

Katariina Nyman
KORVAKLINIKAN PÄIVÄKIRURGISEN OSASTON SÄHKÖISEN
POTILASOHJAUKSEN KÄYNNISTÄMINEN

YAMK koulutusohjelma
Hyvinvointiteknologia
2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

KORVAKLINIKAN PÄIVÄKIRURGISEN OSASTON SÄHKÖISEN POTILASOHJAUKSEN KÄYNNISTÄMINEN

Nyman, Katariina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma
Joulukuu 2016
Ohjaaja: Sirkka, Andrew & Auramo, Yrjö
Sivumäärä:51
Liitteitä:3

Asiasanat Päiväkirurgia, potilasohjaaminen, ohjausvideot

Opinnäytetyön aiheena on Korvaklinikan päiväkirurgian sähköisen potilasohjauksen käynnistäminen ja potilasohjausvideoiden tuottaminen

Tämä opinnäytetyö kuvaa Helsingin Korvaklinikan päiväkirurgisen osaston sähköisen potilasohjauksen käynnistämisen ohjausvideoiden avulla. Ohjausvideot tehtiin Fess ja Septoplastia-operaatioista, sillä ne ovat yleisimmät potilasohjeet osastolla. Videot suunniteltiin ja käsikirjoitettiin ensin ja sitten kuvattiin Kandikustannuksen tiloissa Helsingissä. Videot ovat tarkoitettu potilaille katsottaviksi, korvaamaan suullisesti annettu ohjaus päiväkirurgisella osastolla. Videot lisättiin myös HUS:n internet sivuille ja HUS:n omalle YouTube kanavalle potilaiden vapaasti saataville. Videoiden tarkoituksena on, että potilaat niiden avulla valmistautuvat paremmin tulevaan operaatioon ja voivat palata videoihin myös operaation jälkeen kotona

Opinnäytetyö on tutkimusmuotoinen ja opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen kirjallisuuskatsaus sisältää kehittyvän päiväkirurgian lisäksi sähköisen ohjaamisen ja audiovisuaalisten ohjausmenetelmien käyttämisen ohjaamisessa. Tutkimusmenetelmänä tässä työssä käytettiin kirjallisuuskatsauksen lisäksi haastattelua, joka toteutettiin päiväkirurgisella osastolla. Haastattelurungon pohjana käytettiin Nielsenin arviointimallia ja Morvillen heuristista ”hunajakennomallia”.

Tutkimuksen tuloksena tuotettiin päivittäiseen käyttöön tuotetut ohjausvideot ja haastattelujen tulokset analysoitiin tarkasti ja niitä käytetään hyödyksi myös tulevaisuudessa videoiden ja potilasohjaamisen kehittämisessä ja päivittämisessä.

LAUNCHING OF THE ELECTRONIC PATIENT COUNSELLING IN THE EAR HOSPITAL'S AMBULATORY SURGERY UNIT

Nyman, Katariina

Satakunta University of Applied Sciences

Master Degree Programme in Welfare Technology

December 2016

Supervisor: Sirkka, Andrew & Auramo, Yrjö

Number of Pages: 51

Appendices: 3

Keywords: Ambulatory Surgery, Patient Counseling, Counseling Videos

The subject of this thesis is the launching of electronic patient counseling and the making of patient counseling videos for the Ear Hospital's Ambulatory Surgery.

This thesis describes the launching of electronic patient counseling with counseling videos for the Ear Hospital's Ambulatory Surgery Unit in Helsinki. The videos are intended for patients who undergo FESS or septoplasty operations. These two operations were chosen, because counseling given before these operations is the most common type of counseling given in the unit. First the videos were planned and scripts were made. Then the videos were shot at the premises of Kandikustannus in Helsinki. The idea of the counseling videos is that patients watch the videos and receive the information that they normally would receive orally at the Ambulatory Surgery Unit. The videos can be found on the HUS website and on HUS's own YouTube channel. The aim of the videos is that patients can better prepare themselves for their upcoming operation and watch the videos at home after their operation.

The thesis was made as a project. The theoretical part of the thesis includes the evolving ambulatory surgery as well as the electronic counseling and the use of audiovisual counseling techniques. The main research methods used were literature review and interview. Interview was carried out in the Ambulatory Surgery Unit. The interview was based on Nielsen's evaluation model and Morville's heuristic "honeycomb model".

As a result of this project the counseling videos for daily use were made. The results received from the interviews were closely analyzed and will be utilized in the future to develop and update the videos and patient counseling.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PROJEKTIN TIETOPERUSTA	6
2.1 Kehittyvä päiväkirurgia.....	6
2.2 Potilasohjauksen kehittämistarpeet	9
2.3 Sähköinen potilasohjaus	17
3 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	21
3.1 Projektin eteneminen ja tavoitteet	21
3.2 Aineistonkeruumenetelmät	23
4 PROJEKTIN TUOTOKSET	29
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	36
LÄHTEET	40
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittää Korvaklinikan päiväkirurgian sähköisen potilasohjauksen käynnistämisen ohjausvideoiden avulla. Tämä projekti sisältää ohjausvideoiden suunnittelemisen, käsikirjoittamisen ja tuottamisen sekä valmiiden videoiden käyttöönoton osastolla. Työssä oli tarkoituksena tuottaa korvaklinikan päiväkirurgiseen yksikköön kaksi potilasohjausvideota (Fess eli poskionteloiden aukaisu ja Septoplastia eli nenän väliseinän aukaisu) potilaiden sähköistä ohjaamista varten. Tavoitteena oli siis tuottaa päiväkirurgiselle osastolle ohjausvideoita, joiden avulla tulevaisuudessa ohjataan potilasta ennen operaatiota ja sen jälkeen. Videoihin tehtiin ensin käsikirjoitukset, joiden avulla itse videot sitten toteutettiin. Videot suunniteltiin huolella ja suunnitellun apuna käytettiin useita hoitotyön ja lääketieteen asiantuntijoita. Myös käsikirjoitukset lueteltiin ennen varsinaisten videoiden kuvaamista eri ammattiryhmien edustajilla.

Valmiit videot esitettiin osaston osastotunnilla hoitajille ja videoista kerättiin arvioita kyselylomakkeen avulla. Videoiden arvioinnissa käytettiin valmiita kyselylomakkeita ja osaston henkilökunta vastasi kyselyyn näiden lomakkeiden avulla. Henkilökunnasta (n=18) 62 % vastasi kyselyyn, joten saatiin kerättyä kattava aineisto. Arvioinnissa käytettiin myös toista tutkimusryhmää, jotka pohtivat videoiden käytettävyyttä Morvillen ”hunajakennomallin” avulla (Morville 2004). Tämän tutkimusryhmän (n=15) vastausprosentti oli vain 20 % eli saatiin vain kolme vastaajaa. Videot laitettiin myös HUS:n (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri) kotisivuille sekä HUS:n omalle YouTube-kanavalle potilaiden vapaasti saataville.

Tässä opinnäytetyössä käydään videoiden luomisprosessia läpi ensin projektintietoperustan kautta; tässä tietokehyksessä käsitellään kehittyvää päiväkirurgiaa, potilaan ohjaamista sekä sähköisen ohjaamisen hyödyntämistä. Seuraavassa osiossa käsitellään myös tämän projektin toteuttamista, projektin eri vaiheita, niiden tavoitteita sekä kerrotaan myös työssä käytetyistä analyysi- ja tiedonkeruumenetelmistä. Lopuksi käy-

dään läpi projektin tuotokset, johtopäätökset ja pohdinta ja analysoidaan tulokset. Liitteistä löytyvät videoiden käsikirjoitukset (liite1) ja taustadiat (liite2) sekä kyselyssä käytetty lomake ”kysely videoiden käytettävyydestä”. (liite3)

2 PROJEKTIN TIETOPERUSTA

2.1 Kehittyvä päiväkirurgia

Tämä projekti toteutettiin eräällä etelä-suomalaisella päiväkirurgisella osastolla, jossa hoidetaan korvatautien aikuis- ja lapsipotilaita sekä kolmena päivänä viikossa yleisanestesiassa hoidettavia hammaspotilaita. Osastolla vastaanotetaan myös nk. Leiko potilaat, eli potilaat, jotka jäävät operaation jälkeen osastolle yöksi, sekä uniapnea potilaat, jotka jäävät yöksi heräämövalvontaan. Työn määrä kasvaa jatkuvasti, potilasmäärien lisääntyessä joka vuosi ja näin hoitoprosessien jatkuva kehittäminen on tarpeellista.

Suomessa päiväkirurgian osuus on kasvanut merkittävästi viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Vielä 1990-luvun alussa päiväkirurgian osuus kunnallisissa sairaaloissa oli vain 5 % kaikista kirurgisista toimenpiteistä, mutta vuonna 1997 osuus nousi lähes neljännekseen. Vuonna 2010 kunnallisissa sairaaloissa päiväkirurgian osuus oli 50 % ei-kiireellisestä kirurgiasta ja yksityisessä terveydenhuollossa päiväkirurgian osuus on korkea, lähes 80 %. Kansainvälisesti päiväkirurgiaa pidetään tänä päivänä ensisijaisena vaihtoehtona silloin, kun leikkaus ei ole kiireellinen, eikä yöpyminen sairaalassa ennen tai jälkeen leikkausta ole potilaan hoidon kannalta tarpeellista. Päiväkirurgian osuutta on Suomessa mahdollista edelleen lisätä, kuitenkin Suomessa päiväkirurgian määrässä on vielä suuria eroja eri sairaaloiden välillä. Anestesiologisten ja operatiivisten menetelmien sekä tähytys- ja leikkausvälineistön kehittyminen ovat mahdollistaneet uusien toimenpiteiden siirtämisen päiväkirurgiseen toimintamalliin, koska nykyinen päiväkirurgia on turvallista, tehokasta ja laadukasta. Tutkimusten mukaisesti päiväkirurgisesti hoidetut potilaat ovat pääsääntöisesti myös hyvin tyytyväisiä hoitoonsa. Komplikaatiot ovat hyvin harvinaisia, ja vain harvoin potilaat joutuvat palaamaan sairaalaan kotiutuksen jälkeen. Tämän saavuttaminen vaatii hoitavalta tiimiltä

potilaan hyvää ohjeistusta sekä ennen toimenpidettä, että sen jälkeen. (Bio Turku www-sivusto 2012)

