäs sitä meikäläisen”.

Yksilö- ja ryhmäohjauskokemukset

Puolet haastateltavista ei ollut saanut valmentavaa fysioterapeutin ohjausta, eikä ollut käynyt myöskään preoperatiivisella fysioterapiakäynnillä. Toiselle näistä haastateltavista oli tarjottu valmentavaa fysioterapiaohjausta, mutta hän oli kokenut, että hänellä ei ollut aikaa, eikä mahdollisuutta mennä ohjaukseen. Haastateltava kertoi jumppaavansa itse *”joka aamu tunnin ennen ylösnousua”*. Preoperatiivista fysioterapiaohjausta ei ollut hänelle tarjottu.

Toinen vastaajista, jonka leikkaus oli siirtynyt kolmella vuodella, olisi ehdottomasti kaivannut uutta valmentavaa fysioterapeutin ohjausta, sillä edellisestä oli hänen mukaansa kulunut liian kauan. Haastateltavaa ei ollut ohjattu, eikä häneltä myöskään ollut kysytty halukkuutta leikkaukseen valmentaviin ohjauksiin tai preoperatiiviseen fysioterapeutin ohjaukseen. Postoperatiivisen fysioterapeutin kontrollin hän oli käynyt. Hän koki, että yksilöohjaus olisi parempi, *”henkilökohtainen”*, mutta ryhmäohjauskin on hyvä.

Puolet haastateltavista oli käynyt fysioterapeutin leikkaukseen valmentavissa, preoperatiivisissa ja postoperatiivisissa ohjauksissa. Leikkausta edeltävät ohjauskäynnit olivat olleet toisella haastateltavalla ryhmäohjauksia, eikä hän ollut kaivannut yksilöohjausta. Allasryhmät hän oli tosin kokenut liian täysiksi, ja kertoi, että oli lähtenyt pois jo ennen altaaseen menoa. Kuntoryhmät hän oli myös kokenut terveyskeskuksessa tilojen puolesta ahtaiksi. Postoperatiiviset kontrollikäynnit olivat hänen mielestään parempia juuri yksilöohjauksina. Toinen, kaikki fysioterapeutin ohjaukset käynyt haastateltava koki, että kaikki ohjauskäynnit olivat olleet tarpeellisia. Yksilöohjaukset hän oli kokenut parempina, mutta taas ryhmässä saadun vertaistuen, hän oli kokenut hyväksi. Allasryhmäkäyntejä hän olisi kaivannut lisää.

”Kun kunto ei ollut kauheen hyvä, niin vesijumppaa olisi voinut olla enemmän, sitä jäi kaipaamaan ja se auttoi kipuun ja helpotti harjoittelua”.

Ohjausta estäviä tekijöitä

Ohjausta estävänä tekijänä yksi haastateltava koki kiireen: *”siellä oli hirmu kiire”*, kun toinen taas oli kokenut, että kiireen tuntua ei ollut. Kahden mielestä ei ollut ilmennyt ohjausta estäviä tekijöitä. Häiriötekijöitä ei ilmennyt ja ohjaustilat olivat rauhalliset tai tarvittaessa oli etsitty rauhallinen paikka ohjaukselle. Preoperatiivisessa fysioterapeutin ohjauksessa oli yhtä haastateltavaa vähän hirvittänyt, kun polveen laitettavia proteesin osia oli esitelty.

”Kauheelta näytti se polvi, kun näyttivät, mitä sinne laitetaan.”

Toinen haastateltava taas koki proteesin osien eli *”murikan”* esittelyn hyvänä.

Kehitysehdotuksia ohjaukseen

Ohjauskertojen määrän ja vesijumpan lisäämisen, sekä ohjauksen kertaamisen lisäksi, ei haastateltavilta noussut esille muita lisätoiveita tai ohjauksen kehitysehdotuksia.

”Ei tuu mittään mieleen, ei kehitettävää. Sitä on tottunut, että kaikki tehdään valmiiks.”

”Kuntoutus leikkauksen jälkeen erittäin tärkeää, enemmän vesijumppaa tai muuta jumppaa.”

2. Ohjauksen hyöty kotona selviytymiseen

Kotiutuminen hieman arvelutti puolta haastateltavista, mutta varsinaisia pelon tunteita se ei herättänyt. Kukaan haastateltavista ei asunut yksin, vaan heillä oli puoliso kotona kotiutusvaiheessa. Kolme haastateltavaa kotiutui suoraan kotiin, ja yhdelle heistä tuli tytär vielä avuksi muutaman päivän ajaksi. Yksi haastateltavista meni suoraan tyttären luo pariksi päiväksi leikkauksen jälkeen.

Kaikki haastateltavat olivat saaneet osastolla ollessa sairaanhoitajan ja fysioterapeutin ohjausta kotona selviytymisen tueksi. Kaikki kokivat myös ohjauksesta olleen hyötyä leikkauksen jälkeiseen kotiutumiseen. Kokosimme yhteen haastateltaviemme toteamuksia siitä, mitä kotiuttamiseen liittyvästä ohjauksesta oli jäänyt mieleen (kuvio 13).



KUVIO 13. Potilaiden kokemukset kotiuttamiseen liittyvästä ohjauksesta

Kolme haastateltavista kotiutui turvallisin mielin, mutta yhtä heistä vähän arvelutti, että miten hän kotona selviää. Ongelmaksi hän koki lähinnä ovien avaamisen sauvojen kanssa.

”Olisi voinut olla sairaalassa pidempäänkin.”

”Olisin voinut olla vaikka viikon, mutta eivät pitäneet.”

Vähän huterat olo sauvojen kanssa esti myös turvallista kotiutumisen tunnetta yhdellä haastateltavalla. Toinen taas pohti sitä, kun ei tarkalleen tiedä, mitä se normaali paraneminen on. Tämän haastateltavan kohdalla tuli keskustelussa esille mahdollinen vaihtoehto siitä, että kuinka hän olisi kokenut, jos hoitaja olisi soittanut hänelle kotiin kolme - neljä vuorokautta kotiutumisen jälkeen ja kysellyt vointia? Potilas kertoi, että tällaisen hoitajan postoperatiivisen soiton hän olisi kokenut hyvänä ja turvallisuutta lisäävänä tekijänä.

3. Ohjauksen antama kokonaiskuva polven tekonivelleikkausprosessista

Haastateltavilta ei saatu oikein selkeitä vastauksia ohjauksen antamaa kokonaiskuvaava kattavaan kysymykseen. Yksi haastateltava koki, että olisi hyvä jos tietäisi jo leikkauuspäätöksen tekovaiheessa, mitä koko prosessin edetessä tulee tapahtumaan.

”Kokonaiskuva olis varmaan hyvä, jos siinä vaiheessa jo tietäs, varmaan riiti näin, mutta olis varmaan hyvä tietää mitä oli tulossa, niin vois orjentautuu.”

Muut haastateltavat taas kokivat, että oli hyvä kun ohjaus tuli pienemmissä erissä, ja tiedon ennätti saada ohjattavista asioista sitä mukaan kun ohjusta annettiin.

”Hyvä, että ohjaus tuli pienemmissä osissa; tuli sitä mukaan, kun asiat etenivät.”

”Asiat tuli sitä mukaan kun ohjausaikoja tuli, ja ne selvisi kaikki siellä.”

”Ei tarvii tulla liikaa tietoa kerralla, parempi näin pätkissä, ei voi muistaa kaikkea kerralla.”

”Erittäin hyvä kokonaisuutena.”

4. Potilaiden kommentteja avoimeen kysymykseen

Potilaiden kommentit avoimeen kysymykseen sisälsivät sekä myönteisiä että mieltä askarruttavia asioita. Myönteisinä he kokivat:

”Ehottomasti tämä asia on sitten niin, että elämänlaatu paranee, pääsee vielä juoksemaan ja kävelemään, se ei ole sitä jatkuvaa kipujen kanssa menemistä.”

”Itelleen pitää vaan ensin selvittää, että tähän projektiin lähetään ja sitoudutaan.”

”Iloinen kun kaikki on niin hyvin mennyt, ei oo mittää semmoista mitä ossois sanoo.”

”Ruvetaan valssaamaan, niin kyllä se siitä hoituu.”

Mieltä askarruttavia asioita olivat:

”Tää on ihmiselle iso asia, sitä ei silloin ajatellut, kun siihen lähti mukaan, että polvet pitää leikata. Sinne ei mennäkkään suit sait ja suke- laan, se on pitkäaikainen juttu ja yksilöllinen toipuminen, kaikki asiat selvitettävä ensin itselle, sit menee omalla painollaan.”

”Jos vielä pääsis pyörällä ajamaan, olin kova pyöräilemään aikaisem- min. En saanut jalkaa yli tangon, jalka teki temput, tytär osti mummulle sellaisen matalarunkoisen pyörän.”

”Jos on polvinivel loppu, se pittää vaihtaa, leikkauksia ei saa lopettaa”

”Ihmettelen, että miten pärjää jos molemmat polvet on leikattu yhtä ai- kaa.”

5. Uusia haastatteluista esiinnousseita teemoja

Aineistoa analysoitaessa voi haastattelun ulkopuolelta nousta esiin muita teemoja (Hirsjärvi & Hurme 2010, 173; Kananen 2012, 62). Näin kävi myös meidän haastatte- luissa. Niitä analysoitaessa uusiksi teema-alueiksi nousivat potilaan kokemukset ja kipulääkityksestä, sekä kokemus leiko -potilaana leikkaukseen tulemisesta.

Potilaiden kipukokemukset

Haastateltavat kokivat, että leikkauksen jälkeinen kipu oli kaikilla hallinnassa leikka- uksen jälkeen sekä leikkausosastolla että heräämössä, samoin myös vuodeosastolla. Kaikki kokivat saaneensa riittävästi kipulääkettä, sitä sekä tarjottiin, että pyydettyä annettiin.

”Kipua ei ollut, esilääke sumusti niin, että tunne kuin leikkaus olisi mennyt viiteentoista minuuttiin.”

”Heräämössä oli hyvä tunne, koska saan aamukahvin?”

Kaksi haastateltavaa koki kylmäpakkaukset erittäin hyvinä turvotuksen ja kivunhoidon menetelminä.

”Ei tarvii niitä särkylääkkeitä.” ”Kylmäpakkaukset kaksi - kolme kertaa päivässä auttoi, ei turvotusta, yöt oli hankalimmat.”

Puolet haastatelluista oli kokenut polven kivun kanssa odottelun terveyskeskuksessa hankalaksi ja pitkäksi, ennen kuin oli selvinnyt kivun varsinainen syy, ja olivat saaneet lähetteen erikoissairaanhoidon. Yksi haastateltava oli tullut yksityislääkäriaseman kautta, sillä ei ollut saanut apua polven kipuun terveyskeskukselta.

Haastateltavat olivat saaneet leikkauksen jälkeiset kipu- ja tukoksenestolääkeresepit joko preoperatiivisella ortopedin käynnillä tai kotiutuessa. Puolet haastatelluista oli katsonut yhdessä ortopedin kanssa potilaalle tutut kipulääkkeet, ja he olivat saaneet jo tuolloin reseptit mukaan, ja hakeneet lääkkeitä jo ennen leikkausta kotiin valmiiksi. He olivat tyytyväisiä käytäntöön. Yksi potilas oli saanut reseptit kotiutuessa, eikä hänelläkään ollut ongelmaa lääkityksen sopivuuden kanssa, sillä lääkkeet olivat tuttuja, samoja kuin mitä hänellä oli ollut aikaisemminkin. Myöskään neljännellä haastateltavalla ei ollut ongelmaa kipulääkkeen sopivuuden kanssa.

Kokemukset leiko-potilaana olosta

Kaikki haastattelemamme potilaat tulivat suoraan kotoa leikkaukseen leikkausaamuna ja kaikki olivat myös tyytyväisiä tähän käytäntöön.

”Tämä on sillä lailla hyvä, ei tarvinnut ootella aamuun, kotoa sai lähteä.”

Yhden haastateltavan kokemus oli vertaileva: *”Tämä on parempi kuin edellisellä kerralla, kun olin tullut edellisenä iltana osastolle”.*

Preoperatiivinen käynti leiko-osastolla: *”Ihan hyvin meni, mie olin se viimeinen, mutta ei pitkälle tuntunut se oottaminen”.*

Leiko -käynti koettiin hyvänä myös toisen polven leikkauksen yhteydessä: *”hyvä kun varmistetaan, että kaikki on kunnossa, iho ja anestesia lääkäri”*. Positiivisena koettiin lisäksi se, kun sama anestesia lääkäri oli ollut potilaalla sekä preoperatiivisella käynnillä että leikkauksessa.

Polven tekonivelleikkauspotilaan ohjauksen kehittämisaalueet

Kehittämistiimin palaverissa syntyi useita ehdotuksia ohjausprosessin kehittämiseksi (liite 7). Toisen kehittämistiimin palaverin jälkeen otimme yhteyttä perusterveydenhuollon vastaanoton osastonhoitajaan, sillä hän oli estynyt saapumasta tammikuun palaveriin. Saimme palaverin järjestymään helmikuun alkuun ja paikalla olivat myös apulaisosastonhoitajat Savonlinnasta ja Kerimäeltä. Keskustelimme kehittämisen vaiheista ja prosessikuvauksesta perusterveydenhuollon puolella. Perusterveydenhuollon puolella ei sairaanhoitaja tapaa potilasta lääkärin vastaanoton jälkeen, vaan ensimmäinen tapaaminen on mahdollisesti vasta hakasten poiston yhteydessä leikkauksen jälkeen.

Keskustelimme myös kehittämistiimissä esiin nousseesta ehdotuksesta, että lääkäri tekisi lähetteen samalla suoraan perusterveydenhuollon fysioterapiaan polven kuntoutukseen ja tarvittaessa myös ravitsemusterapeutille kun laittaa lähetteen leikkausarvioon erikoissairaanhoidon. Osastonhoitaja lupasi viedä asiaa eteenpäin lääkäreille. Näin saataisiin perusterveydenhuollon fysioterapiayksikkö kytkettyä potilaan prosessiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Kuviot 14 ja 15). Tämä mahdollistaa myös polven lihasten kuntoutuessa leikkauksen peruuntumisen tarpeettomana tai mahdollisesti siirron myöhäisempään ajankohtaan. Tämä kehittämissuunnitelma on jo esitetty perusterveydenhuoltoon ja se on saanut hyvän vastaanoton.

Kirurgian poliklinikalla potilaan leikkauspäätöksen yhteydessä annettavasta sairaanhoitajan ja perusterveydenhuollon fysioterapeutin antamasta preoperatiivisesta ohjauksesta ehdotettiin jatkossa käytettäväksi nimitystä leikkaukseen valmentava ohjaus. Tämä toinen kehittämis ehdotus selkeyttää ennen leikkausta eri yksiköissä annettavia ohjauksia. Uusi nimike sai hyvän vastaanoton, ja on otettu jo käyttöön kirurgian poliklinikalla. Koko hoitopolun selkeyttävää kuvausta potilaalle, ehdotettiin kuvattavaksi joko kuvakirjan tai janan muodossa. Selvitetyämme kaikkien potilaan prosessiin osallistuvien yksiköiden osuuden potilaan polun eri vaiheissa, teimme potilaan polkua

kuvaavan kuvion jana-muotoon. Potilaan prosessi alkaa kotoa ja päättyy potilaan viimeiseen röntgenkontrolliin perusterveydenhuollossa 5 vuoden kuluttua leikkauksesta. Kuvaus kattaa kaikki potilaan leikkaukseen liittyvät eri vaiheet. Tarkoitus on, että kuvausta voidaan hyödyntää jokaisessa potilaan ohjauspisteessä selkeyttämään potilaalle leikkaukseen liittyvät prosessin eri vaiheet. Prosessin kuvio toimii myös hoitotyöntekijöiden ”muistina”, ja ohjauksen apuna selkeyttämään mitä kaikki eri osioita potilaan prosessiin kuuluu. Teimme potilaan hoitoprosessia kuvaavat janat jotka esitimme kolmannessa tiimipalaverissa (kuviot 14 ja 15).

Kipulääkereseptien kirjoittamista valmiiksi jo preoperatiivisella ortopedin poliklinikalla tulisi välttää, sillä osalle potilaista valmiiksi kirjoitetut kipulääkkeet eivät välttämättä sovi. Ongelma tulee esille, kun osastolla ollessa potilaalle annetaan kyseisiä kipulääkkeitä, ja ne eivät sovi potilaalle. Usein tuossa vaiheessa potilas on jo hakenut lääkkeet valmiiksi kotiin ennen osastolle tuloa. Kehittämisehdotus on, että potilaita ohjataan hakemaan kipulääkkeet vasta kotiututtuaan. Lääkärille esitetään, että reseptit kirjoitetaan vasta potilaan kotiutumisvaiheessa, jolloin potilas on jo ennätännyt syödä lääkkeitä osastolla ja niiden sopivuus on varmistettu.

Sähköistä ajanvarausta kansalaisen ajanvarausohjelman kautta ehdotettiin otettavaksi käyttöön leikkauspotilaiden kohdalla. Tekonivelpotilailla tulee olla hammasluuston röntgenkuva otettuna ja hampaisto hoidettuna ennen leikkausta. Osalla potilaista leikkaukseen pääsy on viivästynyt, sillä hammaslääkärin käynti on ollut varaamatta. Sähköinen ajanvaraus nopeuttaisi potilaan riittävän aikaista hammaslääkärille pääsyä. Kehittämisehdotuksena on, että potilaita ohjataan sähköisen ajanvarauksen käyttöön ja myös hoitohenkilökunta varaisi tarvittaessa ajan potilaalle suoraan ajanvarausohjelman kautta.

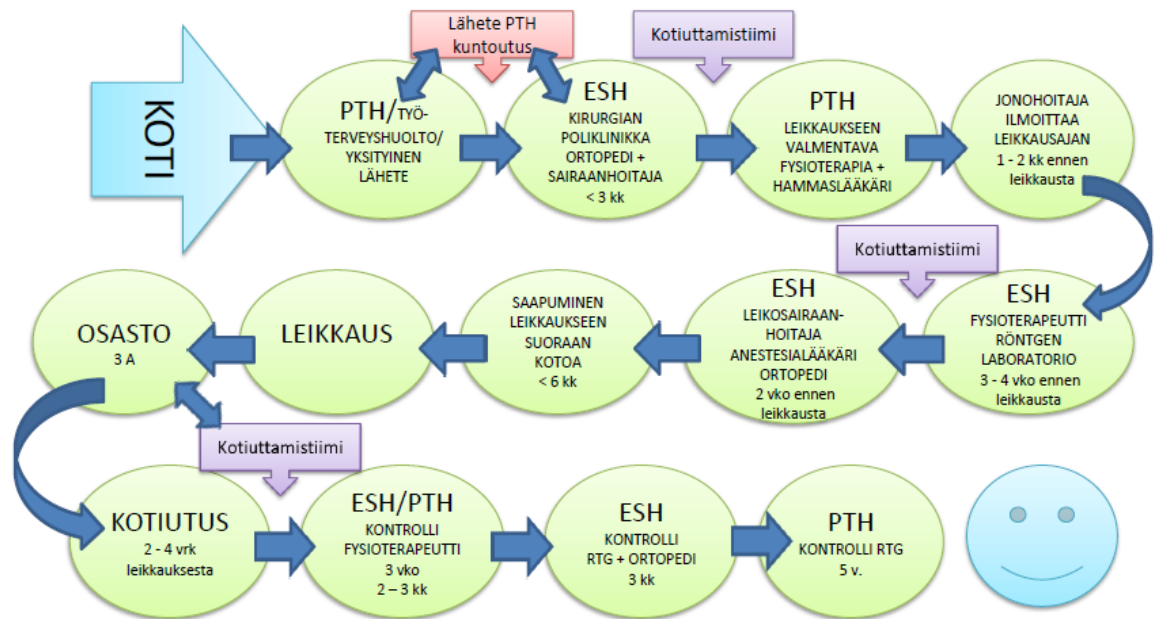
Kuudentena asiana nousi sairaanhoitajan postoperatiivinen soitto potilaalle kolme - neljä vuorokautta kotiutumisen jälkeen. Pohdimme, tulisiko se potilaiden turvallisuudentunnetta ja mahdollistaisiko se näin yhä useamman potilaan kotiutumisen suoraan erikoissairanhoidosta. Omahoitajan soitto potilaalle vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen ehdotettiin kirjattavaksi vuodeosaston prosessin omaan osakuvaukseen, josta se on tarkoitus levittää käytäntöön. Vuodeosaston kehittämistiimissä oleva osastonhoitaja tai sairaanhoitaja vie tiedon osastotunnille josta sen on tarkoitus jalkautua käytäntöön.

Yksi ehdotus oli **kotiuttamistiimin** mukaan ottaminen leikkauspotilaan prosessiin. Potilaalla on mahdollisuus saada kotiutuessaan alentuneen toimintakyvyn johdosta kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja/tai kotihoidon tukipalveluja jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisen tueksi. Kotiuttamistiimi (sairaanhoitaja ja lähihoitaja), kuuluu perusterveydenhuollon sosiaalipalveluihin ja toimii osana Savonlinnan kotihoidon palveluja. Kotiuttamistiimin tavoitteena on turvata asiakkaiden laadukas ja turvallinen kotiutuminen, ja jatkuvuus esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon vuodeosastolta tai muusta lyhytaikaishoitopaikasta kotiutuessa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2011.)

Nykykäytännössä, kun potilas on laitettu leikkausjonolle, kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja kartoittaa potilaan kotiolot ja keskustelee leikkauksen jälkeisestä kotiutumisesta. Kehittämissuunnitelmana on, että tässä ensimmäisessä vaiheessa huomioidaan kotiuttamistiimin mahdollinen tarve. Jos potilas kokee, että leikkauksen jälkeinen kotiutuminen arveluttaa, tai oma sitoutuminen leikkaukseen valmistautumiseen ei onnistu, otetaan potilaan suostumuksella yhteyttä kotiuttamistiimiin. Toinen potilaan kotiuttamistiimin palveluiden tarve otetaan huomioon fysioterapeutin ja sairaanhoitajan preoperatiivisella ohjauskäynnillä. Tuolloin fysioterapeutti tai sairaanhoitaja ilmoittaa kotiuttamistiimille tarvittaessa joko ennen leikkausta suoritettavan, tai potilaan kotiutumisen jälkeisen käynnin ajankohdan jo alustavasti. Näin kotiuttamistiimi saa tiedon hyvissä ajoin potilaan leikkauksen jälkeisestä palvelutarpeesta, ja voi varautua siihen ennakkoon. Leikkauksen jälkeen osasto 3 A:n hoitaja viestittää kotiuttamistiimille potilaan tarkan kotiutumispäivän, jolloin potilaalle suunniteltu kotikäynti varmistuu. Näin saadaan saumaton ketju potilaan turvalliselle kotiutumiselle ja terveyskeskuksen vuodeosastopaikka jää vapaaksi. (Kuvio 14.)

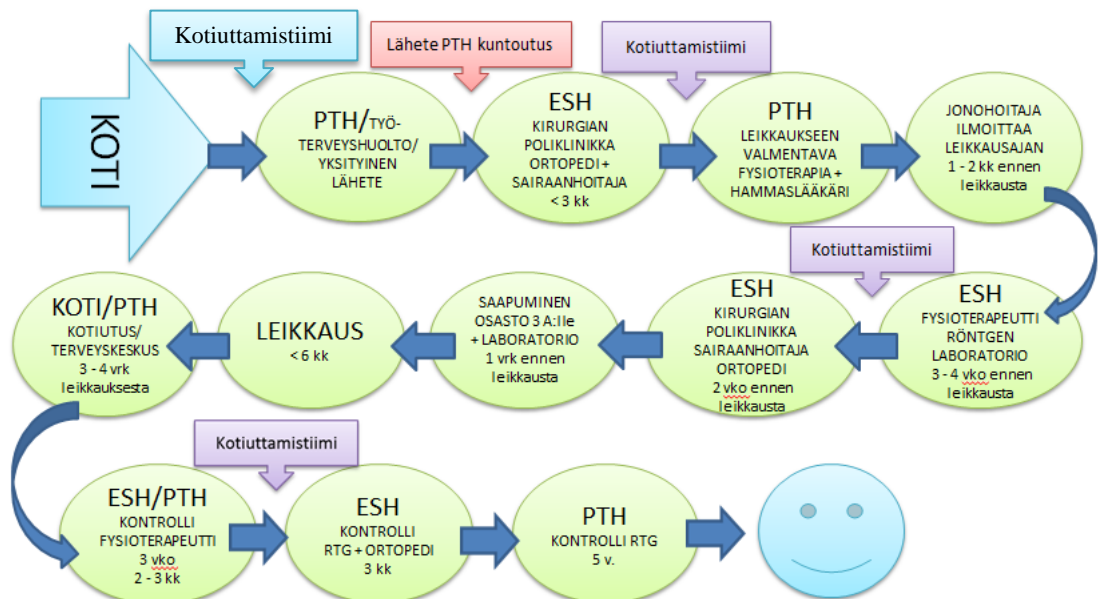
Sosterin strategia (2014 - 2016) ohjaa muutosta, joka pohjautuu tosiasioihin sekä ”toimii kompassina matkalla tulevaisuuteen”. Sen suuntauksena on leikkauspotilaan kotiutuminen suoraan erikoissairaanhoidosta. Yksiportaiseen hoitomalliin siirtymisen seurauksena perusterveydenhuollon kuntoutettavien yksiköiden leikkauspotilaiden jatkohoitopaikat vähenevät, ja ympäristökuntien terveyskeskusten vuodeosastotoiminta muutetaan mahdollisesti tehostetun palveluasumisen yksiköiksi. (Itä-Savon Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.) Leiko-potilaan prosessi kulkee kuvion 14 mukaisesti ja osastolle edeltävänä päivänä saapuvan potilaan prosessi kuvion 15 mukaisesti. Kotiuttamistiimi ja uusi perusterveydenhuollon lähetekäytäntö potilaan kuntoutukseen

ohjauksesta on kytketty potilaan leikkausprosessin kotiutumista edistäviin osa-alueisiin.



KUVIO 14. Polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku, leiko

Yhdessä kotiuttamistiimin kanssa pidetyssä palaverissa maaliskuussa 2014 kartoitettiin polven tekonivelleikkauspotilaan ne prosessin osa-alueet, joissa kotiuttamistiimi voisi tulla mukaan toteuttamaan potilaan turvallista kotiutumista. Olemme kytkeneet ne mukaan hoitopolku -kuvioihin.



KUVIO 15. Polven tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku osaston kautta

Kotiuttamistiimin käynneillä voitaisiin rohkaista potilaita kotiutumaan suoraan leikkauksesta ja lisätä näin heidän turvallisuuden tunnettaan. Kotiuttamistiimin hoitaja voisi olla myös ratkaisu potilaan epävarmaan kuntoutukseen ja haavan hoitoon. Samalla voisi antaa ohjauksen kertausta myös kipulääkkeen käyttöön. Kotiuttamistiimin kanssa pidetyn palaverin jälkeen teimme suunnitelman mihin prosessin vaiheisiin yhteistyö kotiuttamistiimin kanssa muodostuisi saumattomaksi. Se odottaa vain opinnäytetyöntekijöiden toukokuun tiimipalaveria, jolloin suunnitelma esitetään ja tuodaan kaikkien tietoisuuteen ja käytäntöön. Haasteina tulee olemaan henkilökunnan toiminnan muuttaminen ja yhteistyön aloittaminen kotiuttamistiimin kanssa.

6.4.3 Arviointi, Check

Kehittämisen Check- eli arviointivaiheessa tarkastellaan tuloksia, sitä miten Plan-vaiheessa asetettuihin tavoitteisiin on päästy, sekä suoritetaan tarvittavia mittauksia ja havainnoidaan niiden vaikutuksia (Borgman & Packalen 2002, 21 - 26; Laamanen 2008, 48 - 49). Potilasohjauksen kehittämisen arvioinnin tulisi olla jatkuvaa ja potilaslähtöistä, jotta ohjausta voidaan parantaa (Kääriäinen ym. 2006, 12), ja se olisi tuloksellista (Kygäs ym. 2007, 25). Yhteinen osaaminen tulisi pyrkiä tunnistamaan sekä tarkoituksenmukaisesti hyödyntämään ja jakamaan, jotta sitä voidaan arvioida ja kehittää (Lammintakanen 2011, 250 - 252; Viitala 2008, 160 - 161).

Arviointivaiheessa pohditaan, ovatko tieto ja osaaminen prosessissa riittäviä. Arviointia voidaan suorittaa myös yhdessä potilaan kanssa, arvioimalla potilaan tarpeiden mukaisen ohjauksen toteutumista. Ohjauksessa arvioidaan potilaan vastaanottokykyä ja tiedon tarvetta. Tarvittaessa toimintaa muutetaan ja kehitetään. (Eloranta & Virkki 2011, 29.) Alasuutari (2011, 277) toteaa, ettei tutkimusprosessi koskaan lopu, vaan sille täytyy panna piste, ja se täytyy lopettaa raportoimalla tulokset.

Yhteenvedoa ja tulosten tarkastelua

Käyttämämme lähdekirjallisuuden, potilashaastattelujen ja kehittämistiimin pohdintojen perusteella kokosimme yhteen näkemyksiä hyvästä potilasohjauksesta (taulukko 2). Peilasimme niitä Kääriäisen (2007) mallin mukaisiin ohjauksen kokonaislaatuun vaikuttaviin laadun osa-alueisiin (vrt. kuvio 4).

TAULUKKO 2. Yhteenveto hyvästä potilasohjauksesta

OHJAUKSEN RESURSSIT	OHJAUKSEN TOTEUTUS	OHJAUKSEN RIITTÄVYYS	OHJAUKSEN VAIKUTUKSET
yksilöohjaus koet- tiin parhaimmaksi	potilaslähtöistä, yksilöllistä	riittävää	auttaa hoitoon sitoutumisessa
riittävästi aikaa	ohjaajien hyvät vuorovaikutustaidot	ajantasaista	vähentää leikkauspelkoa
rauhallinen ohjaustilanne	vastavuoroista, tavoitteellista	kertaavaa	parantaa kivunhallintaa
turvallisuuden tunne	ymmärrettävää, selkokielistä	sopivassa määrin / osissa annettua	auttaa turvalliseen kotiutumiseen
ei häiriötekijöitä	yhtenäistä, selkeää	täsmälliset ohjeet	motivoi liikkumaan
asianmukaiset tilat	oikea-aikaista		tietää, mihin voi tarv. ottaa yhteyttä

Toisaalta ohjausta estäviksi tekijöiksi nousivat ohjauksen riittämättömyys ja kertauksen tarve. Hoitohenkilökunnan kiire, puutteelliset ja ahtaat tilat olivat joissain tapauksissa olleet hyvää ohjausta estämässä. Hoitoaikojan lyhentyminen vaatii riittävää ohjausta ja täsmällisiä ohjeita.

Haastateltavat kaipasivat ensimmäistä leikkaukseen valmentavaa ohjausta vasta sairaalassa, kun leikkauspäätös oli tehty. Perusterveydenhuollon puolella, kun lähete laitetaan erikoissairaanhoidon, ohjausta ei vielä koettu tarpeelliseksi. Jos leikkaukseen pääsy on venynyt tai sitä on jouduttu siirtämään, esimerkiksi sairauden johdosta, koettiin uudet ohjauskäynnit tarpeellisiksi. Yhden haastateltavan kohdalla valmentavan ohjauksen poisjäänti näkyi myös heikompana polven kuntoutumisena kolmen viikon fysioterapiakontrollin yhteydessä. Mäkelä ym. (2013, 33 - 37) työryhmineen onkin todennut selkeän ja oikea-aikaisen potilasohjauksen lisänneen itseohjautuvuutta, vähentäneen leikkauspelkoa ja vaikuttaneen myönteisesti leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Samoin se auttaa leikkauksen jälkeisessä selviytymisessä ja kuntoutumisessa.

Valmentavaan kuntoutukseen toivottiin enemmän resursseja; tilaa, yksilökäyntejä ja ryhmiä. Valmentavaan ohjaukseen tulisi jatkossa panostaa, jotta potilas saadaan sitoutumaan omaan hoitoonsa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällöin myös po-

tilaan mahdollisimman hyvä ja turvallinen kotitutuminen mahdollistuu. Suun kunnon tarkastuksen ja hammasluuston röntgenkuvauksen, sekä infektioiden hoidon tärkeyden olivat kaikki haastateltavat sisäistäneet leikkaukseen valmentavassa ohjauksessa, ja ne olivat haastateltavien kohdalla toteutuneet hyvin. Kaikki olivat käyneet hammaslääkärissä ja iho oli kaikilla siisti, joten leikkaus voitiin suorittaa suunnitellulla aikataululla. Infektioita ei ollut ilmaantunut kolmen viikon kontrolliin mennessä kellekään haastateltavista. Tupakoinnin ja päihteiden vähentämiseen tai lopettamiseen ohjaukseen ei ollut tarvetta, sillä kukaan haastateltavista ei tupakoinut tai käyttänyt päihteitä. Ravitsemusterapeutille ei ketään ollut ohjattu, vaikka valmentavassa ohjauksessa on siitä ylipainoiselle leikkauspotilaalle ohjeistus.

Turvallisen kotiutumisen ongelmakohdaksi noussut ovien avaaminen sai meidät pohtimaan potilaan osastolla olon kuntoutusta. Potilaita ohjataan omatoimisuuteen, mutta teemmekö kuitenkin vielä huomaamatta asioita potilaan puolesta. Ohjaukseen antama kokonaiskuvaa käsittelevään alueeseen emme olleet saaneet mielestämme oikein asiaa kommentoivia vastauksia. Pohdimme, olisiko kysymyksen asettelu pitänyt olla toisin. Vai oliko kysymys ollut haastateltavien mielestä hankala, ja siihen oli vaikea antaa vastausta. Pohdimme myös, olisiko jokin muu ajankohta ollut parempi ohjauksen kokonaiskuvaa kuvaavalle kysymykselle.

Kipulääkkeen tarkemman ohjeistuksen tarve nousi esille haastatteluista. Esimerkiksi kipulääkkeen asteittainen vähentäminen oli aiheuttanut epäselvyyttä, potilaat eivät oikein tienneet, mitä se käytännössä tarkoittaa. Samoin myös polven kuntoutuksessa oli epäselvyyttä potilaan kotiuduttua. Potilaat olivat epävarmoja siitä, miten polvea saa kuntouttaa ja taivutella haavahakasten kanssa, ja heti niiden poiston jälkeen. Myös jalan turvotukseen ja hematoomaan liittyvät asiat olivat potilaiden mieltä askarruttavia asioita, joihin selkeästi kaivattaisiin tarkempia ohjeistuksia. Haastetta tulee lisäksi tuomaan potilaan oman, aktiivisen roolin, korostaminen ohjauksessa.

Potilaan kotiutuessa voitaisiin vuodeosastolla tehdä potilaan kotikuntoisuuden tarkastus laaditun ”**tsekkauslistan**” mukaan. Se voisi olla, esimerkiksi seuraavanlaiset asiat sisältävä lista:

1. Riittävä ja sopiva kipulääkitys sekä selkeä ohjeistus niiden käyttöön;
Kuinka paljon? Miten pitkään?

2. Vatsasuojälääkkeiden käytön merkitys
3. Laskimotukosten ehkäisylääkityksen merkityksen korostaminen, ja hoidon ohjaus sekä laskimotukoksen oireiden kuvaileminen
4. Haavanhoidon ohjaus ja mahdollisten infektiio-oireiden kertominen sekä ohjaus mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa
5. Haavahakasten poistopäivä ja paikka
6. Tarvittavat reseptit ja kirjalliset ohjeet
7. Kuntoutumisen omavastuunotto ja selkeät ohjeet kuntouttamisesta; Mitä saa tehdä, mitä pitää tehdä, ja milloin?
8. Kotona selviytyminen omatoimisesti tai läheisten/kotiuttamistiimin turvin
9. Jälkitarkastusaika ja mahdollinen sairauslomatoistutus
10. Yhteydenottotiedot

Ohjaus auttaa potilaita sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa ja siihen tulisikin jatkossa panostaa. Ohjauksen tulisi kuitenkin perustua potilaan taustatiedot huomioivaan, yksilölliseen ohjaukseen Potilaiden terveystietämys asettaa omat haasteensa ohjaukselle ja ohjaajille, sillä potilaat ovat entistä tietoisempia omasta hoidostaan ja voivat helposti hankkia tietoa jo etukäteen, esimerkiksi internetistä. Internetin käyttö tuo taas lisähaasteita, koska siellä on niin paljon tietoa, että tiedon rajaaminen ja laadun arviointi voi olla ongelmallista (Kynäs ym. 2007, 61).

Potilasohjaus prosessina on osa leikkauspotilaan koko palveluketjuprosessin kehittämistä asiakkaan hoidon laadun ja palvelun parantamiseksi. Rajapinnat ylittävää, koko prosessin kattavaa, kyselyä potilasohjauksen kokemuksista ja hyödyistä ei ole aiemmin tehty. Tämän tutkimuksen mukaan potilasohjaus oli kokonaisuudessaan potilaiden mielestä hyvää. Pääosin ohjaus koettiin riittäväksi, mutta kertausta kuitenkin toivottiin. Tarkennusta vaatii myös leikkauksen jo aiemmin toisen polven osalta läpikäyneiden ohjaus, johon tulee jatkossa kiinnittää tarkempaa huomiota. Samoin on muistettava huomioida myös niiden potilaiden ohjaus, joiden leikkaus jostain syystä on peruuntunut.

Sosterissa on aiemmin tehty kaksi tekonivelleikkauspotilaiden hoitoon liittyvää opinnäytetyötä. Polviproteesileikattujen potilaiden postoperatiivista kivunhoidon ohjausta ovat tutkineet Hurskainen & Partanen (2008, 31 - 36), ja heidän tutkimuksessaan kävi ilmi etteivät potilaat olleet saaneet riittävästi ohjausta lääkkeettömiin kivunhoitomen-

telmiin. Tämä erosi meidän tutkimustuloksistamme, kuten myös Rannan (2013, 23 - 24) opinnäyteyön tuloksista, joiden mukaan potilaita oli ohjattu myös lääkkeettömään kivunhoitoon, kuten esimerkiksi kylmäpakkausten käyttöön. Kipulääkityksen turvallisen käytöstä olisivat potilaat heidän tutkimuksiensa mukaan kaivanneet lisätietoa, ja samaan tulokseen päädyttiin myös meidän tutkimuksessamme.

Toinen tutkimus koski tekonivelleikatun potilaan intraoperatiivista ohjausta, jota ovat aiemmin tutkineet Jokelainen & Karppinen (2012, 42 - 43). Tyytymättömyyttä oli myös heidän tutkimuksensa mukaan eniten ollut kivun hoidossa, sekä leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen vähäisyydessä. Tämä oli kuntoutuksen riittämättömäksi kokeamisen osalta yhteneväistä meidän tutkimuksen tulosten kanssa.

6.4.4 Toiminta, Act

Kehittämisen Act-vaiheessa pohditaan, mitä on opittu, tutkitaan tuloksia ja suoritetaan korjauksia (Borgman & Packalen 2002, 21 - 26; Laamanen 2008, 48 - 49). Muutosten aikaansaamiseksi on koko työyhteisön tehtävä paljon töitä, sillä kehittäminen on kaikkien yhteinen asia, ja ilman sitoutumista kehittäminen ja laatu eivät jää elämään. (Borgman & Packalen 2002, 138 - 139; Lunnela 2011, 97). Potilaan saamaan palvelun laatuun on panostettava tulevaisuudessa entistä enemmän, kun potilaat voivat itse valita hoitopaikkansa. Meidän jokaisen tulisi kaikilla tasoilla, ja omissa työyksiköissämme kehittää, ja luoda potilasohjausta laadukkaaksi ja potilaita palvelevaksi.

Tulosten juurruttaminen käytäntöön vaatii usein oman, erillisen osallistavan prosessin (Toikko & Rantanen 2009, 62 - 63). Mäkisalonen (1999, 14) mukaan kehittämistoiminnalla muutetaan ja uudistetaan toimintaa yhteisen vision suuntaan. Kehittämistoiminnasta saatu tieto ei täytä näyttöön perustuvan tieteellisen tiedon kriteerejä vaan perustuu seurantaan ja arviointiin (Eriksson ym. 2012, 21).

Potilaan ohjauksen, lähinnä itsensä kuntouttamiseen liittyvän, tulisi alkaa jo perusterveydenhuollon puolella ennen kuin potilaasta laitetaan lähetettä erikoissairaanhoidon. Haastateltavamme eivät kuitenkaan varsinaista ohjausta terveyskeskuksessa käydessään olleet kaivanneet. Vanhusväestön lisääntyessä olisi tällaiseen ennaltaehkäisevään kuntouttamiseen panostaminen ja sillä tavoin itsehoitoon ohjaaminen ensiarvoisen tärkeää.

Mielestämme tämän tutkimuksen tulokset hyvästä potilasohjauksesta olivat niin haastateltujen kuin tiimiläisten vastausten osalta vastaavanlaisia kuin ne tulokset, joihin olimme tutkimuksen lähdeaineistoa kerätessämme tutustuneet. Laadukas potilasohjaus on kaikkea sitä, mitä Kääriäinen (2007, 5) totesi:

”Ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.”

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISET NÄKÖKULMAT

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, ja validiteetti sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Tutkimustulokset on aina tarkoin dokumentoitava, jotta tutkimuksen luotettavuus voidaan varmistaa. Tutkija ei saa tuoda omia mielipiteitään tutkimustuloksiin, vaan tulkintojen tulee pohjautua ainoastaan tutkimusaineistoon. Tutkimus on aina tutkijansa näköinen eikä se voi olla koskaan täysin tutkijasta vapaa, sillä tutkijan kokemus, tiedot ja taidot sekä koulutus vaikuttavat tutkimusprosessiin. (Kananen 2009, 87, 96 - 98).

Tutkimuksen luotettavuutta on aina arvioitava (Hirsjärvi ym. 2012, 232). Laadullinen tutkimus tutkii ihmisen kokemuksia tai niiden merkitystä tutkittavalle. Laadullisen tutkimuksen menetelmiä ovat esimerkiksi haastattelu ja nauhoitus, jolloin ollaan tekemisissä kertomuksien ja merkityksien kanssa. Vaikka ei ole mahdollista saada tilastollisesti yleistettävää tietoa, tutkimus tulee tehdä huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä huolellisuutta noudattaen. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on tekemisissä tutkittavan asian kanssa. Kokemuksia ja valintoja sekä tutkimuksen kulkua kuvaava tutkimuspäiväkirja lisää myös luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Luotettavuutta lisäsimme myös tutkimuspäiväkirjaa

täyttämällä. Pidimme sähköistä tutkimuspäiväkirjaa, joka toimi hyvin kahden tutkijan yhteistyön välineenä.

Laaja-alaisesti aiheeseen liittyvää kirjallisuutta lukien, saimme käsityksen siitä, millaista kirjallisuutta ja tutkittua tietoa potilasohjaukseen liittyi. Aineiston valitsimme harkinnanvaraisesti. Lähteiden käytössä ja lähdemerkinnöissä olemme pyrkineet huolellisuuteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohennetaan selostamalla tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamista mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Esimerkiksi haastattelututkimuksen osalta kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, olosuhteet, mahdolliset häiriötekijät sekä oma arvio haastattelutilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2012, 111, 232.) Haastattelujen suorittamiseen saimme luvan sairaanhoitopiirin johtavalta ylihoitajalta (liite 4). Esitetasimme haastattelulomakkeen ja ennakkoimme haastatteluun kuluvaan aikaa haastattelemalla toisiamme.

Haastatteluun osallistuville korostimme osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta. Haastattelut nauhoitimme, pyydettyämme ensin potilailta nauhoitusluvan, ja litteroimme ne välittömästi haastattelujen jälkeen. Kananen (2012, 108) toteaa digitaalisen nauhurin olevan luotettava tapa haastattelujen tallentamiseen. Näin haastattelija vapautuu ylöskirjoittamisesta ja voi keskittyä itse haastatteluun. Alkuperäisaineistoon on myös helppo palata yhä uudelleen tekemään tarkennuksia. Haastatteluissa tekemämme muistiinpanot potilaan taustatiedoista tuhosimme polttamalla, ja nauhoitukset ”tyhjennettiin” heti aineiston analysoinnin jälkeen.

Tutkimushaastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, sillä siinä haastattelija ja tutkittava ovat suorassa vuorovaikutuksessa keskenään. Haastattelun luotettavuutta saattaa kuitenkin heikentää se, että haastatteluaineisto on tilanne- ja kontekstisidonnaista. Tuloksia tulkittaessa tuleekin huomioda, että haastattelutilanteessa on taipumus antaa sosiaalisesti miellyttäviä vastauksia, ja tutkittavat saattavat puhua toisin kuin muussa yhteydessä. (Alasuutari 2011, 142 - 155; Hirsjärvi ym. 2003, 193 - 196.)

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettinen ennakkoarviointi tehdään aina, kun tutkimus kohdistuu ihmiseen. Siinä arvioidaan tutkittavan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä, vahingoittamisen välttämistä ja tietosuojaa. Tutkija on vastuussa koko tutkimusprosessin ajan tutkittavien eettisyyden ja moraalisuuden säilymisestä. Eettinen herkkyyks koskettaa siis myös tutkimuksen tulosten soveltamista hoitotyön käytäntöön. (Eriksson ym. 2012, 26, 30 - 31.) Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan tutkimuksen toimijoiden ja osallistujien eettisesti painottuvaa suhdetta. Siinä osallistujat kohdataan kanssaihmisinä, jotka ovat jakamassa tutkimuksen yhteistä maailmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 20.) Tutkimustulokset olemme tallentaneet tarkasti, ja esittäneet ne avoimesti ja rehellisesti. Tulokset olemme arvioineet huolellisesti. (Kuula 2011, 34.)

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa korostetaan terveydenhuollossa työskentelevien velvollisuutta kehittää ammattitaitoaan, ja vastuuta siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvää ja sitä kehitetään jatkuvasti. Esimiehen tehtävänä on seurata yksikön toiminnan kehittymistä, ja mahdollistaa työntekijöiden koulutus, jotta asiakaslähtöinen ohjaus on laadukasta ja vaikuttavaa. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996.) Hoitotyöntekijät tarvitsevat työnsä tueksi useamman tieteenalan tutkittua tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaan ja hänen läheisten ohjauksessa (Lunnela 2011, 46).

8 POHDINTAA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessia potilaan näkökulmasta ja saada liitettyä perusterveydenhuolto osaksi prosessia. Kuvasimme potilaan koko hoitoprosessin kotoa leikkaukseen ja osastolta kotiutumiseen. Lisäksi siihen on kytketty kaikki potilaan hoitoprosessiin vaikuttavat hoitotyön eri yksiköt ja potilaan kontrollit. Tarve tälle kehittämistyölle oli työelämälähtöinen, ja se oli noussut auditoinnin myötä yhdeksi kehittämiskohteeksi organisaatiossamme. Kiinnostuimme aiheesta, koska potilasohjaus on osa päivittäistä työtämme ja haluamme tehdä työtämme sydämellä. Saimme soveltaa ylemmän ammattikorkeakoulun johtamisen ja kehittämisen opintoihin liittyviä tiimin vetämisen ja johtamisen taitoja sekä ottaa vastuuta hankkeen vetämisestä ja työelämän kehittämisestä.

Toimimme itse oman työyhteisömme muutosprosessin tutkijoina, joten käytimme kehittämistehtävässämme tutkimusstrategiana osallistavaa toimintatutkimusta. Tämä tuki mielestämme onnistuneesti kehittämistyötämme. Kehittämisprosessin vaiheiden kuvaamiseen, ja sitä jäsentämään valitsimme Demingin PDCA-ympyrän jatkuvan kehittämisen mallin, koska sen vaiheet (plan, do, check ja act) ovat lähes yhtenevät toimintatutkimuksen vaiheiden (käytännönläheisyys, reflektiivisyys ja osallistaminen) kanssa. Se liittyy myös läheisesti laatu- ja potilasturvallisuustyöhön, jota tällä kehittämistyöllä pyritään parantamaan. Kanasen (2009, 28 - 29) mukaan toimintatutkimus sinällään on mainio menetelmä juuri hoito- ja hoiva-alan tutkimuksiin ja kehittämistöiden tekemiseen ja työn kehittämiseen. Kehittämistä voidaan tehdä erilaisissa ja erikokoisissa tiimeissä. Nykytilan kartoittamisesta lähtien voidaan edetä sykleittäin ongelman määrittelyn, parannusehdotusten, kokeilun ja arvioinnin kautta kohti ratkaisua, ja jälleen uusi sykli pyörähtää käyntiin. Testataan välillä ratkaisuja, tehdään johtopäätöksiä, arvioidaan, ja jatketaan taas uudessa syklissä. Tärkeää on luoda toiminnalle myös mitattavat tavoitteet.

Kuvasimme opinnäytetyössämme omaa johtamisen kehittymistä kehittämishankkeen ja tiimin vetäjinä. Käytimme tutkimuksen ja kehittämisen pohjana palaverien muistioita ja tutkimuspäiväkirjaan kirjaamiamme muistiinpanoja. Kehittämistiimissä olimme lähinnä taustavaikuttajina ja ohjaajina, mutta myös osallistuvina jäseninä. Suunnitelimme ohjausprosessin kehittämistä yhteistyössä tiimin kanssa ja veimme kehittämishankkeita eteenpäin. Saimme useita uusia innovatiivisia ideoita ohjausprosessin kehittämiseen ja muutosten organisointiin ja toteutukseen.

Kehittämisen pohjaksi, nykytilaa kartoittamaan, haastattelimme polven tekonivelleikkauspotilaita kartoittaen heidän kokemuksiaan ohjauksesta. Lisäksi keräsimme laaja-alaisesti tausta- ja teoriatietoa kirjallisuudesta ja eri tutkimuksista ja tutkimusartikkeleista. Niihin pohjautuen kehitimme onnistuneesti moniammatillisen kehittämistiimin kanssa potilaslähtöistä polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessia potilaan näkökulmasta. Potilasohjauksen teoria on sovellettavissa myös muiden leikkauspotilasryhmien ohjauksen ja prosessikuvausten kehittämiseen.

Potilaat tarvitsevat leikkauksen jälkeen arjessa selviytymisen tueksi tietoa ja tukea. Ohjauksen tarkoitus on, että potilaalla on leikkaukseen tullessa perussairaudet mahdollisimman hyvässä tasapainossa, hän on leikkaukseen kelpoinen ja komplikaatioiden riski

on minimoitu. Potilas tietää tekonivelleikkauksesta sekä pre- ja postoperatiivisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Laadukas ja onnistunut potilasohjaus vaatii hoitotyöntekijöiden ammatillista osaamista ja ajantasaisia tietoja. Mielestämme kaikissa yksiköissä tulee olla selkeät, yhtenäiset ohjeet siitä, mitä ohjausmateriaalia, ja millaista suullista ohjausta potilaille annetaan. Näin kaikki potilaat saavat tasapuolisesti tarvitsemansa tiedot ja taidot käyttöönsä onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi. Ohjausprosessien kehittämisen ja päivittämisen avulla potilaiden saama ohjaus ja neuvonta yhtenäistyvät ja tarkentuvat. Asiakaslähtöinen potilasohjaus edellyttää kuitenkin aina ammatillista erityisosaamista, vuorovaikutustaitoja ja omien tietojen ja taitojen päivittämistä eli jatkuvaa kouluttautumista. Arkkiatri Risto Pelkonen (2014, 9) mainitsee, etteivät rakenteet paranna ketään, vaan hyvin kouluttautunut ja motivoitunut ammattihenkilöstö niiden sisällä.

Potilasohjaus on viimeisten vuosien aikana muuttunut entistä potilaslähtöisemmäksi. Nykyisin potilaita pyritään saamaan mukaan ja sitoutumaan entistä enemmän omaan hoitoon ja ohjaukseen. Tarkoituksena on saada aikaan pysyviä vaikutuksia potilaan toimintaan. Aiemmasta hoitajakeskeisestä ajattelusta pyritään potilaskeskeiseen, osallistavalla menetelmällä toteutettuun ohjaukseen, jossa huomioidaan paremmin potilas ja hänen taustansa ja tarpeensa. Pelkosen (2014, 9) mukaan kohtuullinen terveys on yksi perustarpeista, se ei ole sairauden puutetta vaan heikentyneen toimintakyvyn kanssa toimeen tulemistä, arjessa selviytymistä, itsenäisyyttä ja omatoimisuutta. Luova ja avoin keskustelu pitävät ilmapiirin raikkaana. Onnistuneen vuorovaikutussuhteen merkitys on mielestämme erittäin olennainen osa ohjauksen onnistumista ja jolla on vaikutusta potilaan itsehoitoon.

Jokainen potilasohjaustilanne on potilaalle ainutkertainen ja usein myös jännittävä. Ohjausta antavat henkilöt ovat jokainen omia persooniaan. Jokainen ohjaa omalla tavallaan, mutta tärkeintä on se, että potilas saa samanlaisia ja yhteneväisiä ohjeita ja neuvoja kaikilta ohjaukseen osallistuneilta, ja että hänet otetaan yksilöllisesti huomioon. Suhonen (2003, 14) totesi tutkimuksessaan, että hoidon yksilöllisyyttä tulisi lisätä kiinnittämällä erityistä huomiota potilaan elämäntilanteeseen ja taustatekijöihin, kuten esimerkiksi elintapoihin, perheeseen ja tottumuksiin. Erityisesti ikääntyneiden potilaiden turvallista kotiutumista pohdittaessa niiden merkitys korostuu.

Voimme olla tyytyväisiä, ja todeta potilasohjauksen onnistuneen, kun meillä on oikea potilas, oikeana päivänä, oikeaan aikaan ja antamiemme ohjeiden mukaan valmistautuneena, odottamassa leikkauksen alkamista. Kun hän vielä tietää, mihin leikkaukseen on menossa, leikkaus sujuu suunnitellusti, kotiutuminen tapahtuu oletettuun aikaan ja toipuminen sujuu ongelmitta, voidaan sanoa, että asiat ovat hyvin ja potilasohjaus on ollut onnistunutta. Tärkeintä kuitenkin on se, että itse potilas on tyytyväinen ja kokee saaneensa hyvää ja laadukasta palvelua.

Tiivistämällä eri toimintayksiköiden yhteistyötä, ja hiomalla rajapintoja voidaan merkittävästi tehostaa ja parantaa leikkauspotilaiden ohjausprosesseja. Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhtenä toimintaperiaatteena on potilaslähtöisyys. Se tarkoittaa, että potilas voi omilla valinnoillaan ja päätöksillään sekä toiminnallaan vaikuttaa omaan terveyteensä ja hoitoonsa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.) Toimivien palveluketjujen ja hoitoprosessien kehittäminen on paitsi haasteellista myös ajankohtaista ja ennen kaikkea työtä selkiyttävää. Hyvä potilasohjaus on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Huono tai laiminlyöty potilasohjaus voi tuhota hyvänkin hoitotuloksen. Koikkalainen & Rauhala (2013, 44 - 46) toteavat asiakaslähtöisyyden olevan ihmisten kohtaamista korostavan toiminnan arvoperusta. Se edellyttää palveluiden järjestämistä asiakaslähtöisesti ja ymmärrystä organisaation kaikilla tasoilla.

Tämä kaikki vaatii hyvän johtamisjärjestelmän, organisaation strategian ja vision sisäistäneen johtajan sekä ammattitaitoisen henkilöstön. Esimiehen on organisoitava työt niin, että ”homma pyörii”, jokainen tietää tehtävänsä ja tuntee vastuunsa. Tämän kaiken mahdollistamiseksi tarvitaan lisäksi asian- ja ajanmukaisia resursseja (tiloja, välineitä, koulutusta). Jotta siihen päästään tarvitaan monen eri ammattilaisen työpanosta ja moniammatillista yhteistyötä. Ei sovi unohtaa myöskään niiden ihmisten työtä, jotka eivät ole suorassa kosketuksessa itse potilaaseen, koska he ovat luomassa sitä toimintaympäristöä ja niitä puitteita, joissa potilaan hoito tapahtuu.

Ryhmän innostaminen vaatii vetäjältä neutraalisuutta ja keskustelun strukturointia. Ryhmän vetäjä on usein itse osa ryhmää, ja siirtyminen asiantuntijan roolista osallistavien ryhmäprosessien vetäjän rooliin vaatii rohkeutta ja taitoa. (Kantojärvi 2012, 14 - 16.) Tämän kehittämistyömme tavoitteena oli oppia ja kehittää taitoja ryhmän vetäjänä. Taustalla tässä työssä meillä oli rajapinnat ylittävä työelämälähtöinen moniammatillinen kehittämistiimi, joka tuki opinnäytetyömme etenemistä. Kehittämistiimin ve-

täminen oli haastavaa ja mielenkiintoista. Mielestämme onnistuimme siinä, sillä tiimi oli alusta asti erittäin innostunut ja kehittämismyönteinen. Kokemuksemme kehittämistiimin kanssa toimimisesta olivat todella positiivisia. Saimme tiimin jäseniltä kannustavaa palautetta ja paljon hyviä kehittämisideoita. Niiden myötä olemme voineet tuottaa uutta tietoa ja tehdä kehittämis ehdotuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämiseksi rajapintoja hioen. Tämä oli yksi opinnäytetyön tavoite, jonka olemme tiimin tuella saavuttaneet. Kiitämme lämpimästi kaikkia tiimiläisiä aktiivisesta ja innostuneesta osallistumisesta kehittämistyöhömmme.

Opinnäytetyömme tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa, mutta myös erittäin haastavaa. Koko hoitoketjun kattavan prosessin kuvaaminen, ja eri yksiköiden yksityiskohtaisten kuvausten saaminen prosessin tueksi oli laaja ja moniulotteinen työ. Itse luomamme tiukka aikataulu asetti rajat, joita pyrimme noudattamaan, jotta opinnäytetyö valmistui suunnitellusti. Myös uuden ohjelman opettelu Sosterin hoitoprosessien kuvaamiseen vei aikaa opinnäytetyön tekemiseltä. Opinnäytetyön ja työelämätiimin ohjaajien kannustava tuki ja kehittämistiimin innokkuus auttoivat jaksamaan, kun oman osaamisen epäily uhkasi vallata mieleämme. Toinen toistamme kannustaen saatoimme työmme kuitenkin omasta mielestämme onnistuneesti ja aikataulussa päätökseen, josta voimme olla ylpeitä. Voimmekin kiteyttää tunnelmat opinnäytetyön onnistumisesta erään haastateltavan kommenttiin ohjauksen kokonaiskuvaa kysyttäessä: ”erittäin hyvä kokonaisuutena”.

”Jos haluat rakentaa laivan, älä patista miehiä menemään metsään hakemaan puuta, sahaamaan sen ja naulaamaan lankut yhteen. Istuta sen sijaan heidän mieleensä halu lähteä merelle.”

(Antione de Saint-Exupery teoksessa Pitkänen 2010, 199.)

Jatkokehittämis ehdotuksia

Uusia ohjausmuotoja ja -tapoja tulee jatkuvasti kehittää, itse ohjauksen kehittämisen ohessa. Valmentavassa ohjauksessa hoitaja ja potilas voivat yhdessä tehdä kotiutus suunnitelman, jonka toimivuuden leiko-sairaanhoitaja ja fysioterapeutti preoperatiivisella käynnillä vielä tarkastavat. Kotiinlähtöpäivä sovitaan alustavasti etukäteen, jotta potilas tietää järjestää kotiin tarvittavan tuen. Vuodeosasto 3A:n sairaanhoitaja tekee potilaan kotikuntoisuustarkastuksen, ja toteuttaa kotiutussuunnitelmaa potilaan kotiutu-

essa yhdessä potilaan ja kotiuttamistiimin kanssa. Yhteinen arvio tuo vastuuta potilaalle itselleen, ja vähentää epätietoisuutta kotiutumisen jälkeen.

Osasto 3A:n postoperatiivinen soitto potilaalle 3 - 4 vuorokautta leikkauksen jälkeen ei vielä toteutunut, mutta kotiuttamistiimin mukaan saaminen auttaa potilasta kotiutumaan jatkossa turvallisesti. Hoitajan postoperatiivinen puhelinsoitto voisi kuitenkin olla kokeilemisen arvoinen. Aluksi sitä voitaisiin kokeilla muutaman potilaan kohdalla, ja saatujen kokemusten mukaan arvioida toimintamallin hyödyllisyyttä jatkossa.

Leikkauksen jälkeinen kipu nousi esille Jokelaisen ja Karppisen (2012) Sosterissa tehdyssä tekonivelleikattujen potilaiden tutkimuksessa, mutta tässä tutkimuksessa kipu ei kohonnut potilaiden kokemuksista ongelmaksi. Pohdimme, olisiko ensimmäisellä tiimipalaverilla, jossa käsiteltiin potilaan leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa, ollut vaikutusta kipulääkityksen antoon, ja ohjaukseen, jotta potilaat pyytäisivät riittävästi kipulääkitystä leikkauksen jälkeen. Jatkossa olisi myös hyvä saada tiimipalaverissakin esiin noussut anestesiaalääkärin LIA-puudutuskoulutus, joka koettiin tarpeelliseksi. Kyseistä puudutusta käytetään lähes kaikilla polven tekonivelleikkauspotilailla ja sen tietämys on vielä hoitohenkilökunnan osalta puutteellista.

Potilaalle voitaisiin jatkossa luoda kirjallisesta ohjausmateriaalista oma kansio tai esimerkiksi DVD-ohje tai omahoidon verkkosivut. Pääsääntöisesti kaikkien potilaiden ensisijainen tavoite on päästä leikkauksen jälkeen suoraan kotiin. Ohjauksen tarkoitus on motivoida potilaita omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen sekä kiittäen ja kannustaen tukea potilaiden itsehoitoisuutta. Tavoitteena on potilaiden saama tasa-arvoinen, yhtenäinen ja laadukas ohjaus, yksilöllisyyttä unohtamatta, jolloin leikkauksen jälkeinen kotiutuminen tapahtuu turvallisesti mielin.

Ohjaustilanteessa on tärkeää rohkaista potilasta puhumaan, ja tarkentavin kysymyksin varmentaa, että asiat on ymmärretty puolin ja toisin. Kuulemisen lisäksi on myös osattava kuunnella. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia sanalliseen tai sanattomaan viestintään liittyviä aiheita tai pohtia kuuntelemisen taitoa.

*”Tärkeimpiä asioita ei kuule korvilla, vain sydämellä kuulee hyvin
- kuulemisella ja kuuntelemisella on siis eroa.”*

(Eloranta & Virkki 2011, 69 - 70)

Jatkossa on hyvä laajentaa prosessikuvausten tekemistä myös muiden leikkauspotilasryhmien piiriin, ja laatia ja päivittää uusia potilasohjeita prosessikuvausten tueksi. Kehittäminen pitäisi saada sisällytettyä hoitotyöntekijöiden arkeen, jolloin saadaan hoitotyöhön näyttöä, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Alati niukkenevien resurssien ja potilaiden hoitopaikan valinnan mahdollisuuden myötä tämänkaltaisia rajapintoja hiovia, asiakaslähtöisiä kehittämistöitä tarvitaan, jotta meillä riittää tyytyväisiä potilaita myös tulevaisuudessa. Ennen kaikkea uskomme sen tuovan uutta sisältöä työhön ja vaikuttavan näin työmotivaatiota ja työilmapiiriä kohentavasti. Tällöin myös työhyvinvointi parantuu ja innostus uusien prosessikuvausten tekemiseen mahdollistuu.

Osa kehittämistyömme tuloksista on käyttökelpoisia ihan sellaisenaan ja osaa voidaan työyksiköissä käydä ”jatkojalostamaan”. Potilasohjaus on asia, joka elää ja jonka kehittäminen on jatkuvaa. Kehittyvän teknologian, uusien hoitokäytänteiden ja väestörakenteen kehityksen myötä kehitettävää riittää myös tulevaisuudessa.

”Matkamies, joka ylittää vuoren tähden suuntaan, joutuu vaaraan unohtaa mikä tähti häntä johdattaa, jos hän syventyy liiaksi kiipeämisen ongelmiin.”

(Antoine de Saint-Exupery 1997, 86)

LÄHTEET

- Aarnikoivu, Henrietta 2008. Esimiehenä arjessa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Alasuutari, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: Vastapaino
- Arokoski, Jari & Kiviranta Ilkka 2012. Nivelrikko. Kiviranta, Ilkka & Järvinen, Markku (toim.) Teoksessa Ortopedia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 125 - 136.
- Borgman, Merja & Packalen, Esa 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.
- Eriksson, Katie, Isola, Arja, Kyngäs, Helvi, Leino- Kilpi, Helena, Lindström, Unni Å., Paavilainen, Eija, Pietilä, Anna-Maija, Salanterä, Sanna, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Förster, Johannes & Pitkänen Mikko 2009. LIA eli Local Infiltration Analgesia - kivunhoitovaihtoehto lonkka- ja polviproteesileikkausten jälkeen. Finnanest 2, 145 - 149. PDF-dokumentti. http://www.finnanest.fi/files/forster_lia.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 5.12.2013.
- Haapala, Maiju 2009. Anestesia- ja sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81180/gradu03993.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.1.2014.
- Harilainen, Arsi, Kallio, Pentti & Kettunen, Jyrki 2012. Polvi. Kiviranta, Ilkka & Järvinen, Markku (toim.) Teoksessa Ortopedia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 415 - 419.
- Haufler, Kimberly & Harrington, Mary 2011. USA. Using Nurse-to Patient Telephone Calls to Reduce Day-of Surgery Cancellations. WWW-dokumentti. <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2811%2900472-8/abstract>. AORN 1, 19 - 25. Ei päivitystietoa. Luettu 2.10.2013.
- Havunen, Risto 2004. Kehitä valmentajan taitojasi esimiestyöskentelyssä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heikkinen, Hannu 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Heikkinen, Hannu, Rovio, Esa & Syrjälä, Leena (toim.) Teoksessa Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Hansaprint Oy. 16 - 38.
- Heikkinen, Hannu, Kontinen, Tiina & Häkkinen, Päivi 2010. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Heikkinen, Hannu, Rovio, Esa & Syrjälä, Leena (toim.) Teoksessa Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Hansaprint Oy. 39 - 76.

Heikkinen, Katja, Johansson, Kirsi, Leino-Kilpi, Helena, Rankinen, Sirkku, Virtanen, Heli & Salanterä, Sanna 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990 - 2003. *Hoitotiede* 3, 120 - 128.

Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Raamattutrukikoda.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holopainen, Arja, Junttila, Kristiina, Jylhä, Virpi, Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Hopia, Hanna, Mattila, Elina, Paavilainen, Eija, Rantanen, Anja & Åstedt-Kurki Päivi 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 4, 24 - 29.

Huovinen, Terhi 2010. Tutkimuksen alkumetrit teoksessa Heikkinen, Hannu & Rovio, Esa & Syrjälä Leena (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Hurskainen Juha & Partanen Marjukka 2008. Lonkka- ja polviproteesileikattujen potilaiden kivunhoidon ohjaus kotona selviytymiseksi potilaiden arvioimana. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hyrynkangas-Järvenpää, Pirkko 2000. Lääkärin puhelinneuvonta. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopisto Oy Juvenes Print.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 121, 1769 - 1773. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.2.2014.

Iivanainen, Ansa, Grek-Stjernberg, Piia, Kallio, Heli, Korhonen, Arja, Korhonen, Sari & Pukki, Tiina 2013. Kirjavuutta haavanhoito-ohjeissa. *Haava* 3, 20 - 21.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Iso-Kivijärvi, Marketta, Keskitalo, Outi, Kukkola, Katja, Ojala, Pia, Olsbo, Annikki, Pohjola, Mervi & Väänänen, Helena 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) *Teoksessa Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. WWW-dokumentti. https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 23.11.2013.

- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012a. Hoito- ja hoivatyön toimintaohjelman kehittämiskohteet. Päivitetty 12.3.2013. Saatavana organisaation intrasta.
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012b. Potilasturvallisuussuunnitelma. PDF-dokumentti.
http://www.isshp.fi/public/dokumentit/potilasturvallisuussuunnitelma_151112.pdf
 Ei päivitystietoa. Luettu 11.1.2014.
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013. Strategia 2014 - 2016. PDF-dokumentti. <http://46.163.243.98/dynasty/sks2/kokous/20131961-3-1.PDF>. Ei päivitystietoa. Luettu 21.1.2014.
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2014. Sosteri. [www.isshp.fi./index.asp](http://www.isshp.fi/index.asp). Ei päivitystietoa. Luettu 1.2.2014.
- iWise2 2014. Deming's PDCA Cycle. <http://www.iwise2.com/deming-pdca-cycle-in-deming>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.2.2014.
- Jokelainen Joel & Karppinen Toni 2012. Tekonivelleikattujen LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely leikkausosastolle. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44904/Jokelainen_Karppinen.pdf?sequence=1. Päivitetty 15.7.2013. Luettu 31.12.2013.
- Kananen, Jorma 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Ijäs, Eva (toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kananen, Jorma 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Ijäs, Eva (toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 101. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Heikkinen, Risto (toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kannus, Pekka 2012. Ikääntyminen ja ortopediset ongelmat. Kiviranta, Ilkka & Järvinen, Markku (toim.) Teoksessa Ortopedia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 466 - 472.
- Kantojärvi, Piritta 2012. Fasilitointi luo uutta. Menesty ryhmän vetäjänä. Liettua: BALTO print.
- Keränen Ulla, Karjalainen Essi, Pitkänen Pertti & Tohmo, Harri 2008. Leikkaukseen kotoa malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen Lääkärilehti 45, 3887 - 3891.
- Kinnunen, Ulla-Mari 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.

- Koikkalainen, Päivi & Rauhala, Liisa 2013. Potilaslähtöisyys - uhka vai mahdollisuus? Tutkiva hoitotyö 2, 44 - 46.
- Koivuranta-Vaara, Päivi (toim.) 2011. Terveystieteen laatuopas. Helsinki: Kuntaliiton verkkojulkaisu. PDF-dokumentti. http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fshop.kunnat.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dduplicates%2Fterveydenhuollon_laatuopas.pdf&ei=9AZ-UpzLCMjV4gSiyIHQDA&usg=AFQjCNFPg7bZ3f78vPEcdGIciBsQMslfsQ&bvm=bv.56146854,d.bGE. Ei päivitystietoa. Luettu 5.2.2014.
- Kuula, Arja 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kvist, Tarja, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Kinnunen, Juha 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 3, 107 - 119.
- Kylmä, Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, Helvi, Kukkurainen, Marja Leena & Mäkeläinen Paula 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 5, 225 - 234.
- Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kähkönen, Outi, Kankkunen, Päivi & Saaranen, Terhi 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 3, 201 - 215.
- Käypä hoito -suositus 2007. Polvi- ja lonkkanivelrikko. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50054.pdf>. Päivitetty 22.10.2012. Luettu 2.4.2013.
- Käypä hoito -suositus 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50066.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 14.9.2013.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.10.2013.
- Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö 4, 10 - 15.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 4, 208 - 216.

- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005b. Käsitemallin ohjaus - käsitteestä hoitotieteeseen. *Hoitotiede* 5, 250 - 257.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. WWW-dokumentti. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/. Ei päivitystietoa. Luettu 30.10.2013.
- Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi & Lahdenperä, Tiina 2005a. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3, 27 - 31.
- Kääriäinen, Maria, Kyngäs Helvi, Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005b. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva Hoitotyö* 1, 10 - 14.
- Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1, 4 - 13.
- Laamanen, Kai 2004. Johda toimintaa prosessien verkkona - ideasta käytäntöön. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Laamanen, Kai 2008. Johda suoritustaitoa tiedon avulla - ilmiöstä tulkintaan. Tampere: Tammer - Paino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.10.2013.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.1.2014.
- Lammintakanen, Johanna 2011. Henkilöstö voimavarana - osaaminen johtamisen haasteena. Teoksessa Rissanen, Sari & Lammintakanen, Johanna (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Helsinki: WSOYpro Oy, 250 - 252.
- Lipponen, Kaija, Kanske, Outi, Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45, 121 - 135.
- Lukkari, Timo, Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Lunnela, Jaana 2011. Internet -perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. *Hoitotiede ja terveyshallinto*. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.8.2013.
- Maunula Reijo 2000. Esimiehenä asiantuntijayhteisössä ja -tiimissä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

- Metsämuuronen, Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Viro.
- Meurman, Jukka H. & Paavolainen Pekka 2013. Hammasperäisten tekonivelinfektioiden ehkäisy. WWW-dokumentti. Suomen Lääkärilehti 3, 139 - 142. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto3_3.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 19.2.2014.
- Multanen, Juhani, Nieminen, Miika, Häkkinen, Arja, Kujala, Urho, Jämsä, Timo, Kautiainen, Hannu, Lammontausta, Eveliina, Ahola, Riikka, Selänne, Harri, Ojala, Risto, Kiviranta, Ilkka & Heinonen Ari 2014. Effects of High-Impact Training on Bone and Articular Cartilage: 12-Month Randomized Controlled Quantitative MRI Study. Journal of Bone and Mineral Research. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jbmr.2015/abstract>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.2.2014.
- Mäkisalo, Merja 1999. ”Me teemme sen” Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Mölkänen, Tomi 2013. Nivelproteesi-infektiot. Suomen Sairaalahygienialehti 2, 100 - 105.
- Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. WWW-dokumentti. https://www.sairaanhoitaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10-2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/. Ei päivitystietoa. Luettu 12.12.2013.
- Orava, Marjo 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Oulun Yliopisto. Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.
- Orava Marjo, Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 3, 232 -243.
- Palmer, Simon 2012. Total Knee Arthroplasty. Medscape reference. WWW-dokumentti. <http://emedicine.medscape.com/article/1250275-overview>. Päivitetty 27.5.2013. Luettu 18.8.2013.
- Palonen, Mira, Aho, Anna-Liisa, Kaunonen, Marja & Koivisto Anna-Maija 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede 2, 114 - 124.
- Pesonen, Herkko 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: WS Bookwell Oy.
- Pitkänen, Raimo 2010. Johtamisen suurenmoinen keveys. Esimiehenä asiantuntija- ja palveluorganisaatioissa. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Rissanen, Sari & Lammintakanen, Johanna 2011. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, Sari & Lammintakanen, Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 34 - 36.

Rissanen, Viljo & Kansanen, Martti 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatu-järjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu-järjestelmästä. Helsinki: Kuntatalon paino.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilan-teet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 22 - 56.

Silen-Lipponen, Marja 2013. Potilasturvallisuutta infektioiden torjunnan hyvillä käy-tännöillä. Suomen Sairaalahygienialehti 4, 211 - 214.

Skyttä, Antti 2000. A-Ö. Tiimiys ja sen läpivienti. Matkalla kohti matalampia organi-saatioita. Otava: Innocorp Oy.

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto 2014. Potilasasiakirjat. WWW-dokumentti.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat Ei päivi-tystietoa. Luettu 20.1.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Helsinki. PDF-dokumentti.

http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf. Ei päivitystie-toa. Luettu 19.1.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf Päivitetty 13.9.2006. Luettu 18.1.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittä-misohjelma Kaste 2012 - 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Hel-sinki. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Päivitetty 16.4.2012. Luettu 18.1.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a. Sosiaali- ja terveystieteen palvelut. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystieteen_palvelut/terveystieteen_palvelut. Ei päivitystietoa. Luet-tu 5.2.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013b. Terveystieteen 2015 -kansanterveysohjelman väliarvi-ointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4. Helsinki. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf Ei päivitystietoa. Luettu 19.1.2014.

Stenvall, Jari & Virtanen, Petri 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suikkonen, Marja & Raappana, Maarit 2013. Nopea toipuminen lonkka- ja polviproteesileikkauksista -potilasohjauksen merkitys. *Haava-lehti* 3, 28 - 31.

Suojanen, Ulla 1992. Toimintatutkimus koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen välineenä. Loimaa: Loimaan Kirjapaino Oy.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. WWW-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Ei päivitystietoa. Luettu 27.10.2013.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2014. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittämisen/potilasturvallisuus/. Ei päivitystietoa. Luettu 11.1.2014.

Sydänmaanlakka, Pentti 2000. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveystietolaki 1326/2010. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.10.2013.

Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitos 2012. Nykänen Pirkko ja Junttila Kristiina (toim.) Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti 40. WWW-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>. Päivitetty 14.5.2012. Luettu 4.1.2014.

Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitos 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Suomen virallinen tilasto. Terveystietojen 2013.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104402/Tr09_13.pdf?sequence=1. Päivitetty 22.3.2013. Luettu 21.2.2014.

Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Potilasturvallisuuskulttuuri. WWW-dokumentti.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuuskulttuuri. Ei päivitystietoa. Luettu 10.1.2014.

Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Potilasturvallisuutta taidolla. WWW-dokumentti.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus. Ei päivitystietoa. Luettu 10.1.2014.

Tiainen, Maijaterttu 2014. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Potilasturvallisuuskatsaus. PDF -dokumentti. <http://46.163.243.98/dynasty/sks2/kokous/20141974-2-1.PDF> Ei päivitystietoa. Luettu 21.1.2014.

Tiittula, Liisa & Ruusuvuori, Johanna 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9 - 21.

Toikko, Timo & Rantanen Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Torkki, Paulus 2008. Leikkaustoiminnan kehittäminen parantaa hoidon saatavuutta ja tuottavuutta. Sitra. WWW-dokumentti. http://www.sitra.fi/fi/ajankohtaista/Paauutinen/leikkaustoiminnan_kehittaminen.htm. Ei päivitystietoa. Luettu 24.2.2014.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Viitala, Riitta 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Virnes, Annukka 2010. Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16831/PDFOPARI.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.1.2014.

Virtanen, Petri 2005. Houkutteleva työyhteisö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vänskä, Kirsti, Laitinen-Väänänen, Sirpa, Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Åberg, Leif 2000. Viestinnän johtaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot: Haastattelupäivä _____

Sukupuoli _____ Ikä _____ Asutteko yksin / jonkun kanssa _____

Asumismuoto _____ Asuinpaikka _____

Olivatko läheiset mukana ohjaustilanteissa _____

Palauttakaa mieleenne kaikki polven tekonivelleikkausta edeltävät ja leikkauksen jälkeiset ohjaustilanteet jotka auttava Teitä muistelemaan ohjauksen vaiheita terveyskeskuksessa /lähettävässä yksikössä ja erikoissairaanhoidossa.

1. Potilaan kokemukset ohjauksesta

- Oliko ohjaus kokonaisuudessaan riittävää?
 - miten selvitä ennen leikkausta
 - leikkaukseen valmistautuminen
 - miten selvitä leikkauksen jälkeen
 - kivun hoidosta
 - lääkityksestä
 - infektioiden hoidosta
 - painon hallinnasta
 - tupakoinnista, päihteistä
 - kuntoutuksesta
 - apuvälineistä
 - mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä
- Oliko ohjaus oikea-aikaista?
- Oliko ohjaus yhtenäistä?
- Oliko ohjaus asiantuntevaa?
- Oliko ohjaus ymmärrettävää?
- Oliko ohjaus yksilö vai ryhmäohjausta? Miten koitte ohjauksen?
- Oliko ilmapiiri turvallinen/ohjausta tukeva?
- Kuunneltiinko teitä/saitteko ilmaista mielipiteenne/toiveenne ohjaustilanteessa?
- Mitkä tekijät estivät ohjausta?
- Esiintyikö ohjauksessa ongelmia?
 - Jos esiintyi, niin millaisia ja missä vaiheessa?
 - Oliko häiriötekijöitä?
- Jos läheinen oli mukana, huomioitiinko hänet ohjaustilanteessa?
- Olisitteko toivoneet ohjaukselta jotain lisää?
- Olisiko jossain kohdassa ollut kehitettävää?

Palauttakaa mieleenne leikkauksen jälkeinen aika kotona.

2. Ohjauksen hyöty kotona selviytymiseen

- Miten koitte kotiutumisen?
- Koitteko oliko ohjauksesta hyötyä leikkauksen jälkeisessä kotiutumisessa?
- Kotiuduitteko turvallisista mielin?
- Oliko tekijöitä, mitkä estivät turvallista kotiutumista?

3. Ohjauksen antama kokonaiskuva polven tekonivelleikkausprosessista

- Saitteko ohjauksen avulla kokonaiskuvan tulevasta prosessista?
- Olisitteko kaivanneet koko prosessin kattavaa kuvausta jo alkuvaiheessa?

4. Mitä muuta haluaisitte sanoa?

LÄMMIN KIITOS!

Arvoisa vastaanottaja!

Työskentelemme Itä-Savon sairaanhoitopiirissä sairaanhoitajina, ja opiskelemme tällä hetkellä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyö on osa koulutustamme, jonka teemme polven tekonivelleikatun potilaan ohjausprosessin kehittämistä. Opinnäytetyötä varten on tarkoitus koota haastattelemalla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Lisäksi kartoitamme onko annetulla ohjauksella ollut vaikutusta potilaan turvalliseen kotiutumiseen.

Haastattelu kestää noin 30 - 45 minuuttia. Haastattelu suoritetaan noin kolmen viikon kuluttua leikkauksesta, heti fysioterapiakontrollin jälkeen joko keskussairaalassa tai terveyskeskuksessa. Teidän osallistumisenne haastatteluun olisi merkittävää, sillä sen avulla on tarkoitus kehittää leikkauspotilaan ohjausta ja parantaa potilaan hoitoa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja se ei vaikuta mitenkään teidän hoitoon. Haastattelussa saadut tiedot käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön, ja hävitetään heti aineiston analysoinnin jälkeen. Teiltä saamamme tiedot käsitellään täysin luottamuksellisesti ja henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa. Opinnäytetyössä ei käytetä haastateltavien nimiä eikä mitään muutakaan tietoa, josta haastateltavan voisi tunnistaa. Haastatteluun osallistumisen voitte perua vielä myöhemmin missä vaiheessa tahansa.

Toivomme Teidän osallistuvan haastatteluun!

Lämpimin terveisin

Liisa Tolonen
p. xxxxxxxxxxxx
liisa.tolonen@edu.mamk.fi

Raija Torvelainen
p. xxxxxxxxxxxx
raija.torvelainen@edu.mamk.fi

Suostumus haastatteluun

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista eikä kieltäytyminen vaikuta mitenkään teidän hoitoonne. Haastattelussa saadut tiedot käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön, ja aineisto hävitetään heti analysoinnin jälkeen.

Teiltä saamamme tiedot käsitellään täysin luottamuksellisesti ja henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa. Opinnäytetyössä ei käytetä haastateltavien nimiä eikä mitään muutakaan tietoa, josta haastateltavan voisi tunnistaa. Haastatteluun osallistumisen voitte perua vielä myöhemmin missä vaiheessa tahansa.

Antaessanne suostumuksen haastatella teitä, kirjoittakaa nimenne alla olevalle riville.

____/____2014 _____

Päivämäärä

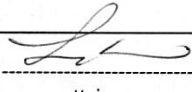
Allekirjoitus

Kiitos, että päätitte osallistua haastatteluunne!

**PYYNTÖ**

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

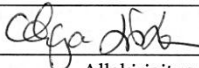
Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessin kehittäminen, ja perusterveydenhuollon kytkeminen osaksi leikkauspotilaan ohjausprosessia.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Osallistava toimintatutkimus, jossa mukana moniammatillinen työelämän kehittämistiimi. Nykytilan kartoitus suoritetaan haastatteleamalla neljää polven tekonivelleikkauspotilasta leikkauksen jälkeisen fysioterapeutin kontrollin yhteydessä, kolmen viikon kuluttua leikkauksesta. Haastattelut suoritetaan potilaiden suostumuksella. Tutkimusaineistossa ei käytetä eikä siihen tallenneta haastatteluvien henkilötietoja eikä muutakaan aineistoa, joista haastateltavan voisi tunnistaa. Tutkimusaineisto hävitetään välittömästi aineiston analyysin jälkeen. (Teemahaastattelurunko ja potilaiden lupapyyntö liitteinä)
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Helmi- maaliskuu 2014
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Huhtikuu 2014
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	14. päivänä helmi- kuuta 200  opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	yliopettaja Leena Uosukainen (puh.050 3125115) ja lehtori Sirpa Luukkainen (puh.040 8420813), työelämäohjaajana ylihoitaja Maijaterä Tiainen (puh.044 4173971)
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Liisa Tolonen, puh. 044 2050588, Raija Torvelainen, puh. 050 5302510, liisa.tolonen@edu.mamk.fi raija.torvelainen@edu.mamk.fi	

Anomus käsitelty 17 2 2014

☒ lupa myönnetty

☐ lupa eväty, peruste: _____

 hallintoylihoitaja
Allekirjoitus Anja Sistonen

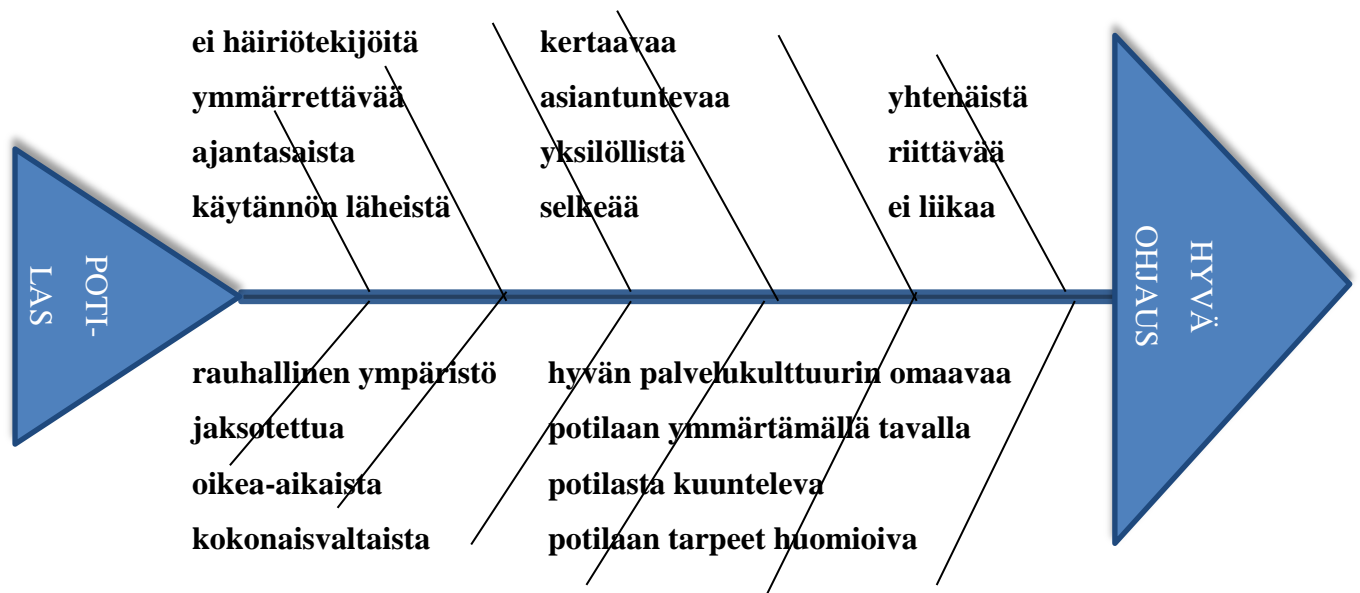
pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

Kehittämistiimin ”hyvän ohjauksen -pohdintojen” yhteenveto

Kehittämistiimin palaveri 29.1.2014

1. Millaista on hyvä ohjaus?

(mieti kolme asiaa)



Kehittämistiimin ”ohjausta estävien tekijöiden -pohdintojen” yhteenveto

2. Hyvän ohjauksen estävät tekijät?

(mieti kolme asiaa)

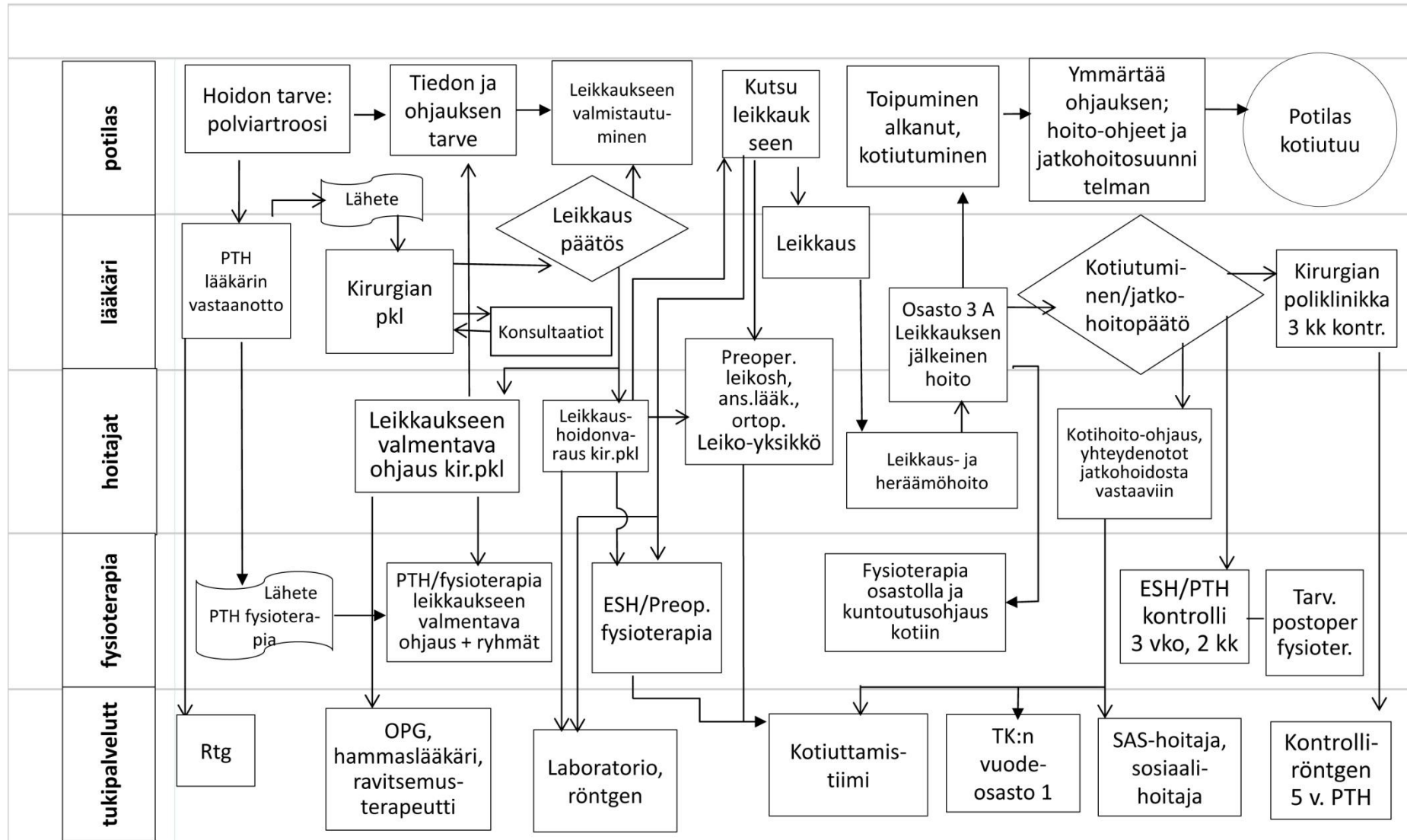


Kehittämistiimin kehittämisehdotusten yhteenveto

KEHITTÄMISTIIMI	KEHITTÄMISEHDOTUKSET
I palaveri (toukokuu 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • omahoitajan postoperatiivinen puhelinsoitto • kivun hoidon tehostaminen
II palaveri (tammikuu 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • terveyskeskuksesta lähete fysioterapiaan • leikkaukseen valmentava ohjaus -nimike käyttöön • janamuotoinen hoito-prosessikuvaus • kipulääkereseptiä ei kirjoiteta valmiiksi
III palaveri (maaliskuu 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • sähköisen ajanvarauksen käyttöönotto (hammaslääkäri- aikaa varattaessa) • kotiuttamistiimin kytkeminen hoitoprosessiin
IV loppupalaveri (toukokuu 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • opinnäytetyön esittely 

Polviproteesipotilaan hoitoprosessi Itä-Savon sairaanhoitopiirissä

Liisa Tolonen & Raija Torvelainen 20-4-2014



Polven tekonivelleikkauspotilaan ohjausprosessin kehittämistiimin toiminnan arviointi

Ohje: Haluaisimme palautetta kehittämistiimin toiminnasta, ja olisimme iloisia, jos ehtisit vastaamaan alla oleviin kysymyksiin (voit vastata ihan lyhyesti, esim. ranskalaisin viivoin). Palauta tämä lomake meille joko sähköisesti tai tuo se mukasi palaveriin tullessasi.

1. Miten koit kehittämistiimin toiminnan?

2. Millaista palautetta antaisit meille kehittämistiimin vetämisestä?

3. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos jo etukäteen vastauksestasi, ja kiitos että olit mukana kehittämistiimissä!

t. Raija & Liisa

PS. Nähdään toukokuussa loppupalaverissa kakkukahvien merkeissä!