

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Annukka Rinne

Suvi Selin

ELEKTIIVISEN POLVEN TAI LONKAN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAAN
PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖN SUUNNITELMA

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

RINNE, ANNUKKA

SELIN, SUVI

Elektiivisen polven- tai lonkan tekonivelleikkauspotilaan
preoperatiivinen hoitotyön suunnitelma

Opinnäytetyö

47 sivua + 21 liitesivua

Työn ohjaaja

Katri Rissanen, päätoiminen tuntiopettaja

Toimeksiantaja

Carea, Kymenlaakson keskussairaala

Toukokuu 2015

Avainsanat

preoperatiivinen hoitotyö, perioperatiivinen hoitotyö,
tekonivelpotilas, tekonivelleikkaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli aikaisemman tieteellisen ja tutkitun tiedon perusteella arvioida Kymenlaakson keskussairaalan Leiko-yksikön leikkausvalmistelusta tehtyä mallihoitosuunnitelmaa. Aiheemme rajattiin lonkka- tai polven tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden hyvä ja laadukas preoperatiivinen hoito ja sen myötä tarkoituksena potilasturvallisuuden lisääntyminen yhteneväisen kirjaamisen myötä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Työhön valitut tutkimukset ovat tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia.

Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisissa leikkausvalmisteluissa korostuvat laadukas ja potilaslähtöinen ohjaus, infektioiden hoitaminen ja ennaltaehkäisy. Tutkimustulosten mukaan preoperatiivinen vastaanottokäynti ennen tekonivelleikkausta parantaa hoidon laatua ja lisää potilasturvallisuutta. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia verrattiin Carean Leiko-yksikön mallihoitosuunnitelmaan, vertailussa korostui erityisesti kokonaisvaltaisen potilasohjauksen merkitys.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health care

RINNE, ANNUKKA

SELIN, SUVI

Preoperative Nursing Plan for an Artificial Joint Patient
with an Upcoming Knee or Hip Operation

Bachelor's Thesis

47 pages + 21 pages of appendices

Supervisor

Katri Rissanen, Lecturer

Commissioned by

Carea, Kymenlaakso central hospital

May 2015

Keywords

preoperative care, perioperative care, artificial joint patient,
arthroplasty

The purpose of this thesis was to evaluate the surgery preparation model care plan that belongs to Kymenlaakso central hospital Leiko – unit and is based on earlier studies and scientific knowledge. The subject was defined on surgery preparations of artificial joint patients with an upcoming hip or knee operation.

The main goal of thesis was to obtain desirable and high-class pre-operative care for the patient argeting to improve patient safety by identical booking.

Research method used in the thesis was literature review and material was analyzed by using content analysis. The researches that were chosen in the thesis were scientific articles and studies.

The surgery preparations for the patient who is coming to artificial joint surgery are highlight quality, patient guidance as well as preventing and taking care of infections. Based on studies, a pre-operative hospital consulting before the surgery improves the quality of nursing and patient safety. The research result of the thesis was compared

with Carea's Leiko –unit model care plan and the main high-light was the meaning of a comprehensive patient guidance.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	7
2	POLVEN TAI LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEEN TULEVAN POTILAAN PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	9
	2.1 Preoperatiivinen hoitotyö ja Leiko-toiminta	9
	2.2 Preoperatiivinen optimointi	10
	2.3 Preoperatiivinen vastaanotto käynti ja potilasohjaus	13
3	MALLIHOITOSUUNNITELMA RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA	15
	3.1 Mallihoitosuunnitelma	15
	3.2 Hoidon tarve	16
	3.3 Hoidon tavoitteet	17
	3.4 Hoitotyön suunnitellut toiminnot	17
	3.5 Hoitotyön toteutus ja hoidon tulokset	18
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄT	19
	4.1 Kirjallisuuskatsaus	19
	4.2 Tutkimuskysymykset	20
	4.3 Sisällönanalyysi	21
5	TULOKSET	29
	5.1 Lonkka- tai polviproteesi leikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon tarpeet	29
	5.2 Lonkka- tai polviproteesi leikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon suunnitellut toiminnot	31
	5.3 Polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon toteutuksessa korostuvat asiat	34
	5.4 Miten näyttöön perustuvan tiedon pohjalta laadittu polven- tai lonkan tekonivelpotilaan preoperatiivinen hoitoprosessi eroaa mallihoitosuunnitelmasta	35
6	POHDINTA	37

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	37
6.2 Luotettavuuden tarkastelu	39
6.3 Tutkimuksen eettisyys	40
6.4 Jatkotutkimusaiheet	41
LÄHTEET	42
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustaulukot valituille alkuperäistutkimuksille	
Liite 2. Tutkimustaulukko manuaalisen haun tutkimuksille	
Liite 3. Sisällönanalyysin prosessi	
Liite 4. Mallihoitosuunnitelma: elektiivinen leikkauspotilas leikoyksikössä	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Suomessa noin 400 000 ihmistä sairastaa oireita aiheuttavaa polven tai lonkan nivelrikkoa. Nivelrikko saattaa vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn alentavasti. Noin 250 000 nivelrikkoa sairastavalla toimintakyky on heikentynyt. Lähes 20 %:lla yli 75-vuotiaista esiintyy lonkan nivelrikkoa, ja ikääntymisen myötä nivelrikon riski kasvaa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Polven- ja lonkan tekonivel leikkauksia tehdään Suomessa 60 sairaalassa. Julkisessa terveydenhuollossa polven tai lonkan tekonivel leikkaus maksaa kunnalle noin 8000 euroa. Yksityissektorilla lonkan tai polven tekonivelleikkauksen hinta on 9000 – 12000 euroa tai enemmän. Suomessa tehtiin vuonna 2013 yhteensä noin 22 000 polven ja lonkan tekonivelleikkausta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.) Elektiiviseen tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan keski-ikä on hieman alle 70-vuotta (Vainikainen 2010: 32).

Potilasasiakirjojen dokumentointi kuuluu jokapäiväiseen tehtäviin terveydenhuollossa. Laadukkaan ja turvallisen hoidon perustana on dokumentoinnin ja tiedonkulun välinen jatkumo. Hyvä dokumentointi lisää myös turvallisuusriskien hallintaa. Terveydenhuollonyksiköissä tulee laatia tieteelliseen näyttöön perustuva hoitoprotokolla, jonka mukaan eri sairauksia hoidetaan. Hoitoprotokollat ovat oikeanlaisen hoidon toteuttamisen tukena ja niiden myötä hoidon tuloksellisuus paranee ja potilasturvallisuus lisääntyy. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos Potilasturvallisuusopas. 2011.) Potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot, joilla turvataan potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus sekä seuranta. Potilasasiakirjoihin tulevien merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä sekä selkeitä. Merkintöjä tehtäessä käytetään käsitteitä ja lyhenteitä, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä ja tunnettuja. Mikäli potilasasiakirjoihin merkitään asioita, jossa tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin, tietojen lähde tulee ilmetä potilasasiakirjamerkinnöistä tai jos potilasta itseään koskevien tietojen sijaan potilasasiakirjaan merkitään muita tietoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009 298/2009.)

HOKE (uusi hoitokertomus) tulee Kymenlaakson keskussairaalassa korvaamaan nykyisin käytössä olevan Whoiken. HOKEen tehdään valmiiksi mallisuunnitelmia, jotka ohjaavat ja tukevat yhtenäistä kirjaamista. Mallihoitosuunnitelmien rakenteinen kir-

jaaminen perustuu FinCC 3.0 - luokituskokonaisuuteen, mikä sisältää suomalaisen hoitotyön tarve,- toiminto- ja tulosluokituksen. Mallihoitosuunnitelmien tiedon tulee perustua näyttöön, tutkittuun tietoon ja uusimpiin hoitosuosituksiin. Mallihoitosuunnitelmien käytön tavoitteena on potilaan hoitoon liittyvän tiedon luettavuus ja parempi löydettävyys, alueellisen tiedon hyödyntäminen eri ammattilaisten kesken, hoidon suunnitteluun kuluvan ajan minimointi, potilaan hoidon suunnittelun helpottuminen ja päivittäiseen kirjaamiseen liittyvän ajan käytön helpottuminen. (Mallihoitosuunnitelma. 2014.)

Työmme aiheena on elektiiviseen polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset leikkausvalmistelut. Leikkausta edeltävä sairaanhoitajan vastaanotto käynti sisältää laajasti eri toimialojen leikkausvalmisteluita. Tässä työssä keskitymme polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan leikkausvalmisteluihin. Opinnäytetyössä arvioidaan näyttöön perustuvan tiedon avulla, ovatko Carean mallihoitosuunnitelmaan valitut hoidon tarpeet ja suunnitellut toiminnot lonkka- ja polviproteesileikkauspotilaan valmistelun kannalta hyödyllisiä. Valitsimme tämän aiheen, koska halusimme syventää tietojamme kirurgiasta, preoperatiivisesta hoitotyöstä sekä Leiko-yksikön toiminnasta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden hyvä ja laadukas preoperatiivinen hoito, tavoitteena on myös potilasturvallisuuden lisääminen yhteneväisen kirjaamisen myötä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kirjallisuuskatsauksen keinoin ja uusimman näyttöön perustuvan tiedon avulla selvittää Kymenlaakson keskussairaalan Leiko-yksikön leikkausta edeltävän sairaanhoitajan vastaanotto käynnistä tehtyä mallihoitosuunnitelmaa. Tämän opinnäytetyön tulosten avulla verrataan, tarkastellaan sekä arvioidaan, onko mallihoitosuunnitelmassa huomioitu polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan kannalta oleelliset preoperatiiviset leikkausvalmistelut.

Tämän opinnäytetyön tuloksista on hyötyä Kymenlaakson keskussairaalan Leiko-yksikön henkilökunnalle sekä kaikille HOKE-kirjausjärjestelmän käyttäjille, koska tiedonkulku helpottuu eri ammattiryhmien välillä. Opinnäytetyömme tuloksista on hyötyä myös tekonivelleikkaukseen valmistautuville potilaille, koska yhtenäinen kirjaaminen parantaa potilasturvallisuutta.

2 POLVEN TAI LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSEEN TULEVAN POTILAAN PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

2.1 Preoperatiivinen hoitotyö ja Leiko-toiminta

Perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta: preoperatiivisen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe sekä postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Tässä työssä keskitymme preoperatiiviseen hoitotyöhön. Tärkeitä elementtejä perioperatiivisessa hoitoprosessissa ovat turvallisen vuorovaikutussuhteen luominen potilaan kanssa, potilaan yksityisyyden kunnioittaminen sekä potilaskeskeisyyden toteutuminen. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun leikkauksen päätös on tehty. Leikkaukseen valmistautuminen on tärkeä vaihe leikkauksessa. Tavoitteena on, että potilas osallistuu mahdollisuuksien mukaan itse preoperatiivisen hoitotyön suunnitteluun. Ennen leikkausta potilaan yleiskunto tulisi saada mahdollisimman hyväksi. Potilaan yleiskunto, fyysinen suorituskyky sekä perussairaudet vaikuttavat leikkausta edeltävään hoidon tarpeeseen. Lisäksi suunniteltu toimenpide sekä potilaan käyttämät lääkkeet vaikuttavat hoidon suunnitteluun ja sen tarpeeseen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012: 99.)

Anestesia- ja leikkauksekelpoisuusarvioon osallistuvat anestesia- ja leikkauksen kotoa toiminnalla tarkoitetaan yhdenmukaista sekä yhtenäistä preoperatiivista prosessia. Leiko-toiminta aloitettiin Hyvinkäällä 2000-luvun alussa. Leiko-mallia toteutetaan eri tavoin sairaalakohtaisesti ja sen toteuttamiseen vaikuttavat sairaalan tilat ja tarpeet. Potilas valmistautuu leikkaukseen kotoa ja saapuu leikkauksen aamuna Leiko-yksikköön, jossa potilaalle tehdään vielä valmisteluja tulevaa

Anestesia- ja leikkauksekelpoisuusarvioon osallistuvat anestesia- ja leikkauksen kotoa toiminnalla tarkoitetaan yhdenmukaista sekä yhtenäistä preoperatiivista prosessia. Leiko-toiminta aloitettiin Hyvinkäällä 2000-luvun alussa. Leiko-mallia toteutetaan eri tavoin sairaalakohtaisesti ja sen toteuttamiseen vaikuttavat sairaalan tilat ja tarpeet. Potilas valmistautuu leikkaukseen kotoa ja saapuu leikkauksen aamuna Leiko-yksikköön, jossa potilaalle tehdään vielä valmisteluja tulevaa

leikkausta varten. (Ahonen ym. 2012: 125.) Ennen Leiko-yksikköön saapumista, potilaat tekevät kotona tarvittavat leikkausvalmistelut, joita ovat mm. ihonhoito sekä suolen tyhjennys. Potilaiden saamissa kirjallisissa ohjeissa on kerrottu, mitä lääkkeitä potilas saa ottaa kotona leikkauspäivän aamuna. (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008.) Yleinen käytäntö on, että potilas tapaa anestesialääkärin sekä leikkaavan lääkärin vielä ennen leikkaussaliin lähtöä, mutta käytännöt vaihtelevat kuitenkin sairaaloittain. Leiko-prosessissa korostuu eri ammattiryhmien yhteistyö. Toiminta on ennakoivaa sekä potilaskeskeistä. (Ahonen ym. 2012: 125.) Leikkaustiimin välinen tiivis yhteistyö on erityisen tärkeää, jotta eri ammattiryhmien osaaminen voidaan kohdistaa potilaan hoitoon (Tohmo 2010). Leiko-toiminnan myötä vuodeosastojen hoitajien työtaakka pienenee sekä päivystys- ja postoperatiivisten potilaiden vuodepaikkoja säästetään. Kokemusten myötä on osoittautunut, että Leikon kautta tulleet potilaat ovat toipuneet nopeammin. Potilaat kokevat myös leikkaukseen valmistautumisen kotona mukavammaksi sekä helpommaksi, myös infektioriski on Leiko-potilailla pienempi. Hyvin suunniteltu työ on Leiko - toiminnan taustalla. (Ahonen ym. 2012: 125.)

2.2 Preoperatiivinen optimointi

Yleiskunto ja perussairaudet

Potilaan hyvä yleiskunto sekä lihasvoima nopeuttavat hänen toipumistaan leikkauksesta. Lihakset toimivat nivelten tukena, joten niiden kunnolla on suuri merkitys. Lihaskunnosta tulisi huolehtia jo ennen leikkausta, tärkeitä ovat etenkin alaraajojen lihaksista huolehtiminen. (Vainikainen 2010: 40.) Potilaan ylipaino vaikuttaa koko prosessiin, se lisää leikkauriskejä ja tekonivelen irtoamisen mahdollisuus on todennäköisempää. Ylipaino hidastaa myös leikkauksesta toipumista. (Ahonen ym. 2012: 693.) Ylipainoisilla potilailla myös infektioriski on suurempi kuin normaalipainoisilla. Sairaalloinen lihavuus (painoindeksi 40 tai yli) lisää haavainfektioiden riskiä merkittävästi, koska lihavilla potilailla haavan verenkierto on heikkoa. Leikkaushaavapinnat ovat suuria ja leikkausteknisiä vaikeuksia esiintyy, mitkä nostavat myös infektion mahdollisuutta. (Anttila, Hellsten, Rantala, Routamaa, Syrjälä & Vuento. 2010: 215.) Sairaaloisen lihavan leikkauspotilaan riski saada syvälaskimotukos tai keuhkoembolia kaksinkertaistuu (Hekkala & Alahuhta 2006: 4). Ylipainoisia potilaita ei pidä kuitenkaan jättää leikkauksen ulkopuolelle, koska leikkauksen hyöty on kuitenkin suuri. Jo pieni-

kin painonpudotus vähentää mahdollisia komplikaatioita. (Polvi- ja lonkka nivelrikko. 2014.)

Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan mahdolliset perussairaudet tulee olla hyvässä hoitotasapainossa ennen tulevaa leikkausta, näitä sairauksia ovat esimerkiksi astma, reuma, diabetes ja sydänsairaudet. Potilaan tulisi olla tarvittaessa hyvissä ajoin yhteydessä hänen omaan lääkäriinsä, jotta perussairaudet saataisiin mahdollisimman hyvään hallintaan ennen tekonivelleikkausta. Kilpirauhas-, munuais-, ja verenpaine- arvoja seurataan ennen tulevaa leikkausta. Jos potilas sairastaa sepelvaltimotautia, joka oireilee, on syytä kartoittaa sydämen suoritus- ja hapenottokykyä, koska varsinkin oireileva sepelvaltimotauti lisää sydäninfarktin riskiä. (Vainikainen 2010: 41 - 42.)

Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu potilaan lääkityksen tarkistus. Joidenkin lääkkeiden käyttö tulee lopettaa ennen tulevaa leikkausta, joten potilaan säännöllinen lääkitys vaatii huolellista läpikäymistä. Esimerkiksi verenohennuslääke varfariini on lopetettava hyvissä ajoin ennen leikkausta, koska se lisää verenvuodon riskiä. Vuoto- ja tukosriskit on punnittava tarkkaan verenohennuslääkettä syövän potilaan kohdalla. (Vainikainen 2010: 43.)

Leikkauksen jälkeen etenkin pitkäkestoisissa leikkauksissa alaraajojen verenvirtaus saattaa häiriintyä, jolloin riskinä on syvä laskimotukos. Laskimoihin jäävä veri hyytyy läppätaskun alueelle. Hyytymä alkaa laajeta vähitellen ja täyttää suurimman osan suonesta. Hyytymä saattaa irrota ja kulkeutua verenkierron mukana keuhkovaltimoon, mikä aiheuttaa keuhkovaltimon tukoksen, keuhkoembolian. Syviä laskimotukoksia pyritään ennaltaehkäisemään jo ennen leikkausta. Veren kertymistä laskimoihin ehkäistään käyttämällä esimerkiksi elastisia sidoksia, antiemboliasukkia sekä varhaista mobilisaatiota leikkauksen jälkeen. Tarvittaessa potilaalle annetaan veren hyytymistä ehkäisevää lääkettä. Tuleva leikkaus sekä potilaan ikä, ylipaino, tupakointi, piilevä tukosalttius sekä aikaisemmin sairastettu syvä laskimotukos vaikuttavat lääkityksen antamiseen. Lonkan- ja polven tekonivelleikkauksessa syvän laskimotukoksen estoon käytetään suun kautta annettavia profylaksialääkkeitä leikkauksen jälkeen. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen profylaksialääkitys jatkuu 30 vuorokautta ja polven tekonivelleikkauksen jälkeen 10 - 30 vuorokautta. (Hammar 2011: 18 - 19.)

Päihhteet

Tupakointi vaikuttaa haitallisella tavalla elimistön toimintaan. Se vaikuttaa verenkiertoon, hengittämiseen, ruoansulatukseen ja immuunijärjestelmän toimintaan. Tupakoinnista johtuvia leikkaukseen liittyviä riskejä voidaan välttää lopettamalla tupakointi hyvissä ajoin ennen leikkausta, suositeltavaa tupakointi olisi lopettaa viimeistään 1 - 2 kuukautta ennen tulevaa leikkausta. Leikkauksen jälkeiset hengitysongelmat ovat yleisiä tupakoitsijoilla. Leikkaushaavan paraneminen hidastuu, koska tupakan haitalliset aineet estävät hapen kuljetusta kudoksille ja riski saada haavainfektio lisääntyy. Leikkauksen jälkeinen keuhkokomplikaatioiden riski nousee tupakoitsijoilla 2 - 6 kertaiseksi. Tupakoinnin lopettamisen tukena voidaan käyttää nikotiinivalmisteita, vieroituslääkitystä ja henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa. (Terveysportti. 2015.)

Alkoholin käyttö lisää leikkaukskomplikaatioita. Runsas alkoholinkäyttö lisää potilaan verenvuotoriskiä ja aliravitsemusta, ja nämä molemmat tekijät hidastavat haavan paranemista. Alkoholin aiheuttamat haitat korjaantuvat 1 - 2 kuukaudessa alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. (Terveysportti. 2015.)

Infektioiden hoito

Tekonivelleikkauksissa yleisin komplikaatioiden aiheuttaja on infektio. Bakteerit leviävät veriteitse niveleen ja aiheuttavat infektion. On erityisen tärkeää, että potilaan mahdolliset infektiot hoidetaan ennen tulevaa leikkausta. Potilaalta otetaan virtsanäyte ennen leikkausta, koska joillakin se saattaa esiintyä piilevänä ilman oireita. (Vainikainen 2010: 42.) Tekonivelen läheisyydessä jo pienikin bakteerimäärä riittää infektion syntymiseen. Vierasesineimplantteihin liittyvien infektioiden diagnosointi on haasteellista, ja ne voivat aiheuttaa potilaalle pysyvää invaliditeettia ja kuolleisuutta. Vierasesineinfektion pysyvään parantamiseen vaaditaan pitkän mikrobihoidon lisäksi usein myös vierasesineen poisto. Infektion rauhoituttua voidaan asentaa uusi tekonivel. Tekonivelinfektioiden hoitokustannukset ovat korkeita, yhden tekonivelinfektion hoito tulee kustantamaan noin 50 000 euroa. (Anttila ym. 2010: 308.)

Iho ja limakalvot ovat ihmisen tärkeimmät puolustusjärjestelmät, joiden tehtävänä on suojata elimistöä mikrobeilta. Leikkaus vaurioittaa ihoa ja limakalvoja. Potilaan ihon on oltava mahdollisimman hyvässä kunnossa ennen tulevaa leikkausta, koska ihorikot tai infektiopesäkkeet ovat altistavia tekijöitä leikkauksen jälkeisille infektiokompli-

kaatioille. Tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden ihon kunto vaatii erityishuomiota. (Anttila ym. 2010: 219.) Erityisesti nivuset, kainalot, varpaiden välit sekä naisilla rintojen aluset ovat paikkoja, joihin syntyy helposti hankaumia, näiden tarkistus ja tarvittava hoito tulee tehdä huolellisesti ennen leikkausta. Mahdolliset kynsivallintulehdukset sekä sieni-infektiot on myös hoidettava kuntoon. (Vainikainen 2010: 42.)

Suun terveys on erityisen tärkeää selvittää ennen tekonivelleikkausta. Potilaan on toimitettava hammaslääkärintodistus hänen suun ja hampaiden terveydentilastaan ennen leikkausta. Suun ja hampaiden tarkastus tulisi suorittaa noin kolme kuukautta ennen leikkausta. Jos hampaita joudutaan poistamaan, tulee se tehdä viimeistään kaksi viikkoa ennen leikkausta, jotta poistokuoppa ehtii epitelisoitua. (Hammaslääkärilehti 3/2013.) Yleisimpiä suun tulehduksia ovat kiinnityskudostulehdukset sekä ientulehdukset, ne saattavat olla oireettomia pitkäänkin. Hammaskivi poistetaan ja ientaskut puhdistetaan hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolla. Hoito tehdään useilla eri käynneillä, joten siihen on varattava riittävästi aikaa. Jos tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalla on käytössään hammasproteesi, tulee suun limakalvot tarkistaa, koska proteesien alla saattaa olla tulehduksia. Tarvittaessa hammasproteesi puhdistetaan ja desinfioidaan tulehdusten ehkäisemiseksi. (Hammaslääkäriliitto. 2015.)

2.3 Preoperatiivinen vastaanotto käynti ja potilasohjaus

Polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tuleva potilas käy ennen tulevaa leikkausta preoperatiivisella käynnillä leikkaavassa sairaalassa, jossa hänen yleistilanne tarkistetaan. Käynnin ajankohta on yleensä 2 - 3 viikkoa ennen leikkausta. Vastaanoton pitää joko sairaanhoitaja tai endoproteesihoitaja, joka on erikoistunut tekonivelleikkauspotilaan hoitoon. Samalla käynnillä potilas tapaa myös fysioterapeutin sekä leikkaavan kirurgin. Tarvittaessa on mahdollista tavata myös anestesia lääkäri. Tarkoituksena on varmistua siitä, että potilas on riittävän terve siihen, että hänelle tehdään vaativa leikkaus. Käynnillä otetaan laboratoriokokeita kuten, verikoe, sydänfilmi ja virtsanäyte. (Vainikainen 2010: 43 - 45.) Laboratorio tutkimusten tarkoituksena on löytää mahdollisia sairauksia, jotka saattavat olla oireettomia tai saattavat vaikuttaa leikkauksessa tehtäviin hoitopäätöksiin tai anestesiaan. Kaikilta potilailta otetaan perusverenkuva, josta selviää potilaan yleistila sekä veren hapenkuljetuskyky. Elektrolyyttitutkimukset otetaan potilaalta, jolla on jokin munuaissairaus, nesteenpoistolääkitys tai umpieritysrauhassairaus. Verenhyytymistutkimukset tehdään potilaalle, jolla on maksantoimin-

tahäiriöitä tai verenhyytymistä estävän lääkityksen yhteydessä. (Hammar 2011: 14.)
Leikattavasta polvesta tai lonkasta otetaan myös röntgenkuvat ja yli 65-vuotiailta otetaan myös keuhkokuva (Vainikainen 2010: 43).

Vastaanottokäynnillä sairaanhoitaja käy potilaan kanssa läpi hänen aikaisemmat leikkauksensa sekä anestesioidut ja niistä olevat kokemukset. Potilaan sairaudet ja lääkitykset käydään läpi. Potilasta on ohjeistettu ottamaan käynnille mukaan hänen reseptinsä ja käytössä olevat lääkkeet. Mahdolliset allergiat ja potilaan päihteiden käyttö selvitetään myös hammashoidon tilanne sekä ihon kunto tarkistetaan. Sairanhoitaja kertoo potilaalle tulevan leikkauspäivän ohjelman sekä keskustelee potilaan kanssa yhdessä leikkauksen jälkeen tapahtuvista asioista, kuten hänen kotiutumisestaan ja kuntoutumisestaan. (Vainikainen 2010: 34.)

Leikkausta joudutaan harvoin perumaan, mutta joskus on tilanteita, että potilaalla on esimerkiksi jokin tulehdus, joka täytyy hoitaa ennen leikkausta. Potilaan oma valmistautuminen ja itsensä hoitaminen ohjeiden mukaan ennen leikkausta vaikuttavat siihen toteutuuko suunniteltu leikkaus. Jos potilaan tilanne muuttuu, voidaan leikkausaikaa siirtää, jolloin varmistetaan myös potilasturvallisuus. (Vainikainen 2010: 43 - 45.)

Potilaan ohjaus on tärkeä osa potilaan hyvää hoitoa. Potilaslähtöisyys korostuu hoitotyössä ja sitä toteutetaan moniammatillisesti. Potilailta odotetaan entistä enemmän hoitoon sitoutumista sekä itsehoitotaitoja, mutta ohjaukseen käytettävää aikaa on nykyisin vähän. Potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa korostetaan. Potilaalta vaaditaan uusien asioiden oppimista, jotta hän selviytyisi mm. hänelle uudesta elämäntilanteesta ja itsestään huolehtimisesta. Potilaan tulee yhteisymmärryksessä sekä yhteistyössä sairaanhoitajan kanssa oppia hallitsemaan tarpeidensa, käyttäytymisensä sekä tunteidensa hallinta. (Ahonen ym.2012: 34.)

Sairanhoitaja kertoo potilaalle tulevasta toimenpiteestä ja siihen liittyvistä asioista, jotka vaikuttavat potilaan arkeen ja siitä selviytymiseen toimenpiteen jälkeen sekä toimimiseen vaikuttavista tekijöistä. Potilasta tulee motivoida, jotta hän toimisi ja osallistuisi aktiivisesti omaan selviytymisprosessiinsa. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003: 58 - 59.)

Hoitohenkilökunta on velvollinen antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan sekä hoidon merkityksestä. Potilaalle tulee antaa tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja nii-

den vaikutuksista. Potilaalle tulee antaa tietoa myös muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

3 MALLIHOITOSUUNNITELMA RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA

Potilastietojen kirjaamisessa hyödynnetään tietorakenteita, jotka ovat valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovittuja. Näitä ovat mm. luokitukset, koodistot, termistöt sekä näkymät ja otsikot, jotka ovat sähköisen potilaskertomuksen rakenteita. Potilastietoihin kirjaaminen helpottuu ja selkeytyy yhtenäisten tietorakenteiden määrittelyn avulla, sillä tarpeen mukaan voidaan hyödyntää uudestaan jo kertaalleen kirjattua tietoa. Rakenteisen kirjaamisen myötä tietojen kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa ja tietojen löytäminen on helpompaa, joten rakenteinen kirjaaminen parantaa potilastietojen laatua. Rakenteinen kirjaaminen parantaa tiedon laatua sekä edistää potilasturvallisuutta, potilaan tiedot ovat paremmin saatavissa ja löydettävissä. (Ensio, Kinnunen & Liljamo 2012: 13 - 14.) FinCC on luokituskokonaisuus, jota käytetään hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamisessa. Clinical Care Classification on kansainvälinen CCC-luokitus johon FinCC perustuu. FinCC muodostuu kolmesta kirjaamisen luokituksesta: 1. SHTaL 3.0 hoidon tarveluokitus, SHToL 3.0 hoitotyön toimintaluokitus sekä SHTuL 1.0 hoidon tilan tuloksen hoitoluokitus. (Ensio ym. 2012: 10.)

SHTaL ja SHToL ovat käytössä jokapäiväisessä potilaan hoidon rakenteisessa kirjaamisessa vuodeosastoilla sekä poliklinikoilla. Suurin hyöty kirjaamisesta saadaan kun luokituksia käytetään rinnakkain, mutta niitä voidaan käyttää myös erikseen. Potilaan tilasta ja siinä tapahtuvista muutoksista saadaan johdonmukainen kokonaiskuva kun kirjaamisessa käytetään tarve- ja toimintaluokituksia. (Ensio ym. 2012: 10-12.)

3.1 Mallihoitosuunnitelma

Carealla, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymällä on tarkoitus uudistaa kirjaamistaan vuonna 2015. HOKE (uusi hoitokertomus) tulee keskus-sairaalassa korvaamaan nykyisin käytössä olevan Whoiken. HOKE on tarkoitus ottaa käyttöön keväällä 2015.

HOKEen on mahdollista tehdä valmiiksi mallihoitosuunnitelmia, jotka ohjaavat ja tukevat yhtenäistä kirjaamista. Mallihoitosuunnitelmia on alettu tehdä Careassa sairaaloittain ja alueellisesti yhteistyössä Kotkan, Haminan ja Kouvolan kanssa. (Kuurne 2015.)

Uusi hoitokertomus mahdollistaa mallihoitosuunnitelmien käytön kirjaamisessa. Mallihoitosuunnitelmien rakenteinen kirjaaminen perustuu FinCC 3.0 -luokitukseen. Mallihoitosuunnitelmien tiedon tulee perustua näyttöön, tutkittuun tietoon ja uusimpiin hoitosuosituksiin. Mallihoitosuunnitelmien käytön tavoitteena on potilaan hoitoon liittyvän tiedon luettavuus ja parempi löydettävyyys, alueellisen tiedon hyödyntäminen eri ammattiryhmien kesken, hoidon suunnitteluun kuluvan ajan minimointi, potilaan hoidon suunnittelun helpottuminen sekä päivittäiseen kirjaamiseen liittyvän ajan käytön helpottuminen. (Kuurne 2015.)

Mallihoitosuunnitelmissa tulee huomioida Carean terveyden ja kuntoutumisen edistämisen mallit. Tarkoituksena on lisätä hoidon hyvää laatua sekä vahvistaa hoitajien osaamista. Mallihoitosuunnitelmat nopeuttavat kirjaamista, ja ne varmistavat hoidon hyvää laatua, koska mallisuunnitelmissa on huomioitu uusimmat suositukset ja näytöt. Mallihoitosuunnitelmat yhtenäistävät kirjaamista tulevaisuudessa ja varmistavat myös hoidon laatua tulevaisuudessa. Päivitykset tehdään tarpeen mukaan ja hoidossa tulee huomioida jokaisen potilaan yksilöllisyys. Mallihoitosuunnitelmien tarkoitus on auttaa uusien työntekijöiden perehtymisessä, helpottaa liikkuvien työntekijöiden työtä ja auttaa opiskelijaohjauksessa. (Kuurne 2015.)

3.2 Hoidon tarve

Potilaan hoidon suunnittelussa määritetään ja kirjataan ensin potilaan hoidon tarve. Hoidon tarveluokitus (SHTaL) sisältää pää- ja alaluokkia, joita voidaan käyttää apuna hoidon tarpeen määrittämisessä. Pää- tai alaluokkien alta valitaan komponentti, joka vastaa potilaan hoidon tarvetta. Potilaasta kerätään taustatietoja ja niitä analysoidaan. Hoidon tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Hoitohenkilökunta kartoittaa potilaan terveydentilaa, jossa huomioidaan sen hetkiset ongelmat sekä mahdolliset tulevaisuudessa tulevat terveydelliset ongelmat, joita voidaan hoitotoimintojen avulla poistaa tai lieventää. Hoidon tarve määritetään yhteistyössä potilaan kanssa ja tarvittaessa tehdään erilaisia mittauksia, esimerkiksi verenpaineen tai kuumeen mittaus. Potilaan hoi-

don kannalta merkittävät hoidon tarpeet kirjataan hoitokertomukseen. (Ensio ym. 2012: 14.)

Careassa käytössä olevan mallihoitosuunnitelman mukaan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan hoidon tarvetta määritettäessä, potilaasta kerätään taustatietoja ja häntä haastatellaan. Potilaan terveydentilaa kartoitetaan ja huomioidaan mahdolliset riskitekijät leikkauksen kannalta. Potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa häntä askarruttavista asioista leikkaukseen liittyen sekä huomioidaan potilaan mahdolliset pelkotunteukset tulevasta leikkauksesta. Hänelle annetaan riittävästi tietoa tulevasta leikkauksesta sekä leikkausta edeltävistä valmisteluista. Potilaan kanssa käydään läpi leikkaukseen liittyviä riskejä. (Mallihoitosuunnitelma. 2014.)

3.3 Hoidon tavoitteet

Potilaan hoidon tarpeen määrittämisen jälkeen asetetaan hoidolle tavoite. Tavoitteet asetetaan hoidon tarpeiden mukaan. (Ensio ym. 2012: 14.) Carean mallihoitosuunnitelmassa tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan hoidon tavoitteena on, että potilas valmistautuu mahdollisimman turvallisesti ja turvallisesti mielin tulevaan leikkaukseen sekä toipuu leikkauksesta ilman komplikaatioita. Potilas ymmärtää hänelle annetut ohjeet tekonivelleikkausta varten. (Mallihoitosuunnitelma. 2014.) Potilaan hoidon tavoitteet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja tavoitteiden tulee olla potilaskeskeisiä. Pää-tavoite eli kokonaistavoite asetetaan potilaan hoitoa varten ja se asetetaan hoidon alkuvaiheessa. Pää-tavoitteella kerrotaan potilaan tila, johon pyritään hoitotyön toimintojen avulla. Tavoitteet tulisi suhteuttaa potilaan voimavaroihin. Potilaan elämäntilanne otetaan huomioon tavoitteita määritettäessä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012: 48.)

3.4 Hoitotyön suunnitellut toiminnot

Hoidon suunnitteluvaiheessa määritetään potilaan hoidon tarpeet, ongelmat sekä hoitotyön diagnoosit. Hoitotyön suunniteltuja toimintoja toteutetaan potilaan ja sairaanhoitajan välittömissä ohjaus- ja auttamistilanteissa. Hoitotyön toiminnot ovat keinoja, joilla pyritään vastaamaan potilaalle asetettuihin hoidon tarpeisiin. Hoitajan taidot ja tiedot ovat hoitotyön toimintojen perusta ja potilaan kokonaiskuvaa tulee osata tulkita. Suunnitellut hoitotyön toiminnot toteutuvat välittömissä auttamis- ja ohjaustilanteissa sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Potilaan tilan seuranta, oireiden tarkkailu, avusta-

minen ja tukeminen, suorittaminen, hoitaminen ja toteuttaminen ovat keskeisiä hoitotyön toimintoja. Hoidon suunnitteluprosessin käynnistämiseksi, hoitaja tekee havain-
toja potilaan tilasta, oireista ja käyttäytymisestä. (Ensio ym. 2012: 14 -15.)

Carean mallihoitosuunnitelman mukaan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan selviytymiskykyä arvioidaan kartoittamalla hänen elämäntilannettaan. Asuminen, liik-
kuminen, perussairaudet, allergiat ja ruokavalio selvitetään ja kirjataan potilastietoi-
hin. Potilaalle annetaan suullista ohjausta ja hänelle annetaan myös kirjallisia ohjeita.
(Mallihoitosuunnitelma. 2014.) Onnistunut ohjaus on sidoksissa potilaan taustateki-
jöihin. Ohjauksessa tuetaan potilaan itsenäistä selviytymistä. Ohjaustilanteissa tulee
aina varmistaa, että potilas on varmasti ymmärtänyt saamansa ohjauksen. (Ensio ym.
2012: 16.) Potilaan käyttämät lääkkeet käydään läpi ja hänen lääkelistansa päivitetään
potilastietoihin. Anestesiakertomukseen täytetään esitiedot sekä antiembolia sukkien
koko mitataan valmiiksi ja kirjataan tietoihin. Suunnitelluissa toiminnoissa selvitetään
potilaan päihteiden käyttöä, hänelle annetaan Audit C -testi, josta saadaan tietoa poti-
laan alkoholin käytöstä. Tupakoivalle potilaalle annetaan tarvittaessa tehtäväksi Fa-
gerströmin testi. Tarpeen mukaan keskustellaan potilaan kanssa hänen elintavoistaan
ja annetaan siihen liittyvää ohjausta. (Mallihoitosuunnitelma. 2014.)

Mallihoitosuunnitelmassa olevien hoidon suunniteltujen toimintojen mukaan leikka-
uspäivänä tulee tarkistaa, että potilas on ollut ravinnotta sekä häneltä kysytään ja var-
mistetaan, onko hän ottanut sovitut lääkkeet. Anestesiakaavakkeelle merkitään tarvit-
tavat tiedot tulevaa anestesiaa varten, kuten milloin potilas on syönyt edellisen kerran
ja mitä lääkkeitä hän on ottanut leikkauspäivän aamuna sekä esilääkitystiedot. Potilas-
ta ohjataan pukemaan ylleen asianmukaiset sairaalavaatteet ja antiembolia sukat. Sai-
raanhoitaja tekee havain-
toja potilaan tilasta, mahdollinen pelokkuus huomioidaan ja
annetaan potilaalle tukea ja kannustusta. (Mallihoitosuunnitelma. 2014.)

3.5 Hoitotyön toteutus ja hoidon tulokset

Hoitotyön toteutuksessa toteutetaan hoitosuunnitelman mukaista hoitoa. Potilastietoi-
hin kirjataan toteutunut hoito, jota potilaalle on annettu. Kirjaaminen on luonteeltaan
potilaslähtöistä, tarkkaa ja arvioivaa. Hoidon toteutuksessa noudatetaan hoitotyönperi-
aatteita, kuten ammatillisuutta, potilaan omatoimisuutta, yksilöllisyyttä, jatkuvuutta,
turvallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Potilaan oma vastuu hänen hoidostaan kasvaa

kun hänelle annetaan tukea ja ohjausta hänen hoitoonsa liittyvissä asioissa. Potilaan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä edistetään tukemalla hänen omia voimavarojaan. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot korostuvat hoitotyön toteutuksessa. Potilaan omia ajatuksia hänen hoitonsa toteutumisesta on myös hyvä kirjata, esimerkiksi se, miten potilas koki esilääkityksen vaikutuksen ennen leikkausta. (Rautava-Nurmi ym. 2012: 49.)

Hoidon tulos kuvaa muutosta, joka on tapahtunut potilaan tilassa. Suhteessa hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin, arvioidaan potilaan nykytilaa, vointia sekä selviytymistä. Hoidon tuloksen arvioinnissa on kolme luokitusta: Potilaan tila parantunut, ennallaan tai huonontunut. Parantumisella tarkoitetaan potilaan lähtötilanteeseen verrattavaa voinnin, terveydentilan ja selviytymisen merkittävää kohentumista. Jos hoidon tulokseksi laitetaan ennallaan, ei potilaan tilassa ole tapahtunut muutoksia. Huonontumisella tarkoitetaan potilaan lähtötilanteeseen verrattavaa voinnissa tapahtunutta merkittävää huonontumista. (Ensio ym. 2012:18, 24.)

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan olemassa olevan tiedon kokonaisuutta. Kokoamalla samaan aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen saadaan kuvaus siitä, millaista tutkimustietoa on olemassa, miten paljon sitä on olemassa ja millaista se sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007: 2.) Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota yhteen tietoa ja tehdä siitä synteesi aiempien tutkimusten perusteella. Kokoamalla yhteen olemassa olevaa tutkittua ja tieteellistä tietoa saadaan selville, mitä aiheesta on aiemmin tutkittu ja millaista olemassa oleva tieto sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. Kirjallisuuskatsaus sopii menetelmänä, kun etsitään näyttöön perustuvaa tietoa ja uusinta tieteellistä tietoa. Kirjallisuuskatsauksen menetelmällä voidaan löytää korkealaatuisia tutkimustuloksia. (Johansson ym. 2007: 3 - 4, 46.)

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan; ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun, toinen vaihe katsauksen tekemisen tiedon-

hakuineen, analysointeineen sekä synteeseineen ja kolmannessa vaiheessa katsaus raportoidaan. (Johansson ym. 2007: 5 - 6.) Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan mitä aiheesta on aiemmin tutkittu ja määritellään kirjallisuuskatsauksen tarve. Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma ohjaa työn etenemistä, ja siihen määritellään tarkat tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymysten tulee olla mahdollisimman selkeät, jotta saadaan vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiä määrittämisen jälkeen valitaan menetelmät katsauksen tekoon, määritellään hakutermit ja valitaan sopivat tietokannat hakujen suorittamiseen. (Johansson ym. 2007: 6.)

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat tarkasti valikoituja ja rajattuja. Käytettäessä tätä tutkimustapaa on huomioitava, että tutkimukset kohdistuvat tiettyyn ajanjaksoon ja niitä on näin ollen päivitettävä ja tarkistettava. Manuaalista tiedonhaku on suositeltavaa käyttää, jotta tiedonhausta saadaan mahdollisimman kattava. Tutkimusten valinnan jälkeen tutkimukset analysoidaan sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaan ja tutkimusten tulokset syntetisoidaan. Kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan, tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. Luotettava kirjallisuuskatsaus vaatii vähintään kahden tutkijan tiivistä yhteistyötä. Tarkka kirjaaminen kirjallisuuskatsauksen kaikista vaiheista on tärkeää. (Johansson ym. 2007: 6 - 7, 46.)

4.2 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella kirjallisuuskatsauksen ja aikaisemman tieteellisen ja tutkitun tiedon pohjalta Kymenlaakson keskussairaalan Leikoyksikön leikkausta edeltävän sairaanhoitajan vastaanotto käynnistä tehtyä mallihoitosuunnitelmaa.

Kirjallisuuskatsauksen lähtökohtana on aina ennalta mietityt tutkimuskysymykset, joihin etsitään vastauksia, kysymyksiä on yleensä 1 - 3. Tutkimuskysymyksiä tulisi olla mahdollisimman selkeitä. (Johansson ym. 2007: 6.) Tutkimuskysymyksistä ilmenee kirjallisuuskatsauksen tavoitteet, eli se mihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2006: 39).

Tätä opinnäytetyötä varten on määritelty seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat lonkka- ja polviproteesileikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella?
2. Mitkä ovat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella?
3. Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon toteutuksessa?
4. Miten näyttöön perustuvan tiedon pohjalta laadittu polven- ja lonkan tekonivelpotilaan preoperatiivinen hoitoprosessi eroaa mallihoitosuunnitelmasta?

4.3 Sisällönanalyysi

Seuraavassa kirjallisuuskatsauksen vaiheessa määritellään tutkimuksen menetelmät eli hakutermit ja tietokannat mitä tutkimuksessa käytetään (Johansson ym. 2007: 6, 49). Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat on mietitty jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla erikseen. Lopulliset hakusanat päätimme koehakujen jälkeen. Alla olevissa kuvissa (kuvat 1-3) on esitetty erikseen jokaisen tutkimuskysymyksen hakusanat.

Kuvassa 1 on esillä ensimmäisen tutkimuskysymyksen hakusanat ”Mitkä ovat lonkka- ja polviproteesileikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella?”

-perioperatiivinen	-potilasohjaus
-infektiot	-kirurgia

Kuva 1. Hakusanat ensimmäiselle tutkimuskysymykselle

Kuvassa 2 on esillä toisen tutkimuskysymyksen hakusanat ”Mitkä ovat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoitotyön suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella?”

-lonkkaproteesi	- polviproteesi
-preoperatiivinen hoitotyö	-kirurgia
-perioperatiivinen hoitotyö	-komplikaatiot
-tekonivel	-elektiivinen leikkaus

Kuva 2. Hakusanat toiselle tutkimuskysymykselle

Kuvassa 3 on esillä hakusanat ja tietokannat kolmannelle tutkimuskysymykselle ”Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoitotyön toteutuksessa?”

- kirjaaminen	-kirurgia
- aseptiikka	-leikkausalue
- pesu	

Kuva 3. Hakusanat kolmannelle tutkimuskysymykselle

Seuraavaksi valitaan tutkimuksessa käytettävät tietokannat. Hakuja on hyvä tehdä eri tietokannoista. Tutkimusten hakuprosessi on tärkeä vaihe tutkimuksen onnistumisen kannalta, koska virheet hakuprosessin aikana voivat johtaa siihen, että tutkimuksesta tulee epäluotettava. (Johansson ym. 2007: 49.) Alustavia koehakuja teimme eri tietokantoihin helmi - maaliskuussa 2015. Sopivia tietokantoja ja hakutermejä miettiesämme otimme yhteyttä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikoon. Tapasimme hänet 16.3.2015 ja esittelimme hänelle opinnäytetyömme aiheen ja hakusanat, joita olimme miettineet. Saimme häneltä hyviä neuvoja hakujen tekemiseen ja tietokantojen käyttämiseen. Tämän tutkimuksen hakusanat- ja lausekkeet, hyväksytyt ja hylätyt tutkimukset on esitetty taulukoissa 1 - 3.

Tässä opinnäytetyössä tietokannoiksi valikoituivat Medic ja Melinda. Medic on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, ja sen on tuottanut vuodesta 1978 alkaen Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko. Medic sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. (Johansson ym. 2007: 30.)

Melinda on Suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo. Melinda sisältää Suomen kansallisbibliografian sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja Turun ammattikorkeakoulun tietokantoihin sisältyvistä kirjoista, aikakauslehdistä ja sarjoista, kartoista, visuaalisesta aineistosta, arkistoista ja elektronisesta aineistosta. Melinda sisältää tiedot ammattikorkeakoulujen kirjastojen, maakuntakirjastojen ja erikoiskirjastojen aikakauslehdistä. (Johansson ym. 2007: 29.)

Hakutermien ja tietokantojen valinnan jälkeen tutkimusten valintaa varten asetetaan tarkat valinta- ja sisäänottokriteerit, ja ne tulee kuvata tutkimuksessa tarkasti. Tulee huomioida, että sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat tarkoituksenmukaiset ja johdon-

mukaiiset sen kannalta, mitä aiheesta halutaan tutkia ja tietää. (Johansson ym. 2007: 6.) On tärkeää, että tutkija valitsee mahdollisimman täsmällisesti ne tutkimukset, jotka ovat tutkimuskysymysten kannalta oleellisia (Kääriäinen ym. 2006: 41). Sisäänotto- ja poissulkukriteerit voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin, tai tutkimusasetelmaan (Johansson ym. 2007: 6). Tässä opinnäytetyössä sisäänotto- ja poissulkukriteereiksi asetimme seuraavat kriteerit: tutkimuksen tulee olla tieteellinen artikkeli, - tutkimus tai väitöskirja, tutkimusten tulee olla suomenkielisiä, tutkimukset sijoittuvat aikavälille 2008 - 2015 ja tutkimuksen on oltava sopiva aiheemme kannalta. Tämän kirjallisuuskatsauksen hyväksytyt tutkimukset on valittu sen perusteella, miten hyvin ne vastaavat asetettuja sisäänottokriteerejä.

Tämän opinnäytetyön alkuperäistutkimusten haku on suoritettu maaliskuussa 2015 edellä mainittuihin tietokantoihin. Tutkimuskysymyksiin perustuva tiedonhaku tehtiin kattavasti ja systemaattisesti. Jotta hausta saatiin mahdollisimman kattava, hakuja toteutettiin sekä manuaalisesti ja systemaattisesti kahdesta eri tietokannasta. Jokaiseen tutkimuskysymykseen teimme mahdollisimman monipuoliset haut, käyttäen eri hakusanoja- ja termejä. Heikon kielitaitomme ja resurssien vuoksi rajasimme alkuperäistutkimusten haut vain suomenkielisiin tutkimuksiin.

Haku Medic-tietokannasta on tehty seuraavilla valinnoilla: hakusanoja yhdistävät ”AND” ja ”OR”, tutkimukset ovat vuosilta 2008 - 2015, kielivalinta on suomi tai englanti, kaikki julkaisutyypit ovat käytössä ja asiasanojen synonyymit ovat käytössä. Haku Melinda-tietokannasta on tehty seuraavilla valinnoilla: monikenttähaku oli käytössä, haku rajattiin vuosille 2008 - 2015, hakusanat kirjoitettiin kaikki-kohtaan ja katkaistiin?-merkillä ja aineisto rajattiin opinnäytteisiin (Taulukot 1 - 3).

Taulukossa 1 on esitetty hakusanat, tietokannat ja löydökset ensimmäiselle tutkimuskysymykselle ”Mitkä ovat lonkka- ja polviproteesileikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella?”

Taulukko 1. Hakulausekkeet ensimmäiselle tutkimuskysymykselle

Hakulauseke	Tietokanta	Rajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella hylätyt	Tiivistelmän perusteella hylätyt	Kokotekstin perusteella hylätyt	Hyväksytyt
periop* OR potilasohja*	Medic	2008-2015 Suomi tai Englanti Kaikki julkaisutyypit Asiasanojen synonyymit käytössä	227	210	8	6	3
kiru? potilasohj?	Melinda	2008-2015 Opinnäytteet Monikenttähaku	7	2	2	2	1
potilasohj?	Melinda	Haku vuosilta 2008-2015 Opinnäytteet Monikenttähaku	115	105	5	4	1

Valitut tutkimukset yhteensä 5

Taulukossa 2. on esitetty hakusanat, tietokannat ja löydökset toiselle tutkimuskysymykselle ” Mitkä ovat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella?”

Taulukko 2. Hakulausekkeet toiselle tutkimuskysymykselle

Hakulauseke	Tietokanta	Rajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella hylätyt	Tiivistelmän perusteella hylätyt	Kokotekstin perusteella hylätyt	Hyväksytyt
lonk- kapro* AND polvipro* OR preop*	Medic	2008-2015 Suomi tai Englanti Kaikki julkaisutyypit Asiasanojen synonyymit käytössä	46	31	5	5	5
kir* AND tekoniv* AND komp*	Medic	Suomi tai Englanti Kaikki julkaisutyypit Asiasanojen synonyymit käytössä	4	1	0	0	3
elekt* AND leik* OR tekoniv*	Medic	Suomi tai Englanti Kaikki julkaisutyypit Asiasanojen synonyymit käytössä	140	121	6	10	3
elect?leik? ?	Melinda	2008-2015 Opinnäytteet Monikenttähaku	19	1	0	18	0
perioper? komp?	Melinda	2008-2015 Opinnäytteet Monikenttähaku	8	1	0	7	0

Valitut tutkimukset yhteensä 11

Taulukossa 3. on kuvattu tietokannat ja löydökset kolmannelle tutkimuskysymykselle ”Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon toteutuksessa?”

Taulukko 3. Hakulausekkeet kolmannelle tutkimuskysymykselle

Hakulauseke	Tietokanta	Rajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella hylätyt	Tiivistelmän perusteella hylätyt	Kokotekstin perusteella hylätyt	Hyväksytyt
leik* AND kirj*	Medic	2008-2015 Suomi tai englantia	28	24	1	2	1
kir* AND kirj* OR asept*	Medic	2008-2015 Suomi tai englantia Asiasanojen synonyymit käytössä	340	323	8	8	1
leik- kausalue* OR pesu*	Medic	2008-2015 Suomi tai englantia Asiasanojen synonyymit käytössä	174	165	0	8	1

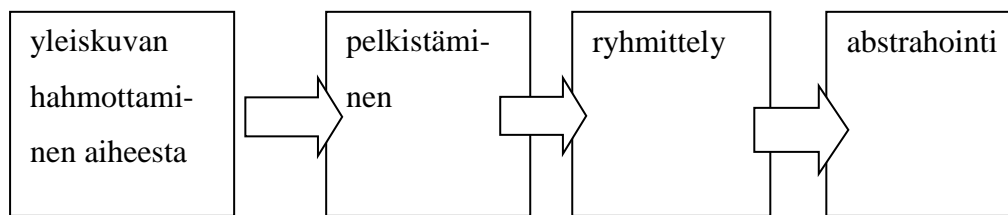
Valitut tutkimukset yhteensä 3

Tutkimusten hakuvaiheessa on suositeltavaa käyttää manuaalista hakua, jotta tuloksista saadaan mahdollisimman laajoja. (Johansson ym. 2007: 49). Manuaalista tiedonhakuja tehtäessä olemme käyneet läpi Hoitotiede-lehden sisällysluettelot vuosilta 2008 - 2015. Otsikon perusteella valitsimme kaksi potilasohjausta käsittelevää artikkelia työhön mukaan. Tutkiva hoitotyö -lehdestä valikoitui mukaan yksi potilasohjausta käsittelevä tieteellinen artikkeli. Manuaalista hakua teimme Terveysportista ja Google Scholarista, jotta hauista saatiin aiheen kannalta mahdollisimman kattavia. Google Scholarin kautta löytyi yksi tutkimus aiheeseemme liittyen ja Tampereen yliopiston verkkokirjaston haun avulla löysimme yhden lääketieteen syventävän työn, joka liittyi hyvin aiheeseemme. Manuaalisen haun valitut tutkimukset on esitetty liitteessä 2. Systemaattisesti haettujen alkuperäistutkimusten valinta tapahtui vaiheittain ja perustui sisäänottokriteereihin. Ensin tarkasteltiin tutkimuksen otsikkoa ja mietittiin, vastaako se sisäänottokriteerejä. Mikäli vastaavuus ei selvinnyt siitä, seuraavaksi valinta tehtiin tiivistelmän tai kokotekstin perusteella. Opinnäytetyöhön valikoitui yksi väi-

töskirja, viisi pro gradua, kaksitoista Suomen lääkärilehden artikkelia, joista kuusi oli käynyt läpi vertaisarvioinnin ja yksi Finnanest - lehden artikkeli, joka käsitteli nivelporoteesileikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen vastaanottokäynnin hyödyllisyyttä. Valitut alkuperäistutkimukset, menetelmät ja keskeiset tutkimustulokset on esitetty liitteessä 1. (Liite 1.)

Tämän opinnäytetyön valitut alkuperäistutkimukset on analysoitu sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi määrittellään menetelmäksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavia ilmiöitä ja sen avulla voidaan muodostaa kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs, Kääriäinen, Elo, Pölkki & Kanste 2010: 103; Tuomi & Sarajärvi 2009: 103.) Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaisia erilaisia tutkimuksia (Tuomi ym. 2009: 91). Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko deduktiivisesti tai induktiivisesti. Tutkimuksen tarkoituksesta riippuu, kumpaa käytetään (Kyngäs ym. 2010: 139.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jaotella neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa luodaan ja hahmotetaan yleiskuva haetusta aineistosta. Toisessa vaiheessa aineisto pelkistetään, eli tiivistetään. Aineisto tiivistetään tai pelkistetään niin että, olennainen sisältö säilyy. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään. Ryhmittelystä voidaan käyttää nimeä klusterointi. Ryhmittelyssä muodostetaan aineistosta ylä- ja alaluokkia, minkä jälkeen luokat nimetään. Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyvaiheessa on jo mukana aineiston abstrahointia. (Kylmä & Juvakka 2007: 116 - 119.) Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valitun tiedon pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tässä opinnäytetyössä on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia. (Tuomi ym. 2009: 111.) Aluksi muodostimme kokonais kuvan valituista tutkimuksista, minkä jälkeen kävimme jokaisen tutkimuksen erikseen läpi. Kirjasimme muistiin tärkeimmät asiat jokaisesta tutkimuksesta. Niistä alleviivasimme eri väreillä eri tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset, jotka kirjasimme myöhemmin aihealueittain eri paperille. Lopuksi yhdistimme ne aihepiireittäin eri ryhmiksi. Tämän opinnäytetyön aineiston analysointi on tehty Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mallin mukaan. (Ks. Kuva4.) Sisällönanalyysin prosessi esimerkki on esitetty liitteessä 3.



Kuva 4. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet

5 TULOKSET

5.1 Lonkka- tai polviproteesi leikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon tarpeet

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä korostui potilasohjauksen merkitys preoperatiivisessa vaiheessa, jotta potilas voi valmistautua tulevaan leikkaukseen turvallisesti mielin. Ohjauksen tulee perustua tutkittuun tietoon. (Lipponen 2014: 50; Kääriäinen 2008:13). Hoitohenkilökunta tarvitsee myös jatkuvaa koulutusta ohjaukseen liittyen. (Saarela 2013: 34, 46).

Vuorovaikutus ja potilaslähtöinen ohjaus

Laadukas potilasohjaus perustuu hoitajan ja potilaan väliseen hyvään vuorovaikutukseen. Ohjauksessa hoitajan tulee edistää hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. (Kääriäinen 2008: 14; Saarela 2013: 37.) Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa potilasta rohkaistaan osallistumaan aktiivisesti keskusteluun. (Saarela 2013: 37; Kääriäinen 2008: 12). Potilaille tulee myös olla mahdollisuus kysyä häntä askarruttavista asioista ja antaa mahdollisuus antaa palautetta ohjauksesta (Kääriäinen 2008: 12). Asunmaan (2010) tutkimuksen mukaan tasavertaisen vuorovaikutussuhteen onnistuminen edellyttää hoitajalta potilaan kuuntelemista ja kykyä tulkita sanaton viestintä eli taitoa ”lukea rivien välistä”. (Asunmaa 2010: 38). Ohjauksessa pyritään vahvistamaan potilaan omaa aktiivista osallistumista ohjaukseen, eli ohjauksen tulee olla potilaslähtöistä. Potilas tulee ottaa ohjauksessa aktiiviseksi osallistujaksi omaan hoitoonsa. (Kääriäinen 2008: 13; Saarela 2013: 29; Eloranta ym. 2014: 71). Terveystieteiden ammattihenkilö voi auttaa potilasta kuntoutumaan ja selviytymään auttamalla potilasta löytämään omat voimavaransa ja hyödyntämään niitä. Potilasohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan voimavaraantumista (Grahn 2014: 51; Arifulla 2010: 72.) Lipponen (2014) tutkimuksen mukaan potilasohjausta toteutettiin potilaslähtöisesti, ohjauksessa

huomioitiin potilaan tunteet ja ongelmat. Potilaalle annettiin myös myönteistä palautetta ohjauksen aikana. (Lipponen 2014: 45.) Lipposen (2014) ja Kääriäisen (2014) tutkimusten mukaan hoitohenkilöstön asenteet ovat merkittävässä roolissa potilasohjauksessa ja hoitajien tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat palvelujen laatuun (Lipponen 2014: 59; Kääriäinen 2008: 11).

Perheen ja omaisten huomioiminen ohjauksessa

Asunmaan (2010) ja Saarelan (2013) tutkimusten mukaan perheet olivat kokeneet osallistumisen mahdollisuudet hoitoon heikoiksi (Asunmaa 2010: 30; Saarela 2013: 43). Potilaat toivoivat, että omaiset otettaisiin aktiivisemmin mukaan ohjaukseen. (Kääriäinen 2008: 12). Ohjaus vähentää omaisten ahdistuneisuutta ja parantaa heidän kykyään tukea potilasta. (Eloranta ym. 2014: 12). Saarelan (2013) tutkimuksen mukaan potilaat voimavaraistuiivat saadessaan ohjaustilanteessa jakaa leikkauksesta ja sairaudesta aiheutuvaa taakkaa omien läheistensä kanssa (Saarela 2013: 32). Perhe ja läheiset toivoivat eniten tietoa leikkauksen jälkeisestä ajasta. Perheen elämäntilanteen myötäeläminen ja perheen auttaminen omien tunteiden ymmärtämisessä koettiin heikoksi. Perheet kokivat myös, että he eivät olleet saaneet riittävästi tukea jaksamiseensa. (Asunmaa 2010: 39,40 - 43.) Omaiset toivoivat myös enemmän tietoa konkreettisten asioiden järjestämisessä, esimerkiksi erilaisista tukipalveluista, sosiaalipalveluista ja sosiaalietuuksista (Asunmaa 2010: 38 - 41; Eloranta ym. 2014: 65). Potilaat kaipaivat myös enemmän tietoa hoidon sivuvaikutuksista, jatkohoidon suunnittelusta ja sairauden vaikutuksesta elämään (Eloranta ym. 2014: 65).

Ohjausmenetelmien käyttö ja kehittämistarpeet

Potilasohjaus on keskittynyt eniten sanalliseen ohjaukseen, kirjallista materiaalia on käytetty suullisen ohjauksen tukena (Lipponen 2014: 59; Eloranta ym. 2014: 70; Grahn 2014: 51). Arifullan (2012) tutkimuksen mukaan merkityksellisessä roolissa potilasohjauksessa ovat käytettävissä olevat ohjeet ja materiaalit (Arifulla 2012: 50). Grahnin (2014) tutkimuksen mukaan kirjallisten potilasohjeiden koettiin toimivan suullisen ohjauksen tukena (Grahn 2014: 50).

Erilaisia ohjausmenetelmiä tulisi hyödyntää ja käyttää enemmän kirjallisten potilasohjauksen rinnalla (Lipponen 2014: 53; Eloranta ym. 2014: 71). Ohjausmateriaalina on käytetty eniten kirjallista materiaalia. Perinteisten kirjallisten materiaalien rinnalle tu-

lisi kehittää uusia ohjausmenetelmiä ja varmistaa hoitotyöntekijöiden osaaminen menetelmien käytössä. (Eloranta ym. 2014: 70.) Erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota (Kääriäinen 2008: 11). Grahnin (2014) tutkimuksen mukaan erityisryhmiä ei huomioitu tarpeeksi potilasohjeissa (Grahn 2014: 50). Saarelan (2013) tutkimuksen mukaan yksilöllinen ohjaus oli koettu ryhmäohjausta paremmaksi tavaksi (Saarela 2013:45). Lipposen (2014) ja Kääriäisen (2008) mukaan potilaita ohjataan vertaistukeen heikosti (Lipponen 2014: 51; Kääriäinen 2008: 11). Hoitohenkilöstöllä on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan ohjauksen suhteen ja hyödyntää siinä uusinta tutkimustietoa. Hoitohenkilöstö tarvitsee koulutusta sairauksista, oireista, hoidosta ja ohjausmenetelmistä sekä koulutusta siitä, mitä hyvä ohjaus sisältää. (Kääriäinen 2008: 12; Lipponen 2014: 49.) Kirjalliset potilasohjeet tulee päivittää ja arvioida säännöllisesti, potilaiden tulee saada myös osallistua arviointiin (Grahn 2014: 50). Ohjaukseen käytettävä aika on liian vähäistä. Sähköistä hoitokerptomusta tulisi käyttää sekä kehittää ohjausta annettaessa (Lipponen 2014: 59). Ohjauskäytäntöjen kirjaaminen ja yhtenäistäminen lisäisivät tietoa siitä, mitä ohjausta potilas on jo saanut. (Kääriäinen 2008: 13).

5.2 Lonkka- tai polviproteesi leikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon suunnitellut toiminnot

Toisessa tutkimuskysymyksessä, hoidon suunnitelluissa toiminnoissa, nousivat esille preoperatiivisen käynnin merkitys, leikkaukseen tulevan potilaan terveydentilan sekä perussairauksien vaikutus leikkaukseen sekä tekonivelinfektioiden ehkäisy preoperatiivisessa valmistelussa.

Leikkauskelpoisuuden arviointi

Preoperatiivinen käynti sairaanhoitajan vastaanotolla ennen leikkausta vähentää leikkauskomplikaatioiden määrää (Kuusniemi, Haapoja, Pihlajamäki & Virolainen 2009). Leikkausta edeltävässä arvioinnissa tulee huomioida, että suurella osalla leikkaukseen tulevista potilaista esiintyy muutoksia tai häiriöitä elinjärjestelmissä (Tikkanen, Tohmo, Vironen & Aittomäki 2008). Preoperatiivisen käynnin myötä on myös todettu hoidon laadun paranemista ja potilasturvallisuuden lisääntymistä. (Kuusniemi ym. 2009). Monet tutkimukset ja hoidon arviointi vievät aikaa ja vaatii monialaista yhteistyötä ammattiryhmien välillä. On erityisen tärkeää, että leikkausta heikentävät riskite-

kijät tunnistetaan tarpeeksi ajoissa ennen leikkausta, jotta potilaan yleiskunto saataisiin mahdollisimman hyväksi ja perussairaudet mahdollisimman hyvään hoitotasapainoon. Ennen leikkausta tehtävät tutkimukset määräytyvät potilaan esitietojen, kliinisten löydösten sekä riskitekijöiden perusteella. Preoperatiivisia seurantatutkimuksista, joita ovat ekg, thorax – röntgen, hemoglobiinin, kreatiniinin sekä elektrolyyttien tutkimuksista ei ole hyötyä hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden preoperatiivisessa arvioinnissa. (Tikkanen ym. 2008.) Iäkkäiden leikkaukseen tulevien potilaiden ilman kliinistä aiheutta tehty preoperatiiviset laboratoriotutkimukset eivät myöskään ole tarpeellisia. Tutkimusten tarpeita arvioitaessa otetaan kuitenkin huomioon potilaan mahdolliset perussairaudet sekä leikkaustyyppi. On kuitenkin todettu, että preoperatiivisesta käynnistä hyötyvät eniten iäkkäät ja monisairaant potilaat, preoperatiivisen käynnin myötä myös leikkausperuutukset ovat vähentyneet. (Oksanen, Mattila & Hynynen 2008; Kuusniemi ym. 2009.)

Jämsen, Helminen, Nevalainen, Viitanen, Vähävuori ja Korpi-Hyövälti (2012) toteavat tutkimuksessaan, että leikkauskomplikaatioiden yhtenä riskitekijänä on stressihyperglykemia, jossa potilaan verensokeri nousee leikkauksen aiheuttaman stressitilan myötä. Sen merkitystä ei pitäisi väheksyä. Diabetesta tulisi seuloa aktiivisesti etenkin liikuntaelinsairauspotilaita mm. tekonivelleikkaukseen tulevilta. Ennen leikkausta oleviin rutiinitoimenpiteisiin kuuluu diabetesta sairastavilla potilailla hoitotasapainon arviointi, myös glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt tulee tutkia ennen tulevaa leikkausta. (Jämsen ym. 2012.)

Tekonivelleikkauksen jälkeen laskimotukoksen riski kasvaa. Aikaisempi laskimotukos, trombofili ja syöpä lisäävät laskimotukoksen vaaraa. Preoperatiivisen käynnin yhteydessä tulee neuvotella laskimotukosta ehkäisevästä hoidosta ottaen huomioon potilaan perussairaudet. Neljän viikon mittainen tromboosiprofylaksi lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen estää tehokkaasti syvien laskimotukosten syntyä. Polven tekonivelleikkauksen jälkeisestä profylaksiahoidosta ei ole saatu tutkimusnäyttöä. (Halinen, Lassila, Miettinen & Kärkkäinen 2008.)

Tekonivelpotilaan infektioiden ehkäisy

Hampaiden hoito ennen tekonivelleikkausta on tarpeen, koska useimmiten hampaiden löytyy hoidettavaa ja leikkausta voidaan joutua siirtämään sen takia. Meurmanin ja Paavolaisen (2013) artikkelin mukaan oleellista on suun ja hampaiden hyvä, säännöllinen hoito ennen leikkausta ja sen jälkeen. Tekonivelleikkauspotilaan hoidossa korostuvat myös säännölliset käynnit suuhygienistin tai hammaslääkärin luona. (Meurman & Paavolainen 2013.)

Hirviheimon (2013) tutkimuksen mukaan potilaan ylipaino on yksi riskitekijä tekonivelinfektiolle. Potilaan painoindeksin ollessa yli 30 infektion riski kasvaa merkittävästi. Ylipainoisia potilaita tulisi kannustaa painonpudotukseen ennen leikkausta ja sen tiimoilta tulisi erikoissairaanhoidon tehdä yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa. Tekonivelinfection muita riskitekijöitä ovat alipaino, diabetes, nivelreuma, sepelvaltimotauti sekä päihteiden käyttö. Preoperatiivisessa arvioinnissa todetut ihorikot tai infektiot lisäävät tekonivel-infektoriskiä ja ovat usein myös esteenä tekonivelleikkaukselle. Tutkimuksessa todettiin infektioiden olevan jossain määrin ehkäistävissä, huomioimalla potilaan riskitekijät ennen leikkausta. (Hirviheimo 2014: 37 – 39.)

Potilaan päihteiden käytön arviointi

Potilaan päihteiden käyttö on erityisen tärkeää selvittää preoperatiivisella vastaanotokäynnillä, koska tupakointi ja alkoholin käyttö lisäävät merkittävästi leikkaus- ja anestesiatyökalu- ja leikkausalueen infektiota. Lopettamalla tupakointi preoperatiivisesti 1 - 2 kk ennen leikkausta, voidaan näitä lisäriskejä pienentää. Tupakointi juuri ennen anestesiaa voi olla riittävä peruste siirtää leikkausta. (Puura 2000.) Tukea tupakoinnin lopettamiseen tulee aktiivisesti tarjota kaikille sitä suunnitteleville. Tutkimusnäytön perusteella tupakoinnin lopettamisen tulokset ovat sitä parempia, mitä huolellisempia vieroituksen valmistelussa ollaan. Potilaskertomukseen tulisi olla kirjattuna tupakoiko potilas vai ei ja tämä tieto tulisi olla selkeästi näkyvissä potilaskertomusta avattaessa. Motivoinnin apuna tupakoinnin lopettamiseen voi käyttää erilaisia testejä, kuten Fagerströmin testiä, jonka avulla saadaan selvitettyä riippuvuuden tasoa. Alkoholin suurkuluttajat ovat muita alttiimpia postoperatiivisille komplikaatioille, heillä esiintyy vertailussa olevia henkilöitä enemmän leikkausalueen- sekä muita infektiota. (Winell, Aira & Vikman 2012.) Suutalan (2014) mukaan tutkimuksissa on

näytetty, että suurkuluttajan tunnistaminen preoperatiivisesti on yllättävän haasteellista. (Suutala 2014: 2, 17). Alkoholin käyttötottumusten selvittämiseen on kehitetty erilaisia kysely mittareita, kuten Audit, Mast ja Cage. Käytännön työssä 10 kysymystä sisältävä Audit on koettu vaivalloiseksi toteuttaa, mutta sen lyhempi versio, Audit -C soveltuu hyvin kliiniseen työhön. (Niemelä 2013). Suutalan (2014) mukaan Audit on tärkein rakenteinen kyselymittari alkoholin kulutusta arvioitaessa, mutta on näytetty, että myös lyhyemmän Audit -C kyselyn täyttö edistää postoperatiivisten komplikaatioiden ehkäisyä. Kun halutaan selvittää tarkemmin alkoholista aiheutuneita haittoja, käytetään 10 kysymyksen Audit testiä. (Suutala 2014; Niemelä 2013.) Suutalan (2014) mukaan on näyttöä siitä, että suurkuluttajien leikkauskomplikaatioita voitaisiin vähentää jos heidät tunnistettaisiin preoperatiivisesti ja he olisivat käyttämättä alkoholia kuukauden ajan ennen leikkausta. Potilasohjaus alkoholin käytön riskeistä ja lopettamisen merkityksestä ennen elektiivistä leikkausta tulisi sisällyttää preoperatiivisiin rutiinitoimenpiteisiin. (Suutala 2014.)

5.3 Polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon toteutuksessa korostuvat asiat

Polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon toteutuksessa korostuivat aseptinen työote, kirjaaminen ja potilasohjaus.

Aseptiikan toteuttaminen

WHO:n suositusten mukainen oikeaoppinen käsien desinfektio toteutui vain 40 %:ssa havainnoissa. Puutteita oli desinfektioon käytetyn ajan pituudessa ja teknisessä toteutuksessa. Hyvä kirurginen käsidesinfektio olisi mielletävä olennaiseksi osaksi normaalia leikkaustoimintaa. Hyvän, oikeaoppisen käsihygienian toteuttaminen kuuluu jokaisen terveydenhuollon työntekijän ammattietiikkaan. Hyvän kirurgisen käsidesinfektion toteutumista tulisi myös valvoa, koska sen toteutuminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. (Rintala, Laurikainen, Kaarto & Routamaa 2014.) Kanervan ja Hietaniemen (2014) artikkelissa todettiin, että oikean käsihygienian oikeaoppisella toteuttamisella on suuri merkitys koko leikkausprosessissa ja sitä tulee toteuttaa jo preoperatiivisessa vaiheessa. Oikeaoppisen käsidesinfektion käyttö lisää myös potilasturvallisuutta. (Kanerva & Hietaniemi 2014.)

Potilasohjauksen merkitys preoperatiivisessa hoitotyössä

Myös tämän tutkimuskysymyksen tuloksissa korostui potilasohjauksen merkitys tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan hoidon toteutuksessa. Palosen (2014) mukaan ohjauksen tulee yksilöllistä. Hoitajat käyttivät puolet poliklinikkakäynnin ajasta potilasohjaukseen. (Palonen ym. 2014.) Potilaslähtöinen ohjaus vähentää potilaan pelkoja ja hoitoon liittyviä komplikaatioita. (Eloranta ym. 2012). Erilaisten ohjausmenetelmien käyttö perinteisten kirjallisten ohjausmenetelmien rinnalla korostui useassa tutkimuksessa (Kääriäinen 2008: 10; Eloranta & Katajisto 2014: 70). Kirjaamisessa on havaittu puutteita hoidon hättävien vaikutusten osalta. Kirjaamisessa tulisi ottaa käyttöön yhtenäiset luokitus- ja kirjaamisperusteet hättävien vaikutusten kirjaamisen osalta. (Miettinen, Saano, Taam-Ukkonen & Penttinen 2010.) Laadukasta potilaslähtöistä ohjausta on käsitelty laajemmin luvussa 5.1.

5.4 Miten näyttöön perustuvan tiedon pohjalta laadittu polven- tai lonkan tekonivelpotilaan preoperatiivinen hoitoprosessi eroaa mallihoitosuunnitelmasta

Mallihoitosuunnitelmassa hoidon tarve osiossa keskitytään vain leikkauksesta aiheutuviin riskeihin ja tietämättömyyteen leikkaukseen liittyvistä asioista, mutta näyttöön perustuvan tiedon pohjalta voidaan todeta, että preoperatiivisen ohjauksen tulisi olla kokonaisvaltaisempaa. Tekonivelleikkauspotilaan hoidon tarpeissa korostuu potilaslähtöinen ohjaus. Potilaslähtöinen ohjaus lisää potilaan tyytyväisyyttä, sitoutumista omaan hoitoonsa ja lievittää potilaan mahdollisia pelkoja. Potilaslähtöisellä ohjauksella pyritään lisäämään potilaiden tietämystä omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa ja vähennetään hoitoon liittyviä komplikaatioita. (Eloranta ym. 2014: 65.) Mallihoitosuunnitelmassa on huomioitu potilaan mahdollinen tietämättömyys leikkaukseen liittyvistä asioista, mutta tutkimustulosten mukaan myös potilas pitäisi ottaa aktiivisemmin mukaan ohjaukseen, potilaalle tulisi antaa mahdollisuus kertoa omista tavoitteistaan ja toiveistaan hänen omasta hoidostaan (Eloranta ym. 2014: 70). Sairaanhoidajan ja potilaan välinen hyvä vuorovaikutus ja luottamuksellinen suhde on laadukkaan potilasohjauksen perusta. Luottamuksellisen suhteen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat sairaanhoidajan asiantuntijuus, potilaan huomioiminen, rauhallisuus ja kiireettömyys. (Asunmaa 2010: 30.) Mallihoitosuunnitelmassa hoidon tavoitteena on, että potilas valmistautuisi mahdollisimman turvallisesti ja turvallisella mielellä tulevaan leikkaukseen, hyvä vuorovaikutussuhde lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Tasavertainen

vuorovaikutussuhde edellyttää potilaan kuuntelemista, potilasta tulee rohkaista osallistumaan keskusteluun ja hänellä tulee olla mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista (Asunmaa 2010: 38; Kääriäinen 2008: 12). Mallihoitosuunnitelmassa tulisi ohjauksessa huomioida myös potilaan omaiset. Omaisilla saattaa esiintyä potilasta enemmän huolia hoitoon liittyvissä asioissa. Omaiset ovat kokeneet, että he eivät ole saaneet riittävästi tukea omaan jaksamiseensa. (Asunmaa 2010: 39, 40 - 43.) Potilaan omaiset toivovat enemmän tietoa leikkauksen jälkeisestä ajasta (Asunmaa 2010: 30, 44). Potilaat myös itse toivovat, että omaiset otettaisiin aktiivisemmin mukaan ohjaukseen. Ohjaukseen osallistuminen parantaa omaisten kykyä tukea potilasta ja sen myötä omaisten kokema ahdistuneisuus vähenee. (Kääriäinen 2008: 12.)

Potilasohjauksessa korostuvat käytettävät ohjeet ja materiaalit. (Arifulla 2012: 64). Suullisten ohjeiden lisäksi ohjauksessa tulisi hyödyntää kirjallisia ohjausmateriaaleja. Kirjalliset ohjeet toimivat suullisten ohjeiden tukena. (Grahn 2014: 50.) Kirjallisten ohjausmateriaalien hyödyntäminen potilasohjauksessa tulisi olla huomioitu myös mallihoitosuunnitelmassa.

Saadut tutkimustulokset tukevat mallihoitosuunnitelman suunniteltujen toimintojen sisältöä kuten, potilaan terveydentilan kartoittamista ja huomioiden potilaan mahdolliset perussairaudet ennen tekonivelleikkausta. Ennen leikkausta tehtävät tarvittavat tutkimukset määräytyvät potilaan esitetietojen, mahdollisten riskitekijöiden ja kliinisen arvioinnin perusteella. Näyttöön perustuvan tiedon perusteella potilaan päihteidenkäyttötottumuksien selvittämisessä käytetään hyödyksi erilaisia mittareita, kuten Audit - testiä alkoholin käytön selvittämisessä ja Fagerströmin testiä tupakoinnin riippuvuuden asteen arvioinnissa. Mallihoitosuunnitelmassa on huomioitu Audit -C kyselymittarin käyttö selvitettäessä potilaan päihteiden käyttötottumuksia. Niemelän (2013) artikkelin mukaan, tulisi käyttää laajempaa 10 kysymyksen Audit- testiä, jos alkoholin käyttöä halutaan selvittää laajemmin (Niemelä 2013). Tupakoinnin seurannan osalta mallihoitosuunnitelmassa on huomioitu melko suppeasti potilaan tupakointitottumusten selvittäminen. Mallihoitosuunnitelmassa on ainoastaan mainittu tupakoinnista kysyminen ja tarvittaessa Fagerströmin testi. Winell ym. (2012) artikkelissa todetaan, että lääkärin tai hoitajan tulee ottaa potilaan tupakointi aktiivisesti esille, vaikka käynti ei varsinaisesti liittyisi asiaan (Winell ym. 2012). Preoperatiivisella käynnillä tupakoinnin käytön selvittäminen on erityisen tärkeää, koska tupakointi tulisi lopettaa mahdollisimman ajoissa ennen tulevaa leikkausta, koska se lisää leikkauskomplikaatioiden

riskiä. (Puura. 2000). Tukea tupakoinnin lopettamiseen tulisi tarjota aktiivisesti kaikille tupakoiville potilaille (Winell ym.2012). Tupakointiin liittyvä tuen antaminen olisi hyvä olla kirjattuna myös mallihoitosuunnitelmaan.

Tekonivelleikkauspotilaan preoperatiivisissa valmisteluissa on erityisen tärkeää huomioida potilaan mahdolliset infektiot ja niiden hoitaminen ennen tulevaa leikkausta, mallihoitosuunnitelmassa ei ole huomioitu infektioiden selvittämistä tai niiden ennaltaehkäisyä. Ylipainoisella potilaalla tekonivelinfektioiden riski kasvaa, on tärkeää, että potilas saa ohjausta, neuvontaa ja tukea painonpudotukseen liittyvissä asioissa ennen leikkausta. (Hirviheimo 2014: 38). Mallihoitosuunnitelmassa on maininta potilaan terveyttä edistävästä ohjauksesta, mutta olisi hyvä, että ylipaino mainittaisiin vielä erikseen, koska potilaan ylipaino on merkittävä riskitekijä tekonivelleikkauksessa. Potilas on ohjattava hyvissä ajoin ennen leikkausta hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolle, jotta mahdolliset suun alueen infektiot löydettäisiin ja saataisiin hoidettua ennen tekonivelleikkausta. (Meurman ym. 2013).

Jämsenin ym. (2012) artikkelin mukaan diabeteksen seulonta ennen elektiiivistä leikkausta on tärkeää ja sitä tulisi seuloa erityisesti tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden kohdalla. Ennen leikkausta tehtäviin rutiinitoimenpiteisiin tulisi sisällyttää diabetestä sairastavien potilaiden hoitotasapainon arviointi ja yleisesti glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt tulisi tutkia ennen tulevaa leikkausta. (Jämsen ym. 2012.) Edellä mainitut asiat tulisi lisätä mallihoitosuunnitelmaan.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Preoperatiiviseen hoitoon liittyviä tutkimuksia on tehty Suomessa melko vähän. Potilasohjaukseen liittyviä tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita löytyi kuitenkin melko hyvin. Preoperatiiviseen hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia löytyi heikonlaisesti tai ne eivät olleet sopivia aiheemme kannalta. Tutkimustietoa olisi löytynyt enemmän tekonivelleikkauksen intra- ja postoperatiivisesta vaiheesta.

Potilasohjauksessa tulisi huomioida potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Potilaan turvallisuuden tunteen luomiseen sekä pelkojen vähenemiseen ja leikkauskomplikaatioiden minimointiin vaikuttavat ohjauksessa korostuva potilaan yksilöllisyyden huomiointi sekä hyvä luottamuksellinen vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä. (Saarela 2013: 37; Asunmaa 2010: 38; Kääriäinen 2008: 11.) Tutkimustulosten mukaan potilaan omaisia ei huomioida ohjaustilanteissa tarpeeksi. Omaiset toivoisivat enemmän tietoa käytäntöön liittyvistä asioista, kuten leikkauksen jälkeisestä tilanteesta. (Asunmaa 2010: 30, 44). Leiko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien tulisi huolehtia oman osaamisensa päivittämisestä potilasohjaukseen sekä ohjausmenetelmiin liittyen, koska ajan tasalla olevat tiedot ja taidot ovat perusta onnistuneelle potilasohjaukselle. Tutkimustuloksissa korostui hyvän vuorovaikutussuhteen merkitys potilaan kokonaisvaltaisessa ohjauksessa. Totesimme tutkimustulosten perusteella, että potilasohjauksen tulisi pyrkiä kokonaisvoimavaraiseen ohjaukseen.

Tekonivelleikkaukseen liittyviä riskitekijöitä on paljon, mm. potilaan perussairaudet, ylipaino sekä päihteiden käyttö. Riskitekijöiden tunnistaminen ennen leikkausta on tärkeää. Erityisesti infektioiden ehkäiseminen ja niiden hoito ennen tekonivelleikkausta korostuvat preoperatiivisessa hoitotyössä. (Hirviheimo, 2014: 37 - 39). Hampaiden ja suun perusteellinen tutkimus korostuu tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle (Meurman ym. 2013). Sairaanhoitajan tulee ohjata potilas riittävän ajoissa hammaslääkärin vastaanotolle ja ohjeistaa potilasta toimittamaan sairaalaan todistus suun terveyden tilasta. Tutkimusten mukaan infektioiden ennaltaehkäiseminen ja niiden hoito vähentävät leikkausperuutuksia.

Potilaan yleiskunto tulisi olla mahdollisimman hyvä ennen leikkausta ja perussairaudet hyvässä hoitotasapainossa. Suurella osalla leikkaukseen tulevista potilaista esiintyy muutoksia tai häiriöitä terveydentilassa, joiden kautta arvioidaan tarpeelliset preoperatiiviset tutkimukset. Preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät potilaan kliinisen tilan mukaan. (Tikkanen ym. 2008.)

Stressihyperglykemia on tila, jossa leikkauksen aikainen elimistössä tapahtuva stressitila johtaa verensokerin nousuun, jolloin leikkauskomplikaatioiden riski lisääntyy. Preoperatiivisessa vaiheessa olisikin erityisen tärkeää, etenkin tekonivelleikkauspotilaiden kohdalla selvittää mahdolliset glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt, jolloin lääkahoito voitaisiin aloittaa riittävän ajoissa ennen leikkausta. (Jämsen ym. 2012.) Tutki-

muksen perusteella voidaan todeta, että potilaan verensokerin mittaus tulisi kuulua leikkausta edeltäviin rutiinitoimenpiteisiin.

Nykypäivänä päihteiden käyttö on lisääntynyt ja onkin tärkeää, että potilaan päihteiden käyttötottumukset selvitetään mahdollisimman tarkasti ennen leikkausta ja ne tulisi olla myös selkeästi kirjattuna potilastietoihin. Löytämämme tutkimusten mukaan päihteidenkäytön selvittämisessä tulisi hyödyntää aktiivisesti erilaisia mittareita, mm. Auditteja ja Fagerströmin testejä. Sairaanhoidajan tehtävänä on tukea ja kannustaa potilasta päihteettömyyteen ennen leikkausta. Potilaalle annetaan tietoa päihteettömyyttä tukevista hoitomahdollisuuksista, esimerkiksi tupakoivien kohdalla nikotiinikorvaushoidosta. (Winell ym. 2012; Niemelä 2013).

Aseptiikan merkitys korostuu erityisesti intraoperatiivisessa vaiheessa, mutta aseptisen työotteen merkitys tulisi huomioida jo preoperatiivisessa hoitotyössä. Miettisen ym. (2010) artikkelin mukaan kirjaamisessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota haittavaikutusten kirjaamiseen. Haittavaikutusten tarkka ja yhtenäinen kirjaaminen lisäävät myös potilasturvallisuutta (Miettinen ym. 2010).

6.2 Luotettavuuden tarkastelu

Tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka virheitä pyritään välttämään tutkimusta tehdessä. Tästä johtuen luotettavuutta arvioidaan kaikissa tutkimuksissa. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on kehitetty kaksi käsitettä: reliabiliteetti ja validiteetti. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Silloin kun kaksi tutkijaa päätyy samaan lopputulokseen, voidaan tulosta pitää reliaabelina. Validius tarkoittaa pätevyyttä; mittaako mittari / tutkimusmenetelmä juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata? Validiteetti mittaa, onko tutkimus perusteellisesti tehty, ovatko saadut tutkimustulokset ja tehdyt päätelmät oikeita. (Hirsjärvi ym. 2013: 231.)

Kirjallisuuskatsauksessa tulee arvioida alkuperäistutkimuksen laatu. Kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta pyritään lisäämään laadun arvioinnilla sekä tuottamaan suosituksia uusille jatkotutkimuksille. Luotettavuuden lisäksi laadun arvioinnilla ohjataan tulosten tulkintaa ja määritellään vaikutusten voimakkuutta. Laadulle määritetään tutkimussuunnitelmassa peruskriteerit, mutta vielä ennen alkuperäistutkimusten lopullista valintaa kriteereitä tarkastellaan ja tarkennetaan. Alkuperäistutkimuksien laadun

arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten luotettavaa tutkimuksesta saatu tieto on, samalla arvioidaan myös tulosten tulkintaa ja kliinistä merkitystä. (Johansson ym. 2007: 101.)

Kirjallisuuskatsauksessa niin laadun arvioinnissa kuin muissakin tutkimuksen vaiheissa käytetään kahta tai useampaa arvioijaa. Alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa on tärkeää käyttää systemaattista ja standartoitua menetelmää, jotta välttyttäisiin systemaattiselta harhalta. (Johansson ym.2007: 102.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tutkimuksessa oli kaksi tekijää, teksti ja haut on tarkistettu useaan otteeseen. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta on arvioitu tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Ennen tiedonhakua asetimme tutkimuksille tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Käytimme monipuolisia hakusanoja ja sanayhdistelmiä, joilla pyrimme saamaan mahdollisimman luotettavia ja aiheeseemme sopivia alkuperäistutkimuksia. Työmme luotettavuutta lisää myös se, että teimme koehakuja laajasti ennen lopullista tiedonhankintaa tietokannoista. Tapasimme myös Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikon, joka opasti meitä eri tietokantojen käytössä.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teosta. Luotettavuuden kannalta heikentävä seikka on myös se, että tutkimuksessa käytettiin ainoastaan suomenkielisiä tutkimuksia.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijoiden tulee noudattaa hyviä tieteellisen käytännön ohjeita koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimusta tehdessä. Tutkimuksen tulosten tallentaminen, esittäminen ja arviointi on myös tehtävä huolellisesti. Tutkijan tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tulosten esittämisessä tutkijan tulee toimia avoimesti. Tutkija suhtautuu muiden töihin kunnioittavasti ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa työssään. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.)

Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut tutkittavasta kohteesta sekä uuden informaation hankkimisesta. Jotta informaatiosta saadaan mahdollisimman luotettavaa, on tut-

kimusalaan perehdyttävä tunnollisesti. Tutkijalta vaaditaan aitoa rehellisyyttä, vilpin harjoittamiseen syyllistyminen on kiellettyä. Tutkimuksesta, joka voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa, tulee pidättäytyä. Ihmisarvoa tulee kunnioittaa, tutkimuksen tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa eikä moraalista arvoa. Tieteellistä informaatiota tulee käyttää eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkimusta tehdessä, tutkijan tulee edistää omaa ammatinharjoitustaan, tutkijoiden tulee myös suhtautua toisiinsa arvostavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 211 - 212.) Tutkimuksen aihetta valittaessa tulee sitä pohtia myös eettisesti. Eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää se, miksi aiheesta tehdään tutkimus ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2001: 126.)

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme noudattaneet eettisiä periaatteita. Emme ole käyttäneet plagiointia ja tulokset on esitetty rehellisesti. Luotettavuuden arviointi on huomioitu koko tutkimusprosessin ajan. Raportointi on toteutettu huolellisesti ja lähteet merkitty asianmukaisesti.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että tieteellistä tutkimusnäyttöä tulisi olla enemmän rutiinitoimenpiteistä, jotka kuuluvat preoperatiiviseen potilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyömme käsitteli ainoastaan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivista hoitotyötä, joten mielestämme yhtenä jatkotutkimusehdotuksena onkin mallihoitosuunnitelmaan perustuva tekonivelpotilaan koko hoitoprosessi sisältäen intra- ja postoperatiiviset hoitotyön vaiheet. Tutkimustuloksissa korostui myös potilasohjauksen merkitys ja erityisesti hyvän vuorovaikutussuhteen tärkeys sairaanhoitajan ja potilaan välillä, joten jatkotutkimuksia tarvittaisiin erityisesti tekonivelpotilaan ohjauksesta. Niiden tulisi sisältää laajempaa tietoa kokonaisvaltaisen potilasohjauksen eri alueilta.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. 1.-2. painos. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Anttila, V.-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. 2010. 6. painos. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

Arifulla, D. 2012. Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Asunmaa, H. 2010. Tekonivelleikkauspotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä: Potilaan ja läheisen näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede. 1/2014. Vol. 26. Sastamala: Vammalan kirjapaino. s. 63 -73.

Grahn, K. 2014. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Halinen, M., Lassila, R., Miettinen, H., Kärkkäinen, M. & Kaila, M. 2008. Laskimotukoksen ehkäisy lonkan ja polven elektiivisen tekonivelleikkauksen yhteydessä. Suomen lääkärilehti 12-13/2008, s.1165 - 1169.

Hammar, A.-M. 2011. 1.painos. Kirurgian perusteet. Helsinki. WSOY Pro oy.

Hautakangas, A.-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. 1.painos. Hoitotyö päivä-kirurgisella osastolla. Porvoo: WSOY.

Hekkala, N. & Alahuhta, S. 2006. Korkea painoindeksi ja anestesia. Finnanest. 4/2006, s. 289.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirviheimo, M. 2014. Potilastietojärjestelmästä saatu tiedon hyödyntäminen tiedon- ja tekstinlouhinnan avulla. Tekonivelinfektion ennustaminen ja haittatapahtuman ehkäiseminen erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Hynynen, M. 2013. Liitännäissairaudet voivat vaarantaa leikkaustuloksen. Duodecim 21/2013, s. 2207 - 2208.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut [viitattu 9.4.2015].

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino –Turun yliopisto.

Jokelainen, K. 2013. Alkoholien kulutuksen kasvu lisää maksasairauksien riskiä. Suomen lääkärilehti 25 - 32/2013, s. 1880 - 1884.

Jämsen, E., Helminen, H., Nevalainen, P., Viitanen, H., Vähävuori, H., & Korpi-Hyövälti, E. 2012. Kirurgisen potilaan hyperglykemian hoito. Suomen lääkärilehti. 45/2012, s. 3297 - 3302.

Kanerva, M., & Hietaniemi, K. 2014. Käsihuuhdetta olkaa hyvät. Suomen lääkärilehti. 21/2014, s. 1539.

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

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa – malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen lääkärilehti nro 45/2008, s. 3887 – 3891.

Kuurne, S. 2015. Mallihoitosuunnitelma. PowerPoint esitys. Carea.

Kuusniemi, K., Haapoja, E., Pihjalämäki, K. & Virolainen, P. 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. Finnanest nro 42/2009, s. 231 - 234.

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

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M., & Kanske, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2/2011. Sastamala: Vammalan kirjapaino, s. 138-148.

Kääriäinen, M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede. 1/2006, s. 37-45. Sastamala: Vammalan kirjapaino.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. 4/2008.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1 [viitattu 22.1.2015].

Liljamo, P., Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. 2012. FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöopas. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden_opas_korjattu_liitteenä_olevaa_SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1 [viitattu 24.4.2015].

Lipponen, K. 2004. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Mallihoitosuunnitelma. 2014. Carea. Elektiivinen leikkauspotilas Leiko yksikössä.

Meurman, J. & Paavolainen, P. 2013. Hammasperäisten tekonivelinfektioiden ehkäisy. Suomen lääkärilehti 3/2013, s. 139-142.

Miettinen, M., Saano, S., Taam-Ukkonen, M. & Penttinen, J. 2010. Voidaanko haittavaikutusten kirjaamista tehostaa? Suomen lääkirilehti 12/2010.

Niemelä, O. 2013. Alkoholien riskikäytön laboratoriomittarit. Suomen lääkirilehti 25-32/2013, s. 1885 - 1890.

Nissinen, A. 2013. Huonot hampaat voivat aiheuttaa tekonivelinfektion. Hammaslääkirilehti 3/2013, s.16.

Oksanen, T., Mattila, K., & Hynynen, M. 2008. Iäkkään potilaan leikkauskelpoisuuden arviointi. Duodecim. 7/2008, s. 797 – 801.

Palonen, M., Aho, A.-L., & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arviointiin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede. 2/201, s. 114 - 124.

Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014. Käypä hoito suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054#NaN> [viitattu 29.1.2015].

Puura, A. 2000. Tupakka ja anestesia. Finnanest 5/2000, s. 467 - 470.

Rautava –Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. 1.painos. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma pro Oy.

Rintala, E., Laurikainen, E., Kaarto, A-M. & Routamaa, M. 2014. Käsien desinfektiossa on parantamisen varaa leikkausosastoilla. Suomen lääkirilehti 21/2014, s. 1555 – 1559.

Rintanen, H., Vuorenkoski, L. & Hämäläinen, P. 2010. Voidaanko haittavaikutusten kirjaamista tehostaa. Suomen lääkirilehti. 12/2010, s. 1131 – 1132.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. 2007. 2.painos. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009 298/2009

Suomen reumaliitto. Saatavissa: http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/lonkan_tekonivelleikkaus/ [viitattu 17.1.2015].

Suutala, J. 2014. Alkoholien suurkuluttaja leikkauskohteena. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto.

Tekonivelpotilaan suunhoito. 2013. Suomen hammaslääkäriliitto. Saatavissa: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/suu-ja-yleisterveys/tekonivelpotilaan-suunhoito#.VQhnROG26nd> [viitattu 17.3.2015].

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Tekonivelkirurgia. Saatavissa: <http://www.thl.fi/sv/tutkimus-ja-asiantuntijaty/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/tekonivelkirurgia> [viitattu 29.1.2015].

Terveysportti. 2015. Lääkärin tietokannat. Leikkausta edeltävä arviointi. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=tekonivel [viitattu 14.2.2015]

Tikkanen, H., Tohmo, H., Vironen, J. & Aittomäki, J. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Duodecim 11/2008.

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko – toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 4/2008, s. 310 – 311.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Juva: WSOY.

Winell, K., Aira, M. & Vilkmán, S. 2012. Näin tuen tupakoinnin lopettamista. Suomen lääkäri-lehti 48/2012, s. 3565 - 3568.

Tutkimustaulukko 1. tutkimuskysymyksen ” Mitkä ovat lonkka- tai polviproteesileikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella” valituille alkuperäistutkimuksille.

Tekijät, tutkimus, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Lipponen, Kaija.</p> <p>Potilasohjauksen toimintaedellytykset. 2014. Oulun yliopisto, väitöstutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasohjauksen toimintaedellytyksiä.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja tekijöistä, jotka vaikuttavat siihen, sekä potilasohjauksen kehittämisestä hoitohenkilöstön yhteistyönä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Aineiston keruussa käytettiin kyselylomaketta. Kirurgiselta (n=203) ja perusterveydenhuollon (n=377) hoitohenkilöstöltä.</p>	<p>Hoitohenkilöstön asenteet olivat myönteisiä potilasohjausta kohtaan. Hoitohenkilöstön tiedot sekä taidot olivat hyvällä tasolla. Enemmän huomiota tulisi kiinnittää ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön. Kehittämistarpeita olivat ohjaukseen käytettävässä ajassa sekä ohjaustiloissa ja välineistössä. Kehittämistyö vahvistaa ohjausosamista. Potilasohjeita tulisi olla enemmän ja niitä pitäisi päivittää ja täydentää. Enemmän huomiota tulisi kiinnittää myös perehdyttämiseen.</p>

<p>Saarela, Katariina.</p> <p>Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. 2013. Tampereen yliopisto, pro gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta kirurgisen potilaan ohjausta. Tavoitteena oli kehittää ja suunnitella kirurgisen potilaan ohjausta.</p>	<p>Aineisto kerättiin asiantuntijasairaanhoidajien (n=16) laatimien esseekirjoitelmien avulla. Asiantuntijasairaanhoidajat toimivat itsenäisesti vastaanotoillaan kirurgisen potilaan ohjaustyössä.</p>	<p>Asiantuntija sairaanhoitajien kokemukset potilaiden ohjauksesta tiivistyivät potilaiden kokonaisvoimavaraistamiseen ohjauksella. Kokonaisvoimavaraistaminen ohjaus on potilaslähtöistä ja siihen tarvitaan tiettyjä ohjauksen hallinnan osa-alueita. Laadukkaasti toteutettua potilasohjauksen toteuttamiseen tarvitaan vuorovaikutteisuuden perustuva, dynaaminen ohjausprosessi. Ohjausprosessin jokaisessa osa-alueessa on havaittavissa jatkuva muutoksen mahdollisuus. Potilasohjauksen tulisi olla systemaattista, kehitettyä ja tarkoin suunniteltua sekä potilaan kokonaisvoimavaraistamiseen pyrkivää toimintaa.</p>
<p>Asunmaa, Heidi.</p> <p>Tekonivelleikkauspotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä: potilaan ja läheisen näkökulma. 2010. Tampereen yliopisto, pro gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja verrata tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden perheen tuensaantia. Tutkimus tehtiin potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Tarkoituksena oli arvioida milaista tukea perhe olisi toivonut käydessään ensikäynnillä poliklinikalla ja miten asiantuntija sairaanhoitaja on tukenut potilaan perhettä.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin ”perheiden tuki” mittaria, joka oli kohdistettu potilaan läheisille. Potilaalla käytettiin vastaavaa mittaria, jolla arvioitiin potilaan mielihyvyyttä perheen saamasta tuesta. Mittarilla saatiin arvioita perheen hoitohenkilökunnalta saamasta tuesta perheen omaa näkökulmaa käyttäen. Tutkimuksessa oli mukana 44 perheenjäsentä sekä 44 potilasta.</p>	<p>Tulosten mukaan perhe on saanut hyvää tukea ensikäynnillä niin perheiden kuin potilaidenkin mielestä. Vahvimaksi tukemisen osa-alueista koettiin perheen kohtaaminen. Potilaan perheen hoitoon osallistuminen koettiin heikoimmaksi osa-alueeksi. Tiedon saanti sekä perheen kohtaaminen koettiin hyväksi. Perheen elämäntilannetta sekä tunteita ei huomioitu tarpeeksi perheenjäsenten ja potilaiden mielestä. Osallistumismahdollisuuden perheenjäsenek kokivat kohtalaiseksi kun taas potilaat kokivat sen hyväksi. Perheen jäsenten ja läheisten tulisi saada enemmän heidän omaa jaksamistaan tukevaa tietoa. Enemmän apua haluttaisiin konkreettisten asioiden järjestämiseen. Ensikäynnillä tulisi huomioida perheen yksilöllinen tilanne ja tarpeet.</p>

<p>Arifulla, Dinah.</p> <p>Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö. 2012. Turun yliopisto, pro gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida kirurgisten potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä Suomen yliopistosairaaloissa. Tutkimuksessa selvitettiin potilasohjeiden valmiuksista tukea voimavaraistavaa potilasohjausta.</p>	<p>Tutkimuksen aineistona käytettiin viiden yliopistosairalan potilasohjetta, jotka on suunnattu kirurgisille aikuispotilaille.</p>	<p>Tulosten mukaan viimeisten kolmen vuoden aikana (2010-2012) vain 36% (n=18) potilasohjeista oli julkaistu. Potilasohjeiden laatu vaihtelee. Ulkoasultaan potilasohjeet olivat johdonmukaisia ja selkeitä. Potilasohjeissa kuvattiin toimenpidettä ja siitä selviytymistä. Infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö esitettiin toisen asian kautta epäsuorasti. Infektioiden syntyä ja torjuntaa tarkasteltiin ihon kunnon sekä ylipainon osalta, mutta infektioiden ei viitattu potilasohjeissa suoraan. Potilasohjeissa oli käsitelty käsihygienian merkitystä, mutta sen toteuttamista ei ohjeistettu ollenkaan.</p>
<p>Grahn, Kristina.</p> <p>Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. 2014. Jyväskylän yliopisto, pro gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen alueella, millaisiksi potilaat arvioivat heidän saamiaan potilasohjeita.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella lonkan- ja polven tekonivelleikkaukseen sekä ortopediseen päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevien potilaiden kohdalla. (n=334). Potilaat arvioivat saamiaan kirjallisia ohjeita tutkimuksessa kehitetyn mittarin avulla.</p>	<p>Potilaiden sitoutumista omaan hoitoonsa sekä potilastyytyväisyyttä lisää se, että potilaat saavat osallistua itse ohjausmateriaalien suunnitteluun ja arviointiin. Sisällöltään, ulkoasultaan ja hyödyllisyydeltään potilasohjeet ovat pääosin hyviä. Kriittisemmin ohjeiden ulkoasuun suhtautuivat miehet. Potilaiden mielestä ohjeet edistävät leikkauksesta toipumista ja ne ovat selkeitä sekä sisältävät tarpeeksi tietoa. Mahdollisia ongelmatilanteita ei ohjeissa mainittu. Ohjeissa ei myöskään huomioitu erityisryhmän potilaita, esimerkiksi muistisairaita.</p>

Tutkimustaulukko 2. Tutkimuskysymyksen ”mitä sisältyy polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon suunniteltuihin toimintoihin näyttöön perustuvan tiedon perusteella” valituille alkuperäistutkimuksille

Tekijä, tutkimus ja vuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hynynen, Markku.</p> <p>Liitännäissairaudet voivat vaarantaa leikkaustuloksen. Duodecim 2013 vol 129 no 21.</p>	<p>Katsauksessa käsitellään potilaan perussairauksien vaikutuksia leikkauskomplikaatioihin. Artikkelissa kuvataan yhden potilaan leikkauksessa syntyvä sydäninfarkti.</p>	<p>Katsausartikkeli.</p>	<p>Yhteistyö kirurgien, anestesiologien ja kardiologien välillä pitäisi olla tiiviimpää. Riskiryhmät tulisi määrittellä, jotta voitaisiin tehdä tiettyjä etukäteen määriteltyjä tutkimuksia leikkauskomplikaatioiden ehkäisemiseksi. Lääketiede on kehittynyt huomasti ja se on johtanut pitkälle vietyyn erikoistumiseen anestesiologien, kirurgian ja teho-hoidon erikoisaloilla.</p>
<p>Jämsen, E., Helminen, H., Nevalainen, P., Viitanen, H., Vähävuori, H., Korpi-Hyövälti, E.</p> <p>Kirurgisen potilaan hyperglykemian hoito. Suomen lääkäri-lehti 2012 no 45.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>	<p>Katsauksessa käsitellään kirurgisen aikuispotilaan hyperglykemian hoitoa hoitoketjun eri vaiheissa ja erityisesti elektiiivisiin toimenpiteisiin liittyvän sairalahoidon yhteydessä.</p> <p>Katsauksessa kuvataan erikseen Etelä - Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä noudatettavia diabeteksen seulontakäytäntöjä ennen leikkausta ja potilaiden hyperglykemiaa leikkaushoidon yhteydessä.</p>	<p>Tieteellinen artikkeli - katsaus.</p>	<p>Väestöstä diabetesta sairastavista kaksi kolmasosaa jää diagnosoimatta, diabetesta tuleekin aktiivisesti seulota erityisesti tuki ja liikuntaelinsairauspotilailta (mm. tekonivelpotilaat) ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaus sekä verisuonikirurgisilta potilailta. Ko. potilasryhmissä glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt ovat vielä yleisempiä kuin muilla potilasryhmillä. Diabeteksen seulonta perusterveydenhuollossa tai erikoissairanhoidossa on tärkeää ennen elektiiivistä leikkausta. Seulonnan apuna voi käyttää riskitestiä. Lääkehoidolla voidaan tehokkaasti vaikuttaa hyperglykemiaan ennen ja jälkeen leikkauksen. Stressihyperglykemian merkitystä leikkauksen yhteydessä ei pidä väheksyä.</p>

<p>Tikkanen, H., Tohmo, H., Vironen, J., Aittomäki, J.</p> <p>Leikkausta edeltävä arviointi. Duodecim 2008 vol 124 no 11.</p>	<p>Artikkelin tavoitteena on yhtenäistää aikuispotilaiden leikkausta edeltävää arviointia, hoitoa ja muuta potilaan tilan optimointia ennen leikkausta. Kun leikkauksen kelpoisuutta heikentävät riskit tunnustetaan ajoissa, potilas ehdittäin ohjata kuntoa kohentamaan harjoitteluun, päihteistä vieroittautumiseen ja ravitsemustilan arviointiin sekä muihin tarvittaviin konsultaatioihin ennen leikkausta.</p>	<p>Käypä - suositus.</p>	<p>Suurella osalla leikkaukseen tulevista potilaista esiintyy muutoksia tai häiriöitä useissa elinjärjestelmissä. Monet leikkausta edeltävät tutkimukset sekä niissä havaittujen muutosten arviointi ja hoito vaativat aikaa ja monialaista yhteistyötä. Leikkausta edeltävää arviointia voidaan tehostaa myös puhe- linhaastattelulla, kyselylomakkeella tai kehoituksella ottaa yhteyttä omaan hoitavaan lääkäriin ennen leikkaukseen tuloa. Preoperatiivisista seulontatutkimuksista (EKG, thoraxröntgen, hemoglobiinin, elektrolyyttien, kreatiniinin määrittäminen) ei ole hyötyä hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden preoperatiivisessa arvioinnissa. Hampaiden ja suun limakalvojen tutkimus + hoito on erityisen tärkeää varsinkin tekonivelleikkauksien yhteydessä. Tupakoinnin lopettamisesta vähintään 1–2 kuukautta ennen leikkausta tulee suositella. Alkoholista tulee pidättäytyä ennen elektiivistä leikkausta, koska alkoholi lisää perioperatiivisiä komplikaatioita.</p>
<p>Oksanen, T., Mattila, K., Hynynen, M.</p> <p>Iäkkään potilaan leikkauksen kelpoisuuden arviointi. Duodecim 2008 vol 124 no 7.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida iäkkäiden potilaiden leikkauksen kelpoisuutta, ja sitä miten se eroaa nuorempien henkilöiden leikkauksen kelpoisuuden arvioinnista.</p>	<p>Artikkeli.</p>	<p>Rutiinisti tehdyt preoperatiiviset laboratoriotutkimukset ilman kliinistä aihetta eivät ole tarpeellisia iäkkäillekään, mutta tarvittaessa tutkimuksia tehdään potilaan perussairauksien ja leikkaustyyppin mukaan.</p>

<p>Kuusniemi, K., Haapoja, E., Pihlajamäki, K., Virolainen, P.</p> <p>Nivelproteesileikkauksen preoperatiivisen käynnin kautta. Finnanest vol 42 no 3</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena on selvittää, miten tekonivelleikkaukseen tuleva potilas hyötyy preoperatiivisesta käynnistä ennen tulevaa leikkausta.</p>	<p>Artikkeli.</p>	<p>Komplikaatiot vähenevät ja leikkaustoiminta tehostuu kun potilas käy preoperatiivisella käynnillä. Preoperatiivinen käynti parantaa hoidon laatua sekä vähentää hoitoon liittyviä kustannuksia. Eniten preoperatiivisesta käynnistä hyötyvät monisairaat sekä iäkkäät potilaat. On todettu, että juuri monisairaiden sekä iäkkäiden potilaiden viime hetken leikkausperuutukset ovat vähentyneet preoperatiivisen käynnin myötä. Potilasturvallisuus ja potilastyytyväisyys ovat lisääntyneet. Sairaalassaoloajat ovat vähentyneet, jolloin myös kustannukset pienentyvät.</p>
<p>Meurman, J., Paavolainen, P.</p> <p>Hammaspörräisten tekoniivelinfektioiden ehkäisy. Suomen lääkärilehti 2013 vol 68 no 3.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>	<p>Katsauksen tarkoituksena oli selvittää, lisääkö hammashoito ennen tekoniivelleikkausta tekoniivelinfektion mahdollisuutta. Tarvitaanko antibioottiprofylaksia ennen hammashoitoa tekoniivelpotilailla ja onko ennen hammashoitoa edeltävällä antibioottiprofylaksialla merkitystä tekoniivelinfektion syntymiselle.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tekoniivelleikkauksen yhteydessä antibioottiprofylaksi on hyödyllinen. Hampaiden hoito ennen tekoniivelleikkausta on tarpeen, koska hyvin usein hampaistosta löytyy hoidettavaa ja usein leikkauksia joudutaan siirtämään hammashoidon vuoksi. Oleellista on suun ja hampaiden hyvä, säännöllinen hygienia ja hoito ennen ja jälkeen toimenpiteen. Suomessa pidetään tarpeellisena tehdä hampaiden preoperatiivinen tarkastus aikaisintaan kolme kuukautta ennen elektiiivistä leikkausta. Antibioottisuojaajan tarpeellisuus elektiiivisiä tekoniivelleikkauksia edeltävissä hammashoitotoimenpiteissä on harkittava joka potilaan kohdalla erikseen, mutta etenkin potilaan hoidossa leikkauksen jälkeen. Antibioottiprofylaksia on hyödyllinen suun invasiivisissa toimenpiteissä ennen tekoniivelleikkausta jos potilaalla on jokin infektiolle altistava sairaus.</p>

<p>Hirviheimo, Marjut.</p> <p>Potilastietojärjestelmästä saadun tiedon hyödyntäminen tiedon- ja tekstinlouhinnan avulla. Tekonivelinfektion ennustaminen ja haattatapahtuman ehkäiseminen erikoissairaanhoidossa. 2014. Itä – Suomen yliopisto, pro gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää voidaanko mahdollisia tekonivelinfektioita aiheuttavia riskitekijöitä selittää tai ennustaa potilastietojärjestelmään kirjattun ja tallennetun tiedon avulla. Tutkimuksen tavoitteena oli saada lisää tietoa siitä, voidaanko ennaltaehkäistä tekonivelleikkauksen jälkeisiä infektioita ja vaaratapahtuman välttämistä.</p>	<p>Tiedon- ja tekstinlouhintaan käytettiin tutkimusmenetelmänä. Kohdejoukkona oli potilaat, jotka olivat saaneet tekonivelinfektion sekä vertaisryhmänä tekonivelleikkauksessa olleet potilaat, jotka eivät saaneet infektiota. Tutkimus kohdentui Kuopion yliopistolliseen keskussairaalaan vuosina 2011-2013.</p>	<p>Kotiutusvaiheessa leikkaushaavan vuotoa esiintyi erityisesti infektion saaneilla potilailla. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää leikkauksen aikaiseen ja jälkeiseen potilaan lämpötilalouden huolehtimiseen. Yhtenä infektion riskitekijänä esiintyi potilaan ylipyäminen. Tekonivelinfektioiden ehkäisemiseen tarvitaan lisätutkimuksia, mutta tutkimuksessa todettiin, että infektiot ovat jossain määrin ehkäistävissä potilaan riskitekijöiden huomioimisella. Kirjaaminen vaatii yhdenmukaistamista ja kehittämistä.</p>
<p>Halinen, M., Lassila, R., Miettinen, H., Kärkkäinen, M., Kaila, M.</p> <p>Laskimotukoksen ehkäisy lonkan ja polven elektiivisen tekonivelleikkauksen yhteydessä. Suomen lääkärilehti 2008 vol 63 no 12 – 13.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää laskimotukosprofylaksian merkitystä ja sen hyötyä lonkan- ja polven tekonivelleikkauksen yhteydessä.</p>	<p>Tieteellinen katsausartikkeli.</p>	<p>Aikaisempi laskimotukos, trombofiliä sekä aktiivinen syöpäsairaus lisäävät laskimotukoksen vaaraa. Preoperatiivisen arvioinnin yhteydessä neuvotellaan laskimotukos ehkäisystä ottaen huomioon potilaan perussairaudet. Polven tekonivelleikkauksen jälkeen oireettomia laskimotukoksia esiintyy runsaasti verrattuna lonkan tekonivelleikkaukseen, mutta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen oireisia laskimotukoksia esiintyy enemmän. Laskimotukoksen ennustaminen on vaikeaa. Laskimotukoksen ilmaantumistaipumus jatkuu pitempään lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Neljän viikon pituinen tromboosiprofylaksi lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen estää tehokkaasti syviä laskimotukoksia. Polven tekonivelleikkauksen jälkeisestä vastaavasta profylaksia hoidosta ei ole näyttöä.</p>

<p>Jokelainen, Kalle.</p> <p>Alkoholin kulutuksen kasvu lisää maksasairauksien riskiä. Suomen lääkärilehti 2013 no 25 – 32.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää mistä lisääntynyt alkoholin käyttö maassamme johtuu ja mitkä ovat väestöme yleisimmät maksasairaudet, mitkä johtuvat alkoholin liikakäytöstä.</p>	<p>Tieteellinen katsausartikkeli.</p>	<p>Alkoholimaksasairaudet ovat tutkimusten mukaan verrannollisia juotuun alkoholimäärään, eikä käyttöön voida määrittää ns. turvallista rajaa. Suuri osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta, vaikka sosiaaliset ongelmat ja vakavat terveystilat kasautuvatkin keskimääräistä enemmän alkoholin riskikäyttäjille. Alkoholihaittojen tehokas ehkäiseminen yhteiskunnassa edellyttää toimenpiteitä, jotka vähentävät haittariskiä koko väestön tasolla, eli ehkäisevät toimenpiteet tulisi kohdentaa ehkäisevästi suuremmalle määrälle ihmisiä jo ennen kuin vakavia haittoja on ehtinyt ilmetä.</p>
<p>Niemelä, Onni.</p> <p>Alkoholin riskikäytön laboratoriomittarit. Suomen lääkärilehti 2013 vol 6 no 25 – 32.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää millä keinoin alkoholin suurkuluttaja voitaisiin parhaiten tunnistaa terveydenhuollossa.</p>	<p>Tieteellinen katsausartikkeli.</p>	<p>Systemaattinen haastattelu ja kliininen tutkimus ovat perustoimenpiteet kun selvitetään potilaan alkoholin käyttötottumuksia. Kyselyillä on tarkoitus saada tietoa alkoholinkäytön määristä ja käyttötottumuksista. Ko.tarkoitusta varten on kehitetty testejä, kuten AUDIT, MAST ja CAGE.</p> <p>Käytännön työssä 10 kysymyksen AUDIT koetaan usein vaivalloiseksi toteuttaa, mutta sen lyhyempi, kolmen kysymyksen versio AUDIT C näyttäisi soveltuvan hyvin kliiniseen työhön.</p> <p>Aina kannattaa kysellä alkoholinkäytön kokonaismääristä, ja kysyä kuinka usein potilas juo humalahakuisesti suuria määriä yhdellä kertaa. Kun halutaan selvittää laajemmin myös alkoholista aiheutuneita haittoja, mittarina voidaan käyttää AUDITin 10 kysymyksen testiä.</p>

<p>Winell, K., Aira, M., Vilkman, S.</p> <p>Näin tuen tupakoinnin lopettamista. Suomen lääkärilehti 2012 vol 67 no 48.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>	<p>Artikkelin tarkoitus oli selvittää tupakoinnin käyttötottumuksia väestössämme ja keinoja millä keinoin tupakoinnin vähentämistä/ lopettamista voitaisiin tukea terveydenhuollossa. Artikkelin tarkoituksena on esitellä lääkärin käytössä olevat keinot tukea potilaiden tupakoinnin lopettamista.</p>	<p>Tieteellinen katsausartikkeli</p>	<p>Tukea tulee aktiivisesti tarjota kaikille lopettamista suunnitteleville/ yrittäville. Tutkimusnäytön perusteella näyttää, että mitä huoleellisempia vieroituksen valmistelussa ja hoidossa ollaan, sitä paremmat ovat tulokset. Hyvin toteutettu vieroitus on erittäin kustannustehokasta. Lääkärin ja hoitajan tulee aktiivisesti ottaa potilaan tupakointi puheeksi, vaikka potilaan tulosy ei varsinaisesti liittyisi asiaan. Keinona ovat interventio ja motivoiva haastattelu. Tiedot tupakoiko potilas vai ei tulisi olla kirjattuna hänen terveystietomukseensa, ja olisi hyvä että ko. tieto tulisi heti kertomusta avattaessa esille.</p>
--	---	--------------------------------------	---

Tutkimustaulukko 3. tutkimuskysymyksen ”Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat polven- tai lonkan tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivisen hoidon toteutuksessa?” valituille alkuperäistutkimuksille

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Rintala, E., Laurikainen, E., Kaarto, A-E., Routamaa, M. Käsien desinfektiossa on parantamisen varaa leikkausosastoilla. Suomen lääkäri-lehti 2014 vol 69 no 21. Vertaisarvioitu.	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygieniayksikkö havainnoi leikkaukseen osallistuvan henkilökunnan kirurgisen käsi-desinfektion toteutumista lokakuusta 2010 kesäkuuhun 2012 asti.	Tieteellinen artikkeli.	Käsien desinfektiossa on parantamisen varaa. Kaikista havainnoista 58 %:ssa desinfektioaika alitti suosituksen mukaisen kolme minuuttia. Puutteita havaittiin käytetyssä ajassa ja teknisessä toteutuksessa. Kaikista havainnoista vain 42 %:ssa desinfektioaika oli suosituksen mukainen eli 3 minuuttia. Tärkeimmät desinfektion esteet olivat pitkät kynnet ja kielteinen asenne desinfektiota kohtaan.
Miettinen, M., Saano, S., Taam-Ukkonen, M., Penttinen, J. Voidaanko haitta-vaikutusten kirjaamista tehostaa? Suomen lääkäri-lehti 2010 vol 65 no 12.	Artikkelissa tarkasteltiin hoitoon liittyvien haittailmoitustapahtumien ilmoittamista ja rekisteröintiä, sekä tarkasteltiin myös niiden vaikutusta potilasturvallisuuteen.	Tieteellinen artikkeli.	HaiPro-järjestelmä näyttää lisäävän potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus paranee luottamuksen, avoimuuden ja kaikkien hoitoon osallistuvien aktiivisuuteen perustuvan raportointimenettelyn avulla. HaiPro-järjestelmä lisää vaarojen ja riskien systemaattista analysointia paikallisesti. Potilasturvallisuuden edistämisen kannalta tärkeää olisi eri rekisterien yhdenmukaistaminen, ja yhdistäminen, sekä tiedonkeruun että tiedon tallentamisen osalta. HaiPro ei yksin riitä potilasturvallisuutta kuvaavan tiedon lähteeksi, vaan sen rinnalle tarvitaan hoitoilmoitusjärjestelmän tuottamaa tietoa, joka mahdollistaa yksiköiden keskinäisen vertailun.
Kanerva, M., Hietaniemi, K.	Tarkoituksena oli selvittää käsi-desinfektio huuhteen käytön merkitystä	Tieteellinen artikkeli.	Preoperatiivisella käsihygienialla on tärkeä merkitys koko leikkausprosessissa. On tärkeää, että käsi-

<p>Käsihuuhdetta olkaa hyvät. Suomen lääkäri- lehti 2014 vol 69 no 21.</p>	<p>perioperatiivisessa hoito- työssä.</p>		<p>desinfektiota toteutetaan oikeaop- pisesti. Käsi-desinfektion oikeaa toteutumista helpottaa ajanottoke- llo desinfektio paikalla. Oikeaoppi- nen käsi-desinfektio on merkittävä asia potilasturvallisuuden kannalta.</p>
--	---	--	---

Tutkimustaulukko 4. manuaalisen haun kautta valituille alkuperäistutkimuksille.

Tekijä, vuosi, tutkimus	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Suutala, Jukka.</p> <p>Alkoholin suurkuluttaja leikkauskohdeena. 2014. Tampereen yliopisto, syventävien opintojen kirjallinen työ.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, miten alkoholin suurkuluttajat tunnistettaisiin ennen leikkausta ja miten paljon leikkauskomplikaatioita potilailla esiintyy jos potilas ei pidättäydy alkoholista ennen leikkausta suositeltua aikaa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Tutkimukset haettiin Medlinesta 25 vuoden ajalta ja lisäksi oli tehty manuaalista tiedonhakua.</p>	<p>Alkoholin suurkulutus lisää riskiä postoperatiivisille komplikaatioille ja suurkuluttajilla esiintyy myös enemmän kirurgisia komplikaatioita leikkauksen jälkeen.</p> <p>Heillä esiintyy vertailussa olevia henkilöitä enemmän paitsi leikkausalueen myös muita infektioita.</p> <p>Tutkimuksissa on näytetty, että suurkuluttajan tunnistaminen ennen leikkausta saattaa olla yllättävän haasteellista.</p> <p>Rakenteisista kyselyistä on hyötyä, ja niiden tukena voidaan käyttää laboratoriotutkimuksia, joilla pyritään tunnistamaan alkoholin suurkulutus ja sen aiheuttamat elinten toimintahäiriöt.</p> <p>Tärkein rakenteinen kyselymittari on Audit. Tutkimusten mukaan alkoholin suurkuluttajien leikkauskomplikaatioita voitaisiin vähentää, jos heidät tunnistettaisiin preoperatiivisesti ja he olisivat käyttämättä alkoholia vähintään kuukauden ajan ennen leikkausta.</p> <p>Tutkimusten mukaan ei vastaavaa tulosta saavuteta lyhyemmällä pidättäytymisellä alkoholin käytöstä. Selkeä potilasohjaus alkoholin käytön riskeistä sekä käytön lopettamisen tärkeys ennen leikkausta tulisi sisällyttää elektiivistä leikkausta edeltäviin rutiinitoimenpiteisiin.</p>

<p>Puura, Arto.</p> <p>Tupakka ja anestesia. Finnanest 2000 vol 33 no 5.</p>	<p>Artikkelissa kerrottiin tupakoinnin useista haittavaikutuksista anestesian yhteydessä ja siitä miten kirurgisia potilaita tulee informoida tupakoinnin haittavaikutuksista ja anestesiakomplikaatiosta jos tupakointia ei lopeteta suositeltua aikaa ennen anestesiaa.</p>	<p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Potilaita tulee informoida tupakoinnin haitoista ja riskeistä ennen anestesiaa. Lopettamalla tupakointi preoperatiivisesti, anestesiakomplikaatioita voidaan pienentää. Pitkään jatkuneen tupakoinnin seuraukset lisättyinä tupakoinnin välittömiin hapenkuljetusta heikentäviin tekijöihin aiheuttavat erityisen suuren anestesariskin. Tupakoitsijoilla on suurempi ja happamampi mahansisältö kuin tupakoimattomilla henkilöillä. Yhden vuorokauden tupakoimattomuus ei vielä muuta mahansisältöä tai sen happamuutta, siitä johtuen tupakoitsijoilla on suurempi happoaspiraatiovaara anestesian aikana. Tupakointi lisää maha- ja pohjukaissuolenhaavaumien esiintyvyyttä. Tupakointi on lopetettava jo 1-2 kk ennenleikkausta, mikäli tupakoinnin aiheuttama postoperatiivinen riski halutaan minimoida. Tupakointi juuri ennen anestesiaa on riittävä peruste siirtää elektiiivistä leikkausta, jos potilaalla on esim. vaikea sydänsairaus.</p> <p>Runsasta opiaattien käyttöä tulee vältellä, koska opiaatit lamaavat yskäreseptoreja ja voivat aiheuttaa potilaalle pitkittyneen hengitysdepression.</p> <p>Puudutukset anestesiamuotona on tärkeää huomioida aina, kun yritetään välttää keuhko-ongelmia. Puudutukset vähentävät opiaattien tarvetta leikkauksen aikana ja postoperatiivisesti.</p>
--	---	--------------------------	---

<p>Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J.</p> <p>Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 2014 vol 26 no 1.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Tutkimuksesta saadulla tiedolla arvioidaan potilasohjauksen laatua, ja tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan käyttää potilasohjauksen kehittämisessä ja koulutuksessa.</p>	<p>Kyselytutkimus, joka tehtiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kohderyhmänä oli yhden yliopistollisen keskussairaalan vuodeosastojen ja poliklinikoiden kaikki vakituiset hoitotyöntekijät samoilta toimialueilta vuosina 2001 ja 2010.</p>	<p>Hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjauksen kokonaisuutena paremmaksi vuonna 2010 kun vuonna 2001. Ohjauksen sisältö keskittyi tietoihin; millaista sairautta potilaat sairastavat, millaista hoitoa he saavat sairauteensa tai miten sairaus vaikuttaa heidän elämäänsä / arkeensa. Vaikka ohjaus on vuosien saatossa parantunut, näyttää edelleen siltä ettei tietoa kerrota riittävän laajasti. Tutkimustulosten mukaan potilaat kaipaavat tietoa esimerkiksi hoitokustannuksista. Ohjausmateriaalina on käytetty eniten kirjallista materiaalia, vaikka perinteisten menetelmien rinnalle tulisi kehittää uusia ohjausmenetelmiä ja varmistaa hoitotyöntekijöiden osaaminen menetelmien käytössä. Onnistunut potilasohjaus edellyttää hoitotyöntekijöiden tavoitteellista toimintaa. Potilas tulee ottaa aktiivisesti mukaan ohjaukseen ja hänelle tulee antaa mahdollisuuksia kertoa omia tavoitteitaan ohjaukselle ja niiden saavuttamiselle. Potilasohjauksen avulla vahvistetaan potilaan omaa elämänhallintaa.</p>
<p>Palonen, M., Aho, A-L., Koivisto, A-M., Kaunonen, M.</p> <p>Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvoihin ohjauksesta erikoissairanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede 2012 vol 24 no 2.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen kehittämiseen erikoissairanhoidon aikuispoliklinikoilla.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä arkistoaineiston analyysinä. Aineisto kerättiin viideltä Tampereen yliopiston sairaalan poliklinikalta. Tutkimusaineisto muodostui POLIHOIQ-hoitoisuusluokitusmittarin (N03301) ja poliklinikan palvelumittarin (N-420) vastauksista.</p>	<p>Potilaat arvioivat saaneensa poliklinikkakäynneillä ohjausta hyvin tai erinomaisesti. Tietoa oli annettu eniten tutkimuksista ja niiden tuloksista. Hoitajat käyttivät poliklinikkakäynnin ajasta lähes puolet potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun, koordinoituihin ja emootionaalisen tuen antamiseen. Hoitajat käyttivät ohjaukseen lähes puolet poliklinikka käyntiin liittyvästä työmäärästä, potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen määrään.</p>

<p>Kääriäinen, Maija.</p> <p>Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 2008 no 4.</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuteen perustuen potilasohjauksen vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksena oli myös kuvata, mitä laadukas potilasohjaus pitää sisällään.</p>	<p>Tieteellinen artikkeli</p>	<p>Laadukas potilasohjaus on monitahoinen ilmiö. Laadukkaana potilasohjauksen kehittämisessä on keskeistä tunnistaa, mistä laadukas potilasohjaus koostuu. Laadukkaana ohjauksen tulee pohjautua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan työkokemukseen. Hoitajan tulee päivittää tietojaan, ylläpitää omia ohjaustaitojaan, rakentaa luottamuksellinen ja hyvä vuorovaikutuksellinen suhde potilaaseen, ja käyttää monipuolisesti erilaisia ohjausmenetelmiä. Hyvällä ja laadukkaalla ohjauksella on onnistuessaan vaikutusta potilaiden terveyteen ja se edistää myös kansantaloudellisia säästöjä.</p>
---	--	-------------------------------	--

Sisällönanalyysin prosessi kuvattuna ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta

Alkuperäisilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Tutkimuksen tulosten perusteella ohjausmenetelmissä pääpaino oli suullisessa ja kirjallisessa ohjauksessa” (Lipponen, K. 2014)</p> <p>”Potilasohjauksessa merkityksellisessä roolissa ovat potilasohjauksessa käytettävät ohjeet ja materiaalit”(Arifulla, D. 2012)</p> <p>”Potilasohjeiden koettiin toimivan suullisen ohjauksen tukena, potilasohjeiden tarkoitus opastaa ja valmistaa potilasta leikkaukseen tai toimenpiteeseen” (Grahn, K. 2014)</p> <p>”Kirjalliset potilasohjeet edistävät potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä kommunikaatiota kun niitä käytetään suullisen ohjauksen tukena, ja potilaalle annetaan mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä” (Grahn, K. 2014)</p> <p>”Erialaisten ohjausmenetelmien käyttö oli vähentynyt, eniten käytettiin kirjallista materiaalia” (Eloranta, S ym. 2014)</p>	<p>Ohjausmenetelmien pääpaino suullisessa ja kirjallisessa ohjauksessa</p>	<p>-Erilaiset ohjausmenetelmät</p> <ul style="list-style-type: none"> • suulliset ohjausmenetelmät • kirjalliset ohjausmenetelmä <p>-Kirjalliset menetelmät suullisten menetelmien tukena</p>
<p>”Tasavertaisuutta vuorovaikutussuhteissa oli tunnistettavissa ohjaajan pyrkimyksistä luoda vuorovaikutteinen ja keskusteleva ohjaussuhde potilaaseen sekä hänen läheiseensä.”(Saarela, K. 2013)</p> <p>” Potilaalle ja hänen läheiselleen tuli antaa ohjaustilanteessa mahdollisuus osallistua keskusteluun aktiivisesti. Ohjaustilanteen vuorovaikutus koettiin tällöin tasavertaiseksi ohjaajan ja ohjattavien kesken”(Saarela, K. 2013)</p> <p>”Taito toimia yhteistyössä moniammatillisesti edellytti ohjaajalta hyviä vuorovaikutustaitoja potilaan hoitoon osallistuvien ja siihen vaikuttavien eri ammattiryhmien ja hoitotahojen kanssa.”(Asunmaa, H. 2010)</p> <p>”Tasavertainen vuorovaikutussuhde edellytti potilaan kuuntelemista ja kykyä tulkita myös</p>	<p>Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus</p>	<p>Hyvän vuorovaikutussuhteen luominen</p>

<p>sanatonta viestintää eli vastaajan sanoin taitoa ”lukea rivien välistä.”(Asunmaa, H. 2010)</p> <p>”Laadukas potilasohjaus edellyttää hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja” (Kääriäinen, M. 2008)</p> <p>”Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun, tarjotaan mahdollisuus kysyä ja antaa palautetta” (Kääriäinen, M. 2008)</p>		
<p>”Ohjauksen tuli olla mahdollisimman perusteellinen edessä olevaa leikkausta ajatellen” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen erikoissairaanhoidon aikuispoliikklinikoilla” (Palonen, M ym. 2012)</p> <p>”Hoitajat käyttivät poliklinikkakäynnin resursseista puolet potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun, koordinointiin ja emotionaalisen tuen antamiseen” (Palonen, M ym. 2012)</p>	Ohjauksen laatu	
<p>”Erityisryhmiä ei huomioitu tarpeeksi potilasohjeissa” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Potilaan fyysisillä ja sosiaalisilla ominaisuuksilla on todettu olevan vaikutusta ohjaukseen”(Palonen, M ym. 2012)</p>	Ohjaukseen vaikuttavat tekijät	Potilaan yksilölliset ominaisuudet huomioitava
<p>”Leikkauksesta tai sairaudesta johtuvat pelot pyrittiin poistamaan sekä erilaiset ennakkoluulot karsimaan.” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Turvallisuuden tunteen välittäminen tärkeää ” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Systemaattisella potilaslähtöisellä ohjauksella pystytään lisäämään hoitoon sitoutumista ja lievittämään pelkoja ja vähentämään hoitoon liittyviä komplikaatioita”(Eloranta ,S ym. 2014)</p>	Turvallisuuden tunteen luominen vähentää potilaan pelkoja	Turvallisuuden tunteen luominen tärkeää

<p>”Potilasohjausta toteutettiin potilaslähtöisesti ja ohjauksessa huomioitiin potilaan tunteet ja ongelmat sekä annettiin potilaalle myönteistä palautetta ohjauksen aikana” (Lipponen, K. 2014)</p> <p>”On tärkeää että hoitotyöntekijät ottavat potilaan aktiivisesti mukaan ohjausprosessiinsa ja antavat hänelle mahdollisuuden kertoa käsityksensä ohjauksen tavoitteista ja niiden saavuttamisesta.” (Eloranta, S. 2014)</p> <p>”Ohjauksella pyrittiin vahvistamaan potilaan asennetta omaan itsehoitoonsa aktiivisena vaikuttajana” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Potilaan ymmärrys hoitoonsa sitoutumisesta vaati potilaan oman näkemyksen selvittämistä ja sen pohjalta hoitoon sitoutumiseen kannustamista hoidon onnistumiseksi” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Luottamuksen luomista lisäsi asiantuntijasairaanhoidajan asiantuntijuus, potilaan huomioiminen, kiireettömyys ja rauhallisuus.” (Asunmaa, H. 2010)</p> <p>”Asiantuntijasairaanhoidajan tuli olla aidosti läsnä potilasta ohjattaessa.” (Asunmaa, H. 2010)</p> <p>”Tukemalla potilaan omaa toimintaa potilasohjauksessa voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja laatua” (Arifulla, D. 2012)</p> <p>”Potilasohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan voimavaraistumista” (Arifulla, D. 2012)</p> <p>Apuna potilasohjauksessa voidaan käyttää kirjallista tai sähköistä potilasohjetta tukemaan voimavaraistavaa potilasohjausta” (Arifulla, D. 2012)</p> <p>”Laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammattilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja” (Kääriäinen, M. 2008)</p> <p>”Potilaalle annetaan vastuu valinnoistaan ja</p>	<p>Luottamuksellisen suhteen luominen ja potilas otetaan ohjaukseen mukaan aktiivisena osallistujana</p>	<p>Potilaslähtöinen ja voimavaraistava ohjaus</p>
--	--	---

<p>toiminnastaan, potilaalle itselleen annetaan oikeus päättää hoidostaan” (Kääriäinen, M. 2008)</p> <p>”Potilaslähtöisellä ohjauksella lisätään potilaiden tietämystä omaan hoitoonsa liittyen”(Eloranta, S. 2014)</p>		
<p>”Läheisten huomioiminen ohjauksessa ottaa läheiset mukaan aktiivisina osallistujina ohjaustilanteisiin”(Saarela, K. 2013)</p> <p>”Potilaat toivovat että omaisia rohkaistaan yhteistyöhön ja heidät otetaan mukaan ohjaukseen ”(Kääriäinen, S. 2014)</p> <p>”Potilas voimavaraistui saadessaan ohjaustilanteissa jakaa leikkauksesta tai sairaudesta saamaansa tietoa ja siitä mahdollisesti aiheutuvaa taakkaa läheisensä kanssa.” (Saarela, K. 2013)</p> <p>”Potilaan vastuu itsestään ja tilanteestaan jakautui toisen vastuunkantajan kanssa” (Saarela, K. 2013)</p> <p>Perhe ja läheiset toivoivat eniten tietoa leikkauksen jälkeisestä ajasta. (Asunmaa 2010: 30,44)</p> <p>Perhe ja potilaat olivat kokeneet perheen kohtelun hyväksi (Asunmaa 2010)</p> <p>Ohjaus vähentää omaisten ahdistuneisuutta ja parantaa heidän kykyään tukea potilasta (Kääriäinen, S. 2014)</p> <p>”Perheenjäsenillä voi olla potilaan tilanteeseen ja hoitoon liittyviä huolia enemmän kuin itse potilaalla.” (Asunmaa, H. 2010)</p>	<p>Omaiset tulee huomioida nykyistä enemmän ja kokonaisvaltaisemmin ohjaustilanteissa</p>	<p>Omaisten aktiivisella huomioinnilla suuri merkitys potilasohjauksessa</p>

<p>”Perheenjäsenet ja potilaat olivat kokeneet tapaamisen terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa myönteisenä, ilmapiirin turvallisena ja luottamusta herättävänä”(Asunmaa 2010)</p>		
<p>”Ohjauksen tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, yksilöllisyyttä, yksityisyyttä.” (Kääriäinen, M. 2008)</p>	<p>Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen</p>	<p>Itsemääräämisoikeuden huomioiminen hoitotyössä</p>
<p>Perhe ei ollut saanut riittävästi tukea omaan jaksamiseensa. (Asunmaa, H. 2010)</p> <p>Ohjausta kaivattiin enemmän sosiaalipalveluista (Asunmaa, H. 2010)</p> <p>Perheen elämäntilanteen myötäeläminen ja perheen auttaminen omien tunteiden ymmärtämisessä koettu heikoksi (Asunmaa 2010)</p>	<p>Omaisten huomioinnin kehittämistarpeet potilasohjauksessa</p>	<p>Perheitä tulee tukea heidän jaksamisessa ja tunteidensa ymmärtämisessä</p>

Mallihoitosuunnitelma: elektiivinen leikkauspotilas Leikoyksikössä

Hoidon suunnitelma: leikkausta edeltävä sairaanhoitajan vastaanotto

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
5436 Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä tiedon tarve <i>Riskit leikkauksesta ja mahdollinen tietämättömyys leikkaukseen liittyvistä asioista</i>	<i>Valmistautuu mahdollisimman turvallisesti ja turvallisesti mielin leikkaukseen</i>	1077 Potilaan selviytymiskyvyn arviointi <ul style="list-style-type: none"> - Esitiedot: asuminen, mukavuudet, liikkuminen, perussairaudet, allergiat, ruokavalio - Suhtautuminen leikkaukseen, mahdolliset pelot siihen liittyen 1194 Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä valmistaminen ja ohjaus <ul style="list-style-type: none"> - Ae-sukkien koon mittaus - Kirjalliset ohjeet ja niiden läpikäyminen - Suullinen ohjaus - Kotilääkityksen tarkistus ja Effican lääkelistan päivitys - Anestesiakertomuksen esitäyttö 1710 Verenpaineen, pulssin ja rytmien seuranta 1141 Päihteiden käyttötottumusten seuranta <ul style="list-style-type: none"> - Audit C 1143 Tupakoinnin seuranta <ul style="list-style-type: none"> - Tupakoinnista kysyminen ja tarvittaessa Fagerströmin testi 1145 Terveyttä edistävä ohjaus <ul style="list-style-type: none"> - Tarvittaessa elintavoista keskustelu, ohjaus

Hoidon suunnitelma leikkauspäivä

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
5436 Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä tiedon tarve <i>Riskit leikkauksesta ja mahdollinen tietämättömyys leikkaukseen liittyvistä asioista</i>	<i>Toipuu komplikaatioitta</i>	1194 Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä valmistaminen ja ohjaus <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tarkastetaan: ravinnotta olo, sovittujen lääkkeiden ottaminen, anestesiakertomus</i> - <i>Sairaalavaatteiden ja ae-sukkien asianmukainen pukeminen</i> - <i>Huomioidaan mahdollinen pelokkuus, tuen antaminen</i>