Päiväkirurgiseksi toimenpiteeksi määritellään sellainen hoitojakso, johon kuuluu suunniteltu toimenpide ja jonka aikana potilas viipyy sairaalassa korkeintaan 12 tuntia. Päiväkirurginen toimenpide on usein paikallispuudutusta laajempaa anestesiaa vaativa elektiivisesti eli suunnitellusti tehtävä toimenpide, potilas tulee sairaalaan toimenpide-aamuna ja hänet kotiutetaan samana päivänä. Päiväkirurgiassa kuten muussakin leikkaustoiminnassa, potilaan hoitoketju muodostuu toimenpidettä edeltävästä, toimenpiteen aikaisesta sekä toimenpiteen jälkeisestä hoidosta, tämän hoidon tavoitteena on, että potilas saa lievitystä tai parantavan hoidon sairauteensa tai oireisiinsa. (Satola 2011)

Päiväkirurgisessa hoitotyössä keskeistä on potilaan toipuminen kotona, tavoitteena onkin, että potilas selviytyy hoidosta ja toipuu mahdollisimman nopeasti toimenpiteen jälkeen. Päiväkirurgian taloudellisuus ja tehokkuus toteutuvat silloin, kun potilaat selviytyvät kotona toimenpiteen jälkeen, eikä heidän tarvitse hakea apua perusterveydenhuollosta. Turvallinen ja onnistunut kotiutus on päiväkirurgian keskeinen tavoite, suunnittelematon takaisin paluu sairaalaan tai terveyskeskukseen vähentääkin päiväkirurgian hyötyä. Päiväkirurgisen potilaan kotiutumisen edellytyksenä on aina kotiuttamiskriteerien täyttyminen, näissä kriteereissä huomioidaan yleisvointi, kipujen hallinta, syöminen ja juominen sekä erityis ja sosiaaliset tekijät. Potilaalla on oltava saat-taja mukana kotiutuessa ja kotona on oltava aikuista seuraa ensimmäisen vuorokauden ajan mahdollisten komplikaatioiden varalta. (Lisma 2010)

HUS:n alueella on nykyisellään päiväkirurgiaa ja yhden yön kirurgiaa noin 70 % elektiivisestä kirurgiasta. Osuutta mahdollista nostaa huomattavasti, esimerkiksi Isossa-Britanniassa päiväkirurgian tavoitetasoksi on asetettu 75 % elektiivisestä kirurgiasta. Todennäköisesti elektiivisellä kirurgialla ei Britanniassa välttämättä tarkoiteta täysin samaa asiaa kuin Suomessa. Vertailemalla päiväkirurgian osuuksia HYKS:n omien yksiköiden sekä Hyvinkään ja Jyväskylän sisällä, olisi mahdollista kasvattaa päiväkirurgian osuutta HYKS-alueella noin 13 prosenttiyksikköä (43 % -56 %), jolloin päiväkirurgiana tehtävien toimenpiteiden lukumäärä lisääntyisi nykyisellä volyyminä jopa yli 30 %. Päiväkirurgian määrä on siis nousussa ja päiväkirurgisten potilaiden

määrä tulee myös tulevaisuudessa kasvamaan hyvin paljon ja tämä luo uusia haasteita päiväkirurgisten potilaiden hoitoon. (Alatalo, Bachmann & Mattila 2008)

Päiväkirurgia on kaiken kaikkiaan kustannustehokas toimintamuoto verrattuna perinteiseen kirurgiseen toimintaan. Siirtymällä päiväkirurgiaan voidaan samoilla resursseilla tehdä useampia leikkauksia samassa ajassa, mutta samalla päiväkirurgiassa potilaan oma vastuu hoidostansa kasvaa ja potilaan ja perheen tehtäväksi annetaan kaikki se mikä ei edellytä hoitotyönkoulutusta. Kustannustehokkaan päiväkirurgian lisääntyessä ja sairaalassaoloaikojen lyhentyessä, potilaan ohjaus on yhä tärkeämpi ja merkityksellisempi osa potilaan kokonaihoitoa. Aikaa ohjaukseen on entistä vähemmän, mutta samalla potilailta odotetaan enemmän itsehoitovalmiuksia ja hoitoon sitoutumista. Lyhentyneet hoitoajat ja itsehoitovaatimukset saattavat samalla vaikeuttaa potilaan tiedontarpeisiin vastaamista, tietoteknologian kehittyminen tuokin kokonaan uuden näkökulman päiväkirurgisten potilaiden ohjauksen kehittämiseen. (Lisma 2010)

Päiväkirurgisen hoidon ollessa lyhytkestoista, on potilaiden omaksuttava kotihoitoon tarvittavat tiedot ja taidot lyhyessä ajassa. Myös potilaiden oma vaatimustaso tiedonsaannin suhteen, aktiivisuus sekä halu osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ovat lisääntyneet. Potilaat tietävät ja haluavat tietää terveyteen liittyvistä asioista enemmän kuin ennen ja heillä on halua ja valmiuksia myös etsiä tietoa itse. Hyvä potilasohjaus onkin hyvin suunniteltua ja valmisteltua sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti. Kirurgisen potilaan ohjauksessa on otettava huomioon potilaan pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitoon ja kotiutumiseen liittyvät asiat. (pre=ennen operaatiota, intra=operaation aikainen ja post=operaation jälkeinen). Päiväkirurginen ohjaus alkaa jo toimenpiteeseen valmistautumisesta ja päättyy potilaan toipumiseen. Leikkausta edeltävän ohjauksen tavoitteena on valmistaa päiväkirurginen potilas tulevaan toimenpiteeseen, kun taas leikkauksen jälkeinen ohjaus valmistaa potilasta kotiutumista ja kotona pärjäämistä varten. Potilaanohjauksessa on kuitenkin tärkeätä muistaa potilaslähtöisyys, kuten myös erilaisten ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen. Potilaiden tarpeet, toiveet ja odotukset ovat ohjaamisen lähtökohtana, mutta kuitenkin potilaan ja hoitajan odotukset itse ohjauksesta ja käsitykset ohjaustarpeista voivat olla hyvin erilaiset. (Lisma 2010)

Päiväkirurgian kehittyminen on ohjaamisen kehittämisen lisäksi myös lisännyt tarvetta kehittää kirjallisia potilasohjeita ja oppaita. Potilaat haluavat tietää enemmän sairauksistaan sekä niiden hoitamisesta, mutta suulliseen ja henkilökohtaiseen ohjaukseen on käytettävissä entistä vähemmän aikaa. Kirjalliset ohjeet ovat myös usein hyvin tarpeellisia suullisen ohjauksen tueksi, potilasta on lisäohjattava tarpeen mukaan ja annettava tietoa erityisesti kirurgisen toimenpiteen luonteesta ja vaikutuksesta, sekä toipumisen edistymisestä. Hoitotyön ohjauksen tavoitteena on potilaan tiedon saanti, joka välittyy potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan sanallisen ja kirjallisen kommunikation avulla. (Satola 2011)

2.2 Potilasohjauksen kehittämistarpeet

Päiväkirurgisella osastolla suuri osa hoitajien työnkuvasta käsittää potilaiden ohjaamista ja tukemista, joten potilasohjaamisen kehittäminen on jatkuva prosessi. Ohjauksen täytyy olla tehokasta ja potilaslähtöistä ja antaa potilaille valmiuksia pärjätä kotona koko toipumisprosessin ajan. Hyvällä ohjauksella hoito sujuu hyvin ja potilaalla on turvallinen olo koko prosessin ajan. Tavoitteena on, että potilas saa kaiken tarvitsevänsä tiedon ja pärjää myös operaation jälkeen kotona turvallisesti. Toisaalta potilas voi palata tarvittaessa ohjeisiin ja potilas tietää mihin ottaa yhteyttä, jos hänen toipumisessaan on ongelmia.

Potilaan itsemääräämisoikeus voi toteutua vain, jos hänellä on käytettävänä kaikki olennaiset tiedot hoidostaan. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista hänen terveyteensä. Tiedot annetaan ymmärrettävällä tavalla avoimesti ja rehellisesti, potilaan ollessa aistivammainen tai vieraskielinen, annetun tiedon ymmärtämisestä on huolehdittava aina kun se suinkin on mahdollista. Kirjalliset potilasohjeet voivatkin olla suureksi avuksi tällaisessa tilanteessa, kirjallinen ohje annetaan yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin on mahdollista läpikäydä ja täydentää sitä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Ohjaus onkin keskeinen potilashoidon osa-alue, hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan entistä aikaisemmin ja terveydenhuollon ammattilaisille jää vähemmän

aikaa ohjata potilaita. Kuitenkin avohoidon lisääntyminen edellyttää, että potilaiden tarpeet kohdataan ja potilaita ohjataan niin, että he ymmärtävät annetut itsehoito-ohjeet ja pärjäävät ohjeiden avulla kotona itsenäisesti. Ohjauksella myös tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen aktiivisuutensa lisääntyy ja hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan. Hän pystyy myös hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä saavuttamaan mahdollisimman hyvin ne tavoitteet, joiden vuoksi hoitoa annetaan. Hyvällä ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, itsehoitoon, ja arkipäivästä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Potilaan ohjauksen perustana on asiakaslähtöisyys, mikä tarkoittaa potilaan tarpeen mukaista ohjausta. Hyvä potilasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa hallita potilaan ohjausprosessin eri osa-alueet. Potilaan ohjaus on jatkuvaa vuorovai-
kutusta potilaan kanssa ja hoidon kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Nämä tulee kirjata myös potilastietoihin potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistamiseksi. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Potilasohjausta rajaavat ja hoitajia velvoittavat erilaiset lait ja asetukset, ohjaustilan-
teen laillisen kontekstin muodostavat ja hoitajaa ohjaavat sekä kansainväliset sopi-
mukset että kansalliset lait ja asetukset. Lain ja asetusten alueella tilanteessa ovat läsnä
muun muassa perus- ja ihmisoikeudet, terveystoimeen (esim. erikoissairaanhoitaja
kansanterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista), koulutukseen ja ammatin-
harjoittamiseen (esim. laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä) liittyvät
sekä siviilioikeudelliset (esim. potilasvahinko-, tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslaki) ase-
tukset. Lait ja asetukset luovat ohjaustilanteen toimimiselle sekä pohjan että velvoit-
teet. Hoitajan on täytettävä ja noudatettava asetettuja laatukriteereitä kyetäkseen toi-
mimaan tehtävässään, tämä tarkoittaa myös esimerkiksi potilaan asemaa ja oikeuksia
määrittävän lain huomioimista potilaan ohjauksessa. Tältä perustalta sitoudutaan huo-
mioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. (Lip-
ponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Lakien ja asetusten lisäksi ohjaustilanteen eettistä kontekstia määrittävät terveydenhuollon eettiset periaatteet. Terveydenhuollon eettiset periaatteet ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat ja nämä periaatteet koskettavat jokaista terveydenhuollossa toimivaa. Ne sisältävät sekä määritelmän terveydenhuollon tehtävästä, että eettisistä periaatteista. Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaisesti terveydenhuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksen lievittäminen. Eettisiä periaatteita on kuusi ja ne ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Terveydenhuollon eettiset periaatteet määrittävät myös ohjauksen perustaa ja lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa. Tältä perustalta ohjauksessa on eettisestä näkökulmasta huomioitava potilaan näkemys ja kokemus, toisaalta ne velvoittavat hoitajan toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä toisten saman ja muiden ammatin edustajien kanssa. Ohjauksen tavoite on puolestaan ymmärrettävissä terveydenhuollon etiikan kautta: tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistämisen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Potilasohjauksen eettisenä perustana onkin oltava aina ohjattavan mielipiteiden, arvojen, sekä hänen tieto- ja kokemustustansa kunnioittaminen. Myös potilaan itsemääräämisoikeus, sekä yksityisyys ohjaustilanteessa tulisi turvata. Potilaiden ohjaus on hoitotyössä tärkeä osa sairauden hoitoa ja sitä on myös tutkittu paljon hoitotieteessä. Itse ohjaus käsitetään potilaan ja hoitohenkilökunnan edustajan väliseksi tavoitteelliseksi toiminnaksi, jolla pyritään potilaan mahdollisimman hyvään selviytymiseen kotona annetun tiedon ja tuen avulla. Ja tässä ohjauksessa myös hyvät eettiset periaatteet on otettava huomioon. (Urponen & Vihermaa 2007)

Ohjaustapahtumissa keskinäinen kunnioitus ilmenee hoitajan asiallisuutena ja ystävällisenä käyttäytymisenä, lisäksi ohjattavan kunnioittaminen näkyy myös hoitajan hyvänä valmistautumisena itse ohjaustapahtumaan. Vastavuoroisuus eli puheen rytmittäminen ja tauottaminen antavat ohjattavalle mahdollisuuden tuoda esiin omia mielipiteitään ja esittää aiheesta lisäkysymyksiä. Lisäksi hoitaja huomioi puhettavassaan ja ohjauksen sisällössä ohjattavan iän ja vastaanottokyvyn. Hoitajan rehellisyys ja ammatillisuus tukevat luottamuksellista ohjaussuhdetta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Vuorovaikutussuhteen onnistumisen yhtenä edellytyksenä on sujuva viestintä. Siinä hoitaja ja ohjattava ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla. Viestintätavat voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Sanallinen viestintä edustaa vain pientä osaa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, siksi on kiinnitettävä huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanojen merkitykset eivät kuitenkaan ole samat kaikille, vaan ne vaihtelevat jopa saman kielen ja kulttuurin piireissä. Sanaton viesti pyrkii tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan tai jopa korvaamaan kokonaan sanallista viestintää. Sanattomaan viestintään kuuluvat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli ja niitä lähetetään paljon myös tiedostamattomasti, joten niiden kontrollointi on vaikeaa. (Lassila & Paso 2007)

Hoitajan olisikin aina hyvä muistaa, että ohjaustilanne on vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan kesken ja oppiminen voi olla jopa molemmin puoleista. Potilaalla voi olla jo ennestään paljon tietoa ohjattavasta asiasta ja he ovat voineet etsiä tietoa etukäteen esim. internetistä, kirjallisuudesta tai vertaistuen kautta. Ohjaus tulisikin olla potilaslähtöistä ja hoitajan ei tulisi orjallisesti noudattaa tiettyä kaavaa, vaan kyetä tunnistamaan kunkin yksilölliset tarpeet. Potilaan itsehoitoa ja vastuuta hoidostaan tulisi korostaa, mutta annetun tiedon tulee olla virheetöntä ja perusteltua. Hoitajan täytyy pystyä tunnusta omaa tietämättömyytensä, mutta olemaan valmis selvittämään asioita, joita ei tiedä. (Lassila & Paso 2007)

Potilasohjaus edellyttääkin tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Potilasohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan persoonalliset taidot ja luovuus. Tilanteet eivät toistu samankaltaisina ja aina tulisi muistaa, että potilaalle ja asiakkaalle tilanne on ainutkertainen ja jännittäväkin. Potilasohjauksesta voi herkästi tulla pelkkä välttämätön rutiini kaiken kiireen keskellä, potilasohjauksella on aina kiistatta vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Hoitoaikojen lyhentymisen lisää tarvetta ohjauksen kehittämiseen, hyvällä potilasohjauksella on laajasti ajateltuna jopa kansantaloudellista ja kansanterveydellistä merkitystä. Potilasohjauksen merkitys on syytä ymmärtää, sitä tulee kehittää ja arvioida suunnitelmallisesti. Uusien potilasohjausmuotojen kehittäminen on myös tarpeellista. (Lassila & Paso 2007)

Ohjauksen päätavoitteena on usein potilaan ja hänen omaistensa valmistaminen kotiutumiseen ja mahdolliseen elämäntapamuutokseen. Hoitohenkilökunnan voi joskus olla vaikeaa arvioida potilaan ohjaus- tai oppimistarvetta, koska jokaisen potilaan tarpeet ovat myös yksilöllisiä. Potilasohjaustilanteissa terveydenhoito henkilökunta pyrkii ottamaan huomioon potilaan aktiivisuuden. Monet hoitajat pitävät tärkeänä huomioida potilaan tarpeet, sen hetkisen elämäntilanteen ja tunteet ohjaustilanteen aikana. Hoitajan antama emotionaalinen tuki ja mahdollisuus keskustella tunteista ovat usein tärkeitä potilaille, vaikka tämä ei aina toteudukaan. Ajan puute koetaankin ongelmalliseksi emotionaalisen tuen antamisessa. (Partti 2010)

Hyvässä ohjaustilanteessa on varattu riittävästi aikaa rauhalliselle ja vastavuoroiselle keskustelulle, tällöin ohjattavalle syntyy mielikuva kiireettömästä ja yksilöllisestä ohjaustapahtumasta. Hyvä viestintä ilmenee asian johdonmukaisena esittämisenä, jonka pohjalta ohjattava saattaa muodostaa kokonaiskuvan tilanteestaan, esimerkiksi hoitaja kertoo ohjattavalle ensin nenänielun rakenteesta ja toiminnasta, vasta sen jälkeen oikeista ja hoitomenetelmistä. Ohjaustilanteissa häiriötekijät minimoidaan valitsemalla mahdollisimman rauhallinen tila ja häiriötekijöiden (puhelin, radio, toiset potilaat) ei anneta vaikuttaa ohjaustapahtumaan. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Ohjauksessa ilmapiirin on oltava kiireetön, sekä ohjausta antavan henkilön asiantunteva ja luotettava. Potilaslähtöiseen ohjaukseen vaikuttavat potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, sekä ympäristöön liittyvät taustatekijät. Ohjauksessa olisi huomioitava potilaan elämäntilanne ja on huolehdittava potilaan mahdollisuudesta keskustella hoitajan kanssa rauhassa. Tutkimusten mukaan potilaat ovat ohjaukseen tyytyväisiä saadessaan riittävästi tietoa sairauteen ja sen hoitoon liittyen, myös omaisten läsnä-oloa ohjauksessa pidetään tarpeellisena. Kirjallisen ohjauksen tarpeen lisääntymisen syynä on se että, potilaat haluavat tietää etistä enemmän sairauksistaan ja niiden hoidosta, lisäksi kirjallisella ohjeella voidaan täydentää suullista potilasohjausta. (Urponen & Vihermaa 2007)

Tutkimusten mukaan potilaat myös kokevat kirjallisen ohjauksen tärkeäksi osaksi kokonaisohjausta. Lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen vuoksi kirjallisen ohjauksen käyttö on noussut erityisen tarpeelliseksi suullisen ohjauksen rinnalle, kirjallinen ohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden tutustua rauhassa asiasisältöön ja kerrata asiaa

vielä myöhemmin. Kirjallisen ja suullisen ohjauksen tulisi olla jokaiselle potilaalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen, lisäksi ohjaus tulisi tarjota asiakkaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Tämä voi joskus olla vaikeata toteuttaa kiireisillä ja meluisilla osastoilla. (Lisma 2010)

Leikkausta edeltävää ohjausta annetaan kuitenkin usein pelkästään suullisesti. Tällöin vuorovaikutus antaa potilaalle mahdollisuuden kysyä kasvotusten, oikaista väärinkäsityksiä ja saada tukea sairaanhoitajalta. Suullista ohjausta toteutetaan sekä yksilö että ryhmäohjauksessa ja sitä voidaan tukea erilaisin kirjallisin oheismateriaalein. Potilaat arvostavat yksilöohjausta ja lisäksi se on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä, toisaalta yksilöohjaus vaatii paljon resursseja, esimerkiksi sairaanhoitajan aikaa ja työpanosta. Lisäksi suullisessa ohjauksessa on muistettava, että potilas unohtaa suuren osan kerrotusta, joten kirjallinen lisäohjaus on usein tarpeellista. (Lisma 2010)

Itse hoitajien mielestä pelkkä suullinen potilasohjaus ei riitä takaamaan riittävää oppimista, tämän takia hoitajat käyttävät usein suullisen ohjauksen tukena demonstraatiota ja kirjallista materiaalia. Kirjallisen potilasohjausmateriaalin antaminen potilaalle on tärkeää, koska tällä tavalla potilas saa tietoa sairaudestaan tai toimenpiteestä sekä ennen että jälkeen sairaalaan tulon. Potilaan saama tieto rauhoittaa häntä ja poistaa sairautteen tai toimenpiteeseen liittyvää pelkoa. Eri ohjausmenetelmien käyttöön tulisikin kiinnittää enemmän huomiota, koska potilaan muistavat ja prosessoivat tietoa eri tavalla ja tämä lisäisi myös samalla potilasohjauksen yksilöllisyyttä. Informaatioteknologiaa pidetään tärkeänä osana potilasohjausta, varsinkin päiväkirurgian yksikössä, mutta tämän menetelmän käytössä oli paljon eroja iän ja ammatin suhteen. Tietotekniikan ja Internetin käyttö potilasohjauksen tukena on vielä vähäistä, koska näiden saatavuudessa on puutteita. Ohjausmateriaalia ei kuitenkaan aina osata käyttää oikein ja hyödyntää tarpeeksi potilasohjauksessa. (Partti 2010)

Ohjausmenetelmien tulisikin olla mahdollisimman monipuolisia ja eri menetelmien tulisi tukea toisiaan. Hoitajan on tärkeä hyväksyä myös se, ettei potilas aina ole motivoitunut ohjaukseen, tällöin olisi hyvä, että potilashuoneissa olisi ”tietopaketteja”, joita potilas voi lukea, kun hänestä siltä tuntuu. Omaiset tulisi myös huomioida potilasohjauksessa, hoitajan tulisi tarjota omaisille mahdollisuutta osallistua ohjaustilan-

teeseen. Ohjauksessa ei tulisi käyttää ammatti- ja lääketieteellistä sanastoa vaan potilasohjauksen tulisi olla vuorovaikutteista ja potilaan kysymyksille tulisi jättää tilaa. Potilasohjaus tulisi olla tiimityöskentelyä, jolloin potilas saisi mahdollisimman laajasti ja eri näkökulmista tietoa (Lassila & Paso 2007)

Kun kuvataan kirjallisen ohjeen tarkoitusta, kirjallisen ohjeen tarkoituksena on antaa potilaille tietoa sairaudesta ja niihin liittyvistä riskitekijöistä, sairauden hoidosta ja tutkimuksista sekä mahdollisesta jälkihoidosta ja sairaudesta toipumisesta. Kirjallisen ohjausmateriaalin antaminen koetaan tärkeäksi, koska se tukee suullisessa ja audiovisuaalisessa muodossa annettavaa ohjausta. Hoito-aikojen lyhentyessä potilaille suunnitellun kirjallisen ohjausmateriaalin kehittäminen on ajankohtaista, sillä potilaiden on otettava yhä enemmän vastuuta omaan hoitoonsa liittyvistä asioista (Urponen & Vihermaa 2007)

Oleennaista kirjallisessa ohjeistuksessa on ohjeiden oikeellisuus ja se, miten asiat niissä kerrotaan. Kirjalliset ohjeet eivät voi olla vain käskynjakoa, vaan ohjeiden tulee tukea myös potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa, ohjeiden ensisijainen tavoite on potilaiden kasvatus ja vastaaminen potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Kirjallisilla ohjeilla pyritäänkin vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin. Antamalla potilaille kirjallisia ohjeita pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. Kirjalliset ohjeet on tarkoitettu myös antamaan potilaille ohjeita sairauteensa liittyvistä asioista, valmistamaan tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttamaan potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Kirjallisesta potilasohjeesta tulee käydä ilmi se, kenelle ohje on tarkoitettu, kuka sen on tehnyt, milloin ja mitä tarkoituksia palvelemaan. Kirjallisen potilasohjeen tulee olla yksilöllinen ja kertoa tekijästään. On olemassa perusteet hyvän potilasohjeen tekemiseksi, vaikka ainoa oikea tapaa tehdä hyvä potilasohje ei ole olemassa, jokainen potilasohjeen tekijä kehittää itse omat tapansa tehdä havainnollisia ja potilasta palvelevia potilasohjeita. Hyvä ohje puhuttelee potilasta, erityisen tärkeää lukijan puhuttelu on silloin, kun ohjeessa on käytännön toimintaohjeita esimerkiksi toimenpiteeseen val-

mistautumista varten. Teitittelyn käyttäminen potilasohjeissa on soveliasta aina, potilaan iästä huolimatta. Passiivi taas ei puhuttele suoraan eikä herätä asiakasta huomamaan, että tämä teksti on kirjoitettu juuri hänelle. Suora puhuttelu ei kuitenkaan tarkoita armeijamaista, epäkohteliasta käskytystä vaan suorien määräysten sijaan ohjeita tulisi perustella ja selittää miksi näin kannattaa toimia. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Useassa eri hoitotyön tutkimuksessa on todettu, että hoitajat kokevat potilasohjauksen tärkeäksi osaksi työtään ja ovat motivoituneita ohjaamaan potilaita ja heidän omaisiinsa. Tutkimusten mukaan hoitajat käyttivät ohjausmenetelmänään eniten suullista yksilöohjausta, jota tuki jaettu kirjallinen materiaali. Muiden ohjausmenetelmien käyttäminen oli vähäistä ja niiden käyttöön liittyvää koulutusta kaivattiin. Hoitajat ottivat potilaan yksilöllisesti huomioon ohjatessaan ja kävivät läpi vain muutaman asian kerrallaan, samalla hoitajat tarkkailivat potilaan kiinnostusta aiheeseen ja ohjasivat heitä sen mukaan. Hoitajien mielestä ajan puute ja ohjaustilojen epäasiällisuus olivat suurimmat ongelmat potilasohjauksessa. (Partti 2010)

Opetus- ja ohjaus osaaminen kuuluvatkin hoitotyön ydinosaan. Taitojen kehittäminen edellyttää koulutuksen lisäksi käytännön työelämän tilanteita, joissa voi soveltaa ja kehittää oppimiaan taitoja, potilasohjaukseen on todettu vaikuttavan positiivisesti hoitohenkilökunnan kommunikaatiotaitoihin ja asenteisiin. Hoitohenkilökunnan osaamisvalmiuksien ja potilasohjauksen kehittämistyön hyödyt näkyvät potilaalle suoraan potilaslähtöisyytenä ja voimaannuttavana lähestymistapana. Potilasohjaukseen jälkeen henkilökunta puhuu potilasohjauksessa potilaille huomattavasti enemmän ja potilasohjauksessa käsitellään potilaan tilannetta laajemmin myös psykososiaalisesta näkökulmasta. Potilasohjaukseen jälkeen potilaan osaaminen ja potilasohjauksen sisällön ymmärtäminen varmistetaan useammin ja tarvittaessa ohjaustilanne toistetaan. Potilasohjaukseen olisikin hyvä järjestää useammin hoitohenkilökunnalle. (Miettinen 2016)

2.3 Sähköinen potilasohjaus

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi voidaan käyttää audiovisuaalisia ohjausmenetelmiä, joko itsenäisenä ohjausmenetelmänä tai tukemassa muita ohjausmenetelmiä. Audiovisuaalisten menetelmien käyttö hallitaan kuitenkin huonommin kaikista ohjausmenetelmistä ja niiden käyttö on vähäistä, vaikka se voisi vähentää terveydenhuollon kuormitusta siirtäen potilasohjausta esimerkiksi puhelinvälitteiseksi. Ohjausmenetelmien monipuolisuuden ja teknologian, kuten videoiden ja tietokoneen, hyödyntämiseen potilasohjauksessa tulee kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Ohjausmenetelmien valinnassa tulee huomioida potilaiden yksilölliset oppimiskyvyt, esimerkiksi tietokoneperusteinen potilasohjaus voi olla erinomainen työkalu sairauksien ja hoidon tiedon säilyttämisessä. (Miettinen 2016)

Audiovisuaalista ohjausta annetaan erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä, potilaat ovat toivoneet sen käyttöä muiden ohjausmenetelmien lisänä. Ohjauksessa voitaisiin käyttää apuvälineenä myös erilaisia teknisiä laitteita, kuten esimerkiksi videoiden, tietokoneohjelmien, äänikasettien ja puhelimen välityksellä tapahtuva ohjaus. Video-ohjauksesta esimerkiksi voivat hyötyä eniten ne potilaat joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia. Videon lisäksi potilaalla tulee kuitenkin olla mahdollisuus myös keskustella hoitajan kanssa, jotta voidaan välttyä mahdollisilta väärinkäsityksiltä. Video-ohjauksen avulla potilaalla on mahdollisuus valita ohjauspaikka ja aika hänelle sopivimmaksi ja se on myös hyödyllinen, helposti vastaanotettava ja taloudellinen tapa antaa potilaalle tietoa. (Pulkkinen 2007)

Kun suunnitellaan video-ohjausta ja ennen kuin voidaan aloittaa itse videon tekeminen, tehdään käsikirjoitus videosta. Käsikirjoitusta voidaan kutsua tuotannon avaimeksi ja sen avulla voidaan kuvata itse video. Hyvin tehty suunnitelma videosta helpottaa kuvausta, eli sitä tehokkaammin itse tuotanto eli kuvaukset sujuvat, mitä paremmin suunnitelma on tehty. Käsikirjoituksen laatimisen avulla ohjelman sisältö rajautuu sekä epäoleellinen aines jää pois. Aina videota tehdessä tulee muistaa, että se tehdään aina katsojalle, katsojan on ymmärrettävä kuulemansa sekä näkemänsä tai ainakin edes saatava siitä haluttu sisältö. (Satola 2011)

Teknisiä ohjausmenetelmiä käytettäessä on kuitenkin aina varmistettava, että potilaalla on tiedollisia ja taidollisia valmiuksia ohjauksen vastaanottamiseen, sekä tekniset resurssit kuten esimerkiksi toimiva internetyhteys. Potilaat ovat nykyisin motivoituneita tietokoneen käyttäjiä ja usein aktiivisia itsenäisiä tiedonhakijoita, joten esimerkiksi tietokoneavusteinen ohjaus on käyttökelpoinen ja innovatiivinen menetelmä potilaan tiedonsaannin kehittämisessä. Tiedetään, että tietotekniikka-avusteista ohjausta saaneet potilaat ovat tyytyväisempiä tiedonsaantiinsa kuin pelkästään perinteisillä menetelmillä ohjausta saaneet potilaat. Teknisen ohjauksen kehittämisessä on erityisesti huomioitava, että hoitajat saavat riittävän koulutuksen ohjausvälineen käyttämiseen, jotta he voivat antaa potilaille oikeat ja riittävät ohjeet. (Pulkkinen 2007)

Internet on mahdollistanut uudenlaisen yhteyden potilaan ja sairaanhoitajan välille. Potilaiden tiedonmäärän ja aktiivisuuden lisääntyessä myös Internetin käyttö tiedon välityksessä kasvaa. Yhä useammin potilaat haluavat etsiä tietoa itsenäisesti, valita tiedon määrän, laadun sekä ajankohdan. Vaikka tietokoneavusteinen ohjaus on hoitotyössä vielä melko vähäistä, on osoitettu, että se lisää potilaiden tietoa ja toivottavaa hoitokäyttäytymistä. Sen etuja ovat ohjeiden yhdenmukaisuus, standardoitu laatu ja sisältö, hoitajan ajan säästyminen sekä helppo ajallinen saatavuus. Rajoituksia Internetin käyttämiseen ohjauksessa voivat tuoda vähäiset mahdollisuudet muokata ja muunnella ohjelmia tai tietokoneen käyttämisen osaamattomuus tai itsessään terveydentilan rajoitukset. Internetin käyttämisessä ohjauksessa on muistettava myös kaksisuuntaisen yhteyden säilyttäminen, potilailla täytyy olla mahdollisuus saada yhteys sairaanhoitajaan tarvittaessa, esimerkiksi sähköpostin välityksellä.

Vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan Internet soveltui erinomaisesti päiväkirurgisten potilaiden leikkausta edeltävään ohjaukseen. Potilaiden tiedot leikkaukseen liittyvistä asioista lisääntyivät enemmän kuin pelkässä sairaanhoitajan ohjauksessa, mutta potilaiden kipu ja jännitys eivät lisääntyneet. Myös hoitohenkilökunnan ohjaukseen käyttämä aika väheni merkittävästi. Tutkimuksen tulosten mukaan Internetin toivomukseen tiedonsaantikeinoksi toivoivat tyypillisemmin 25–44 vuotiaat ja muita potilasryhmiä useammin päiväkirurgian yksikön potilaat valitsivat Internetin toivomukseen tiedonsaantitavaksi. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin, että usein audiovisuaalisen ohjauksen käyttöä ohjausmenetelmänä rajoittavat muun muassa ohjausmateriaalin kehittämis- ja tuottamiskustannukset sekä potilaiden rajalliset mahdollisuudet käyttää

tekniikkaa kotona. Audiovisuaalista ohjausta pidetään myös vähemmän vaikuttavana menetelmänä kuin muita menetelmiä, vaikka potilaat pitävät tiedonsaannin kehittämistä tietotekniikan keinoin tarpeellisen. (Lisma 2010)

Liikkuvan kuvan opettamiselle ja oppimiselle tarjoamia mahdollisuuksia ei hyödynnetä tarpeeksi laajasti. Kun liikkuva kuva valjastetaan opetuksen ja oppimisen välineeksi ja kohteeksi, on tavoitteellisuus tärkeää. Elämme muutoksen aikaa: nyt ollaan siirtymässä tekstin ajasta kuvallisuuden ja audiovisuaalisen median aikakauteen, tämä muutos on ilmaantunut hyvin luontevasti nykyihmisen elämään viime vuosina. Tekstiviestien, blogien ja sosiaalisen median houkuttamana yhä useampi on siirtymässä yhä enemmän aktiiviseksi median tuottajaksi. Sosiaalinen media internetissä antaa mahdollisuudet itsensä ilmaisemiseen niin verbaalasti (kirjoitettuna tekstinä) kuin audiovisuaalisesti. Audiovisuaalinen elävä kuva on yhä keskeisempi osa monimuotoista ja alati kehittyvää mediamaailmaa. Video on muuttunut digitaaliseksi ja vasta siinä samalla saavuttanut monen mielestä riittävän hyvän laadun. Kuvan ja äänen laatu on parantunut, tekniset toiminnot ovat kehittyneet ja monipuolistuneet. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011)

”UM Health Systemin 2015 tuottaman tutkimuksen mukaan potilaan ohjausvideo on erinomainen opetusväline, mutta usein paikalla olevat lääkärit ovat parempia rauhoittamaan potilaiden pelkoja ja ahdistusta. Tutkimus suoritettiin 217 potilaalla jotka olivat jaettuina kahteen eri ryhmään. Toinen ryhmä sai koulutuksen melanoomasta videonauhalla ennen ensimmäistä käyntiä Melanooma klinikalla ja toinen informaation vasta lääkäriltä klinikalla. Potilaat täyttivät sitten kyselylomakkeet arvioimalla tietoa melanoomasta ja heidän oman ahdistuksensa tasosta. Tutkijat totesivat, että ahdistus ja stressi ovat vähentyneet paljon enemmän niillä potilailla, jotka ovat vierailleet suoraan lääkäreidensä luona kuin niillä potilailla, jotka saivat tiedon opetusvideolla. Tutkimus vahvistaa informaatio-arvon videonauhan perustuvista oppimateriaaleista. Tosiasiassa potilaat oppivat paljon paremmin tosiasiat videonauhalla, kuin he oppivat klinikalla käynnin aikana lääkäreiltä, Potilaat olivat kuitenkin ahdistuneempia videon katselemisen jälkeen kuin lääkärin luona käydessään, tämä kertoo siitä, että video on erinomainen opetusväline, mutta että se ei voi korvata myönteistä potilaan ja lääkärin välistä suhdetta. Osasy syy miksi videonauha oli niin hyvä opetusvälineenä, oli että viesti

oli yhdenmukainen. Potilaat voivat katsoa nauha uudestaan ja uudestaan, ja muuttamaton tieto vahvistettiin jokaisen katselun aikana. Sen sijaan kohtaaminen toisen ihmisen kanssa on usein luonteeltaan vähemmän johdonmukainen” (News Medical www-sivusto 2005.)

Monipuolinen, mutta samalla yksilöllinen potilasohjausmenetelmien käyttö tukee parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden oppimista ja tukee kokonaisvaltaista potilaan huomioimista potilasohjauksessa. Potilasohjausmenetelmien yhdistäminen lisää potilasohjauksen vaikuttavuutta ja tukee potilaan osallisuutta omasta hoidosta, esimerkiksi kirjallisten hoito-ohjeiden muodossa. Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet ja valmiudet käyttää ohjauksessa tarvittavaa välineistöä ja materiaaleja vaihtelevat. Lisäksi potilasohjaukseen tarkoitettu materiaali voi olla puutteellista tai vanhentunutta, tai potilas ei välttämättä ole itse motivoitunut ottamaan potilasohjausta vastaan. Hoitohenkilökunnan ja potilaiden näkemykset potilasohjauksen toteutumisesta ja sisällöstä ovat samansuuntaisia, mutta näkemyksissä on myös eroavaisuuksia. Potilasohjausmenetelmän valintaan potilas pääsee itse vaikuttamaan vain harvoin, sillä potilaan toiveita käytettävän ohjaus-menetelmän valinnassa ei juuri kysytä. (Miettinen 2016)

Yhteenvetona voidaan todeta, että nykyisiä teknologioita hyödyntämällä ohjausta voidaan kehittää ja parantaa sekä luoda uusia ja tehokkaita interaktiivisia ohjausmenetelmiä. Toivottavasti näillä uusilla ohjauskeinoilla saadaan kehitettyä entistä laadukkaampaa ja potilaslähtöisempää ohjausta. Ohjausvideoita suunnitellessa tuleekin aina ottaa huomioon myös potilaiden näkökulma, ohjeita tehdään potilaita, ei ammattilaisia varten. Tulevaisuudessa videoita voidaan myös käännettää eri kielille ja näin ottaa huomioon monikulttuurisuuden lisääntymisen Suomessa. Myös esimerkiksi viittomakielisten videoiden mahdollisuus lisää potilaiden mahdollisuutta saada ohjausta omalla äidinkielellään, mahdollisista aistirajoituksista huolimatta.

3 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö käsittää Korvaklinikan päiväkirurgian sähköisen potilasohjauksen käynnistämisen ohjausvideoiden avulla. Tämä käyttöönotto sisältää ohjausvideoiden suunnittelemisen ja käsikirjoittamisen sekä valmiiden videoiden käyttöönoton osastolla. Lisäksi tarkoituksena on arvioida ja analysoida videoiden käytettävyyttä kahden erilaisen arviointimenetelmän avulla.

3.1 Projektin eteneminen ja tavoitteet

Osastolla käytyjen keskusteluiden jälkeen opinnäytetyön aiheeksi muodostui tehdä ohjausvideot, joiden avulla ohjataan potilasta ennen operaatiota ja sen jälkeen. Videot tehtiin Fess (=poskionteloiden aukaisu) ja Septoplastia (nenän väliseinän muovausleikkaus) operaatioiden kotihoito-ohjeista, sillä osastolla annetaan paljon ohjausta kyseisistä operaatioista ja niiden jälkeisestä toipumisesta. Pääkriteereiksi asetettiin se, että videoiden tulee olla selkeät ja ymmärrettävät, jotta potilaat saavat mahdollisimman hyvän informaation itseoperaatiosta, siihen valmistautumisesta ja operaation jälkeisestä hoidosta. Kohderyhmänä ja tutkimusryhmänä toimivat osaston omat hoitajat, joille annettiin kyselylomake, jossa vastattiin muutama kysymykseen videoista ja niiden sisällöstä. (Liite3)

Tässä työssä suurimpana tavoitteena oli käytännön ongelman ratkaisu; vuosittain lisääntyvät potilasmäärät ja samalla jatkuvasti kasvava potilaiden ohjaamiseen kuluva aika. Toisaalta suuri osa tätä kehitystyötä oli myös teknologian kehittymisen hyödyntäminen osana potilastyötä. Videoiden olikin tarkoituksena tulla päivittäiseen ohjaukseen osastolla hoidettavia ja osastolta kotiutuneita potilaita varten. Videot laitettiin myös HUS:n sivuille sekä HUS:n omalle YouTube-kanavalle, jotta potilaat pääsevät tutustumaan niihin myös itsenäisesti.

Työn rakenne oli kolmeosainen, ensimmäinen osa eli ideointi/suunnitelmavaihe sisälsi videoiden ja niiden sisällön suunnittelemisen. Videon sisällöstä kirjoitettiin tarkka

suunnitelma, videoille kirjoitettiin käsikirjoitus, ja videoiden taustalla esitettävien power point diojen sisältö suunniteltiin huolella. Rhinologien (=Nenä erikoislääkärien) ja videossa esiintyvän erikoislääkärin kanssa yhteistyössä käytiin nämä suunnitelmat läpi ja saatiin sairaalan Rhinologien hyväksyntä videoiden sisällölle. Aluksi pidin myös yhteistyökokouksen sairaalan kliinisen asiantuntijan Susan Armisen kanssa, hankin tarvittavat tutkimusluvut ja tarvittavat rahoitukset kevään aikana. Tarkoituksena oli ottaa näkökulmaksi potilaan ohjaaminen hoitajan näkökulmasta, ja huomioida erityisesti se, minkälaisia asioita on tärkeätä ottaa huomioon potilaan ohjauksessa. Neuvotteluiden jälkeen videoista päätettiin tehdä ”puhuva pää” tyyppiset videot, joissa ensin lääkäri kertoo yleisesti operaatiosta ja preop (=ennen operaatiota tapahtuva) valmisteluista ja sitten hoitaja kertoo operaation jälkihoidosta ja siihen liittyvistä tärkeistä asioista. Prosessissa mukana ollut lääkäri Tuomas Klockars teki itse oman osuutensa suunnitelman ja käsikirjoituksen, mutta olimme tiivistä yhteistyössä koko prosessin ajan.

Tavoite 1 (suunnitteluvaihe)

Tavoitteena on suunnitella käyttökelpoiset ohjausvideot päiväkirurgisen osaston potilasohjauksesta varten. Potilaan saaman tietopaketin sisältöön on tarkoitus kuulua potilasohjeet videolinkkeinä, lisäksi potilas saa osastolta mukaan ohjeet kirjallisessa muodossa sekä mahdolliset reseptit, ajanvaraukset ym. tärkeät paperit. Videot laitetaan HUS intraan, HUS:n kotisivuille ja YouTubeen. Potilaille annetaan linkki, joista videoita voi katsella uudestaan myös kotona.

Toinen osa eli toteuttaminen sisälsi videoiden kuvaamisen kesäkuussa kandidatuotannon tiloissa Meilahdessa ja editointivaiheen, jossa videot koottiin tiiviissä yhteydenpidossa Kandikustannuksen editoijan kanssa. Videoilla esiintyivät jo edellä mainittu Korvalääkäri Tuomas Klockars ja päiväkirurgisen osaston oma sairaanhoitaja Niina Valkeapää. Videoista tehtiin lyhyet ja selkeät, jotta potilaiden olisi helppoa seurata videoita ja saada niistä tarvittava tieto omaan operaatioonsa ja operaation jälkeiseen hoitoon liittyen. Videoiden oli tärkeätä olla sopivat pituisia, jotta potilaat saavat kaiken tarvitsemansa informaation, mutta ne eivät saaneet olla liian pitkiä, jotta potilaiden mielenkiinto säilyisi. Videoiden katsomista varten osastolle hankittiin neljä tablettia ja niihin kuulokkeet, jotta potilaat voivat rauhassa keskittyä videoihin ja niiden sisältöön.

Tavoite 2 (toteutusvaihe)

Tavoitteena on kuvata itse videot ja tämän jälkeen pilotoida videoiden käyttöä päiväkirurgisella osastolla. Videoiden käyttöönotto/pilotointi tapahtuu loppukesän aikana ja samalla saan kerättyä arvokasta tietoa ja kokemusta videoiden hyödyntämisestä käytännön ohjauksessa. Tavoitteena on myös samalla saada ohjausvideot hyötykäyttöön jokapäiväisessä potilastyössä.

Kolmas vaihe oli arviointivaihe, jossa valmiit videot esitettiin osaston hoitajille osastotunnilla, täten kohderyhmänä toimivat osaston omat hoitajat. Heille annettiin kyselylomake, jossa piti vastata kysymyksiin videoista ja niiden sisällöstä Videoiden kriteeriksi asetettiin se, että videoiden tulee olla sisällöltään selkeät ja ymmärrettävät ja niiden tuli sisältää kaikki potilaiden tarvitsema tieto. Tarkoituksena oli, että potilaat saavat mahdollisimman hyvän informaation operaatiosta ja sen jälkeisestä hoidosta. Näiden lomakkeiden avulla muodostuivat lopullisen työn analyysi ja arviointi-vaiheet. Samalla myös arviotiin videoiden onnistumista sekä pohdittiin mahdollisia kehittämis-kohteita ja jatkotutkimuskohteita. Ylimäärisenä tutkimusryhmänä käytettiin SAMK:n (=Satakunnan ammattikorkeakoulu) hyvinvointiteknologian YHY16SP-ryhmän opiskelijoita, jotka arvioivat videoiden käytettävyyttä Morvillen hunajakennomallin avulla. Tätä kerättyä aineistoa käytettiin myös videoiden käytettävyyssarvioinnissa.

Tavoite 3 (arviointivaihe)

Tavoitteena on kerätä aineisto ja analysoida se. Eli tarkoituksena on arvioida ja analysoida videoista ja niiden hyödyntämisestä sähköisessä potilasohjauksessa kerättyjä mielipiteitä ja käyttäjäkokemuksia. Tarkoituksena on myös kerätä hyödynnettävää aineistoa sähköisen potilasohjauksen edelleen kehittämistä varten. Kumpaakin aineistoa on tarkoitus analysoida kattavasti ja kriittisesti sekä pohtia myös tulevaisuuden kehityskohteita. Tämän projektin tuotoksia ja kokemuksia on tarkoitus jatkossa hyödyntää myös päiväkirurgisen osaston potilasohjauksen kehittämisessä.

3.2 Aineistonkeruumenetelmät

Teoriapohja kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla ja varsinainen tutkimusaineisto kerättiin videoiden katselemisen jälkeen täytettävällä haastattelulomakkeella. (kts Liite

3) Tämän lomakkeen avulla videon katsoneet hoitajat arvioivat videoiden sisältöä ja käytettävyyttä potilasohjauksessa. Videoiden arvioinnissa ja haastattelurungon pohjana käytettiin Nielsenin heuristista arviointia, jolla voidaan kattavasti pohtia videoiden luotettavuutta ja käytettävyyttä. Toisena arviontimenetelmänä ja tiedonkeruuvälineenä käytettiin Morvillen ”hunajakennomallia” joka arvioi mm. luotettavuutta, tehokkuutta, käytettävyyttä ja opittavuutta. Näitä yhdistelemällä saatiin riittävän kattava ja monipuolinen arviointipohja luotettavaa arviointia varten.

Kirjallisuuskatsauksia tehdään erilaisiin tarkoituksiin, tämän vuoksi niiden tekotavat ja nimitykset eroavat hieman toisistaan. Kirjallisuuskatsauksella yleensä kartoitetaan sitä, minkälaista tietoa joltakin rajatulta alueelta on olemassa ja saatavilla. Yleensä haetaan vastausta johonkin kysymykseen, kuten tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsaus voikin olla artikkeli, esitelmä tai opinnäytetyön osa, jossa käydään analyttisesti lävitse sitä mitä tarkasteltavasta ilmiöstä tiedetään. (Jyväskylän amk:n www sivut 2016)

Kirjallisuuskatsauksen avulla yleensä hahmotetaan opinnäytetyön aihepiirin kokonaisuutta. Sen avulla saadaan tietoa siitä, miten paljon tutkimustietoa tutkittavasta aiheesta on olemassa, millaisesta näkökulmasta tätä aihetta on tutkittu ja millaisin menetelmin. Kaikissa opinnäytetöissä on ns. teoreettinen viitekehys, jossa määritellään opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja tämä teoreettinen viitekehys perustuu systemaattiseen tiedonhakuun. Usein teoreettinen viitekehys on kirjallisuuskatsaus, jossa kuvataan opinnäytetyön käsitteellistä taustaa ja sitä, miten tekeillä oleva työ liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009)

Haastattelurungon pohjana käytettiin Nielsenin heuristista arviointia, jolla voidaan kattavasti pohtia videoiden luotettavuutta ja käytettävyyttä eri näkökulmien kautta. Heuristisen eli kokemukseen perustuvan arvioinnin tarkoituksena on löytää käytettävyysongelmia tuotteesta kokeilemalla sitä ja kiinnittämällä huomiota sen käytössä ilmeneviin ongelmiin. Apuna arvion tekijällä on yleensä heuristinen muistilista, jonka tarkoituksena on virittää arvioija käsittelemään tietynlaisia ongelmia. Heuristinen arviointi on alun perin tarkoitettu käytettävyyteen hyvin perehtyneillä asiantuntija-arvioijilla suoritettavaksi, mutta sitä voidaan käyttää myös aloittelevien arvioijien

kanssa. Luotettavuuden varmistamiseksi on tärkeää käyttää arvioinnissa useita arvioijia, koska jokainen heistä jättää huomioimatta suuren osan käytettävyysongelmista.

Heuristinen arviointimenetelmä on niin sanottu asiantuntijamenetelmä, eikä käyttäjätestausmenetelmä. Arvioijat ovat siis käytettävyyden asiantuntijoita tai pyrkivät kehittämään omaa ymmärrystään tuotteiden käytettävyydestä, heuristista arviointia ei siis tee tavallinen peruskäyttäjä tai itse tuotteen varsinainen suunnittelija. Menetelmän etuna on tuottaa seikkaperäinen lista erilaisista ongelmakohdista, jotka voivat liittyä tuotteen käyttöön. Ongelman kuvaukseen perusteella on arvioijan yleensä helpompi ymmärtää ongelman luonne ja keksiä ratkaisuehdotus löydettyyn ongelmaan. Heuristista arviointia voi kokeilla myös prototyyppiasteella oleviin ohjelmiin, esimerkiksi paperiprototyyppien avulla. (Media Lab Helsinki www-sivusto 2016)

Nielsenin arviointi nojaa siis kymmeneen kriteeriin joiden toteutumista arvioimalla, voidaan arvioida myös näiden videoiden käytettävyyttä. Työssä sovelletaan tätä Nielsenin mallia itse haastattelurungon teossa ja videoiden luotettavuutta ja käytettävyyttä arvioitaessa.

1. Näkyvyys:

Käytettävän sovelluksen/laitteen tulisi antaa käyttäjälle sopivin väliajoin sopivaa palautetta siitä, mitä sovelluksessa on tapahtumassa. Tämä on tärkeää siksi, että käyttäjän ei tarvitse jäädä miettimään, tekeekö sovellus jotain vai onko tapahtunut jokin häiriö. Käyttäjän tekemät asiat pitäisivät olla selvästi näkyvillä ja löydettävissä, jotta myös vahingossa tehdyt asiat tulisivat huomatuksi ennen pahoja virheitä.

2. Yhteensopivuus systeemin ja todellisen maailman välillä:

Sovelluksessa ei tulisi käyttää käyttäjän kannalta vierasta tai outoa sanastoa, esimerkiksi liian teknistä kieltä., sovelluksessa pitäisikin käyttää luonnollista kieltä. Sisältö tulisi myös esittää loogisessa järjestyksessä.

3. Hallitsevuuden ja vapauden tunne käyttäjällä:

Käyttäjällä tulisi aina olla selkeä mahdollisuus päästä pois erilaisista tilanteista ja helposti palata äskeiseen tilaan, selvästi merkityt poistumistiet ovat tärkeitä tekijöitä sovelluksessa ja sen käytettävyydessä.

4. Jatkuvuus ja standardit:

Sovelluksessa ei pidä esiintyä samaa asiaa sanottuna monella eri tavalla, sillä se sekoittaa käyttäjää. Sovelluksen käytön pitäisi noudattaa tiettyjä, ennalta määrättyjä ohjeistuksia ja käyttää hyväksi tunnettujen sovellusten tapoja. Tämä helpottaa ymmärtämistä nk. siirtovaikutuksen (jo opittu asia vaikuttaa uuden asian oppimiseen) ansiosta.

5. Virheiden ehkäisy:

Käyttäjää pitäisi kaikin tavoin ehkäistä tekemästä virheitä mieluummin kuin käyttää useita erilaisia virheilmoituksia. Käyttöliittymän loogisuus ja käyttäjäkeskeisyys myös osaltaan ehkäisevät virheiden tekemistä.

6. Muistikuormituksen minimoiminen:

Ei pidä olettaa, että käyttäjä muistaa kaiken sovelluksen käyttöön tarvittavan tiedon. On tärkeää, että käyttöliittymän jokainen osa on looginen ja selkeät ohjeet ovat helpposti nähtävillä.

7. Käytön tehokkuus ja joustavuus:

Käyttöliittymän tulisi tarjota tehokäyttäjille oikopolkuja eri toimintoihin, niiden oikopolkujen tulisi kuitenkin olla sellaisia, etteivät ne sekoita aloittelevaa käyttäjää. Tällä tavalla käyttöliittymästä tulee monipuolisempi useammille käyttäjille.

8. Minimalistinen suunnittelu:

Sovelluksen eri näytöt eivät saisi sisältää turhaa ja epäolennaista tietoa. Kaikki ylimääräinen tieto kilpailee huomiollaan oleellisen aineksen kanssa ja huonontaa tärkeiden asioiden perille menoa.

9. Virheistä toipuminen:

Mahdolliset virheet tulisi ilmoittaa selväkielisillä virheilmoituksilla, ei pelkillä koodeilla ja ilmoitusten pitäisi sisältää tarkka kuvaus ongelmasta sekä sen suositeltava korjausehdotus.

10. Ohjeet:

Sovelluksen tulisi mieluiten olla käytettävissä ilman apua, mutta käytännössä varsinkin suuremmissa kokonaisuuksissa tämä ei useinkaan ole mahdollista. Ohjeiden tulisi

olla käyttäjän helposti saatavilla ja selattavissa, sekä kohdistettavissa käyttäjän sen hetkiseen ongelmaan. Ohjeiden ei myöskään tulisi olla liian pitkiä, vaan selvittää yksinkertaisesti pääaskeleet liittyen ratkaisuun. (Nielsen 1994)

Videoiden arvioinnissa käytettiin apuna myös Morvillen Heuristista ”hunajakennomallia”, joka arvioi mm. luotettavuutta, tehokkuutta, käytettävyyttä ja opittavuutta. ”Hunajakennomallia” käytettiin metodina arvioinnissa, jonka opiskelutoverini suorittivat videosta ja sen käytettävyydestä heti videoiden katsomisen jälkeen. Palautteet annettiin sähköpostilla ja muodoltaan vapaamuotoisena tekstinä. Tämä malli mielestäni hyvin kuvaakin niitä kriteereitä, joita hyvän potilasohjausvideon tulisi täyttää.

Hyvän videon tulee hunajakennomallin mukaisesti olla helppokäyttöinen, helposti ymmärrettävä, selkeä ja hyvin saavutettavissa ja löydettävissä. Sen tulee myös olla luotettava ja sisältää oikeata ja luotettavaa tietoa, selkeässä ja hyvin ymmärrettävässä muodossa Ohjausvideoiden tulee täyttää nämä kriteerit, jotta videoita voidaan tulevaisuudessakin käyttää osastolla osana potilasohjausta. Tarkoituksena hunajakennon käytössä olikin pohtia käytettävyyden lisäksi muun muassa videoiden uskottavuutta, luotettavuutta ja saavutettavuutta.

Hunajakennomallin mukaiset käytettävyyden kriteerit ovat:

- **Hyödyllinen.** On arvioitava sitä, ovatko tuotteemme ja sivustomme helposti käytettäviä ja hyödyllisiä. On myös käytettävä hyödyksi omaa tietämystämme hyödyllisempien innovaatioiden kehittämiseen.
- **Käytettävä.** Tuotteiden on oltava helposti käytettäviä mutta pelkkä käytettävyyks itsessään on tarpeellista mutta ei riittävää. Käytettävyyks koostuu myös muista osatekijöistä kuin pelkkä käytettävyyks itsessään.
- **Haluttava.** Haluttavuuden ja tehokkuuden tavoittelussa kehitystyössä tulee olla esillä myös imagon, identiteetin, brändin ja muiden tunnepohjaisten mallien kunnioitusta.
- **Löydettävä.** Meidän täytyy suunnitella löydettävät internetsivustot ja objektit, jotta käyttäjät voivat löytää juuri sen asian, mitä he haluavatkin löytää.

- **Saavutettava.** Kuten rakennuksissamme on hissejä ja rampeja, tulee nettisivujemmekin olla saavutettavissa ihmisille, joilla on erilaisia rajoitteita. Niiden tuleekin olla kaikille yhtä helposti saavutettavissa.
- **Uskottava.** Suunnitellun sivuston täytyy olla luotettava ja uskottava käyttäjille, heidän tulee voida luottaa sivustoon ja sen sisältöön.
- **Arvokas.** Sivustojen täytyy olla suunniteltu käyttäjäkokemusta ja käyttäjien arvoja ajatellen. Sen täytyy täyttää käyttäjien arvot ja arvostaa käyttäjien tyytyväisyyttä.

Hunajakennomalli täyttää useita eri tarkoituksia yhdellä kerralla. Se on hyvä työkalu, kun halutaan edetä keskustelussa käytettävyyden yläpuolelle. Se myös auttaa ihmisiä ymmärtämään rajoitteita ja vaatimuksia sivuston prioriteettien määrittelemisessä. Onko sivustosi tärkeämpää olla haluttava vai saavutettava? Entä käytettävä vai uskottava? Totuus on se, että se riippuu jokaisen omasta uniikista tasapainosta kontekstin, sisällön, käyttäjän ja käyttäjän omien toiveiden välillä. Tarvittavat kompromissit on usein tehty paremminkin tietoisesti kuin tiedostamattomasti. Jokaisen osion käyttäjän kokemuksen arvioinnista hunajakennomalli täyttää, antaen meille mahdollisuuden tutkia kokemusta ilman sovinnaisia rajoja. (Morville 2004)



Morvillen hunajakennomalli (Morville, 2004).

4 PROJEKTIN TUOTOKSET

Projektissa tuotetut videot esiteltiin 15.8.2016 osastotunnilla ja samalla kerättiin osaston hoitajien arviot videoista palautelomakkeen avulla (Liite 3). Lomakkeita ja ohjeita laitettiin myös osaston kansliaan hoitajien saataville. Lomakkeet ja videolinkit lähetettiin myös osastonhoitajille sähköpostilla, jotta saataisiin kerättyä laajempi tutkimusaineisto. Palautteen takarajaksi asetettiin perjantai 2.9.2016, jotta saatiin kerättyä lopullinen aineisto asetetun aikarajan sisällä.

Kyselyn aikana päiväkirurgiassa työskenteli yhteensä 18 sairaanhoitajaa, (joista 4 työskentelee osaston omassa leikkaussalissa) osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kolme sihteerä ja välinehuoltaja). Lomakkeita palautettiin yhteensä 10 kappaletta eli yhteensä 62 % päiväkirurgian sairaanhoitajista vastasi kyselyyn.

Lomakkeet laitettiin myös sähköpostilla osaston KO6 ja korvaklinikan leikkausosaston osastonhoitajille, henkilökunnalle välitettäväksi yhdessä videolinkkien kanssa, mutta yhtään vastausta ei tätä kautta saatu. Sähköpostilla saapui yksi vastaus eräältä Lastenklinikan sihteeriltä, mutta tätä yksittäistä lomaketta ei otettu lopullisissa tuloksissa huomioon.

Ylimääräisenä haastatteluryhmänä käytettiin SAMK:n hyvinvointiteknologian opiskelijoita, joiden tehtäväksi annettiin arvioida videoiden käytettävyyttä Morvillen huna-jakennomallin avulla. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa ja 15 opiskelijasta vain kolme vastasi kyselyyn, joten tämän tutkimusryhmän vastausprosentiksi jäi 20 %

Projektissa tuotetut videot tulivat osastolle käyttöön jo projektin aikana ja niiden päivittäinen käyttö jatkuu myös tulevaisuudessa. Videot laitettiin myös YouTubeen HUS:n omalle kanavalle sekä HUS:n internetsivuille, jotta potilaat voivat tutustua videoihin omatoimisesti kotona, joko ennen operaatiota tai operaation jälkeen. YouTubeessa videot löytyvät hakusanoilla ”Fess potilas”, ”Fess ohjausvideo”, ”Septoplastia potilas” ja ”väliseinäleikkaus”. Googlessa videoihin liitettiin hakusanoiksi ”HUS väliseinäoperaatio” ”HUS Fess” ja ”HUS poskionteloleikkaus”

Ohjeet videoiden katseluun laitetaan tulevaisuudessa myös osaston potilasohjeisiin ja kutsukirjeisiin. Videot löytyvät linkeistä:

<https://youtu.be/VnZOZuYEFms> (FESS) ja

https://www.youtube.com/watch?v=v_p2fAQPssw Septoplastia)

Palaute videoista oli lähinnä positiivista, videoita pidettiin selkeinä ja videoiden pituutta sopivana. Kieli oli palautteen mukaisesti selkeätä eikä hoitajien mielestä videoissa käytetty liikaa lääketieteellistä sanastoa. Puhujien puhetapaa pidettiin yksittäisissä palautteissa hieman liian virallisena ja kankeana ja samalla kaivattiin rennompaa otetta videoiden esitykseen. Toisaalta useassa palautteessa videoiden puhujia pidettiin ammatillisina, mutta rennon oloisina ja puhetapaa selkeänä ja helposti ymmärrettävänä.

”video oli selkeä ja käytetty helposti ymmärrettäviä sanoja (ei liikaa lääketieteellisiä) Esiintyjät olivat ammatillisia, mutta rennon oloisia”

Videoiden monipuolisuutta pidettiin hyvänä asiana, palautteessa pidettiin siitä ajatuksesta, että potilas voi samanaikaisesti sekä katsoa että kuunnella ohjeita. Videolla samaan aikaan tapahtuvaa suullista ohjeiden antamista ja taustalla pyöriviä dioja pidettiin hyvänä asiana, sillä kuten jo aikaisemmin tässä työssä on todettu, jokainen ihminen oppii eri tavoilla. Koettiin, että koska joku oppii kuuntelemalla, joku katsomalla ja joku lukemalla, tavoitetaan videoilla monipuolisesti erilaiset oppijat. Yleisesti sitä pidettiin hyvänä asiana, että tieto oli sekä dioina, että puhutussa muodossa. Palautteissa koettiin, että kaikki tarpeellinen tieto myös löytyi videoista ja niiden sisällöstä.

”Sisältö ok, esitystapa selkeä. kaikki tarpeellinen tuntuisi olevan videolla. Hyvä että tieto oli myös slideinä puhutun ohella”

Ohjeiden selkeyttä ja sisältöä sekä potilaita askarruttaviin asioihin vastaamista kiitettiin (esim. huoli että toimenpiteessä kosketaan ulkonenään, kuten eräs potilaista oli

pelännyt). Kuitenkin useassa palautteessa puhuttiin videoiden yhdistämisestä kirjallisiin ohjeisiin, joten kirjallisten ohjeiden säilyttämistä ohjeiden rinnalla pidettiin selkeästi tarpeellisena vielä tässä vaiheessa.

”pärjäisin videon katsomisella kotona, onhan minulla kotona kirjalliset ohjeet...Kotona on kirjalliset ohjeet muistin virkistämiseksi, kun olen katsonut videon...”

Ohjeilla koettiin myös hyvin pärjättävän kotona operaation jälkeen, suurin osaa vastaajista koki, että pärjäisi videoiden ja ohjeiden kanssa hyvin kotona operaation jälkeen. Kommenteissa mainittiin, että katsojien mielestä videot olivat riittävän selkeät ja yhdessä kirjallisten potilasohjeiden kanssa luovat sopivan tietopaketin potilaiden kotona pärjäämistä tukemaan. Osassa palautteesta myös luotettiin mahdollisuuden palata videoihin vielä uudestaan kotona. Joten videoiden saatavuuteen on hyvä panostaa myös jatkossa.

”Yhdessä kirjallisten ohjeiden kanssa kaikki tarpeellinen tieto ja kyllä pärjäisin kotona noilla ohjeilla”

Palautteessa muistutettiin myös, että on hyvin tärkeää muistaa myös käydä potilaiden kanssa läpi lääkäreiden määräämät yksilölliset ohjeet. Positiivisena asiana pidettiin sitä, että videot painottavat, että potilaan tulee aina tehdä lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti, varsinkin jos ne poikkeavat videoissa annetuista ohjeista. Usein potilaille annetaan yleisten ohjeiden rinnalla myös yksilöllisiä ja lääkärikohtaisia ohjeita, joten videot eivät voi täysin kattaa kaikkia potilaille annettavia ohjeita.

”Toki on tärkeä käydä läpi lääkärin potilaalle määräämät asiat”
”hyvin painotettiin, että lääkärin ohjeiden mukaan kuitenkin tekee, vaikka videoilla sanottaisiin muuta”

Palautteessa toivottiin, että videoista mainittaisiin jo kutsukirjeissä, jotta potilaat katsoisivat videot jo etukäteen kotona, sillä ne sisältävät hyvää tietoa leikkauskelpoisuudesta, operaatioon valmistautumisesta sekä itse toimenpiteestä.

*”Olisi hyvä, että videoista olisi maininta kutsukirjeissä jo ja potilaat katsoisivat sen läpi kotona. Videoissa oli hyvin tietoa mm. leikkauskel-
poisuudesta ja itse toimenpiteestä”*

Videota on jo esitetty jonkin verran myös potilaille ja palaute on ollut hyvin positiivista ja tyytyväistä. Potilaat kokevat videoiden katsomisen helpoksi ja mukavaksi tavaksi saada tietoa operaatiosta ja sen jälkihoidosta. Myös hoitohenkilökunta on ottanut videot jo osaksi ohjausprosessia. Osastolle onkin hankittu neljä tablettitietokonetta ja niihin sopivat kuulokkeet jokapäiväistä käyttöä varten. Toivottavasti videoiden käyttö tulevaisuudessa jatkuu samanlaisena, ja osastolle saadaan kuvattua ohjausvideoita myös muista operaatioista.

Parannusehdotuksia tuli yllättävän vähän, mutta esimerkiksi videoiden teknisiä ongelmia huomioitiin (esimerkiksi, se että muutamassa kohdassa nauhoitusten välissä puhujien kuva hieman pomppasi.) Tekniikkaa korjattiinkin editointiprosessin aikana useaan kertaan, ja tulevaisuudessa pyritään pitämään huolta siitä, että videoista saadaan karsittua kaikki ”tekniset ongelmat” pois.

Palautteessa toivottiin, että paremmin alleviivattaisiin, sitä että asiantuntijana ovat lääkäri ja hoitaja ja että kyseessä on kahden eri ammattikunnan edustajat. Kummankin edustajan esiintyminen sairaalavaatteissa koettiin hyväksi asiaksi, mutta hoitajan ja lääkärin erottaminen toisistaan koettiin hankalaksi. ”Lisämerkkejä” esiintyjien ammattista kaivattiin.

”Olin ”alleviivannut”, että asiantuntijana on lääkäri (asuste/nimikyltti tms.) ja erotuksena hoitajan ohjaus”

Myös puhujien erilaiseen puhetapaan ja seisoon suoritettuun esiintymiseen kiinnitettiin huomiota ja tämä on tarkoitus ottaa tulevaisuudessa videoiden suunnittelemisessa huomioon. Useassa palautteessa kaivattiinkin hieman rennompaa ja luontevampaa esiintymistyyliä. Videota seurattaessa esiintyjien välinen puhetavan muutos koettiin häiritseväksi asiaksi, tämä huomattiin jo videoiden editointivaiheessa, mutta siihen ei

enään päästy puuttuman. Tämä kuitenkin kirjattiin ylös yhdeksi tulevaisuuden kehitystyössä huomioitavaksi asiaksi, varsinkin uusia videoita suunniteltaessa. Kuitenkin monessa palautteessa kiiteltiin nimenomaan esiintyjien rentoutta ja rentoa puhetapaa.

”Pieni ristiriita kun lääkärin puhe puhekielestä ja hoitaja asiallisempaa. Luontevampaa olisi ollut ehkä se, että esiintyjät olisivat esiintyneet esimerkiksi nojatuolissa”

”Yleisvaikutelmalta esitetty ehkä vähän kankeasti, odotin vähän rennompaa”

Myös yksinkertaista demoa itse operaatiosta toivottiin, tätä perusteltiin, sillä että näin potilas saisi paremman kuvan siitä mitä itse operaatiossa tapahtuu. Tämä voisi toimia kehityskohteenä tulevaisuuden ohjausvideoille ja tuoda mahdollisuuden antaa lisätietoa potilaille itse operaatioista ja sen suoritustavoista. Tietenkin tässä on otettava huomioon erilaiset ja varsinkin videoita mahdollisesti katsovat herkät katsojat.

Jatkokehitysideana esitettiin tehtäväksi tutkimusta potilaiden mielipiteistä ja potilaiden kokemuksista videoiden hyödynnettävyydestä. Osastolta myös ehdotettiin jatkok tutkimusta siitä, miten eroavat videoiden katsoneiden ja ohjeet hoitajan antamana kuunnelleiden potilaiden oppiminen ja pärjääminen kotona operaation jälkeen. Ovatko potilaat hyötäneet enemmän video ohjauksesta ja ottavatko video-ohjatut potilaat vähemmän yhteyttä osastolle, kuin ne, jotka ovat saaneet vain suulliset ja kirjalliset ohjeet.

Jatkotutkimuksena voitaisiin myös tutkia, sitä ovatko potilaat tutustuneet videoihin etukäteen jo ennen operaatioon saapumista ja sitä, kuinka usein potilaat ovat palanneet videoihin uudestaan operaation jälkeen. Kuinka paljon potilaat ovat todellisuudessa hyötäneet tästä mahdollisuudesta katsoa videoita myös kotona ja kuinka paljon he ovat tätä mahdollisuutta hyödyntäneet. Olisikin mielenkiintoista tutkia sitä, minkälaisia vaikutuksia videoilla on ollut potilasohjaukseen ja sen kehitykseen. Miten potilaat ovat kokeneet videot ja niiden hyödyn.

Toisaalta videoiden käytettävyyttä voitaisiin tulevaisuudessa pohtia myös hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden näkökulmasta. Kuinka paljon hoitajilla jää enemmän aikaa muuhun potilastyöhön videoiden käyttöönoton jälkeen, vai jääkö aikaa yhtään enemmän? Kuinka hoitajat kokevat potilaiden hyötyvän videoiden käytöstä, eli hoitajien näkökulmasta: lisääntyvätkö tai vähentyvätkö yhteydenotot videoilla ohjattujen potilaiden kohdalla.

Käytettävyyttä arvioiva ryhmä arvioi videot hyvin onnistuneiksi käytettävyyden kannalta. Hyväksi katsottiin, että videot on helppo laittaa pyörimään ja että ne ovat saavutettavissa erilaisissa tilanteissa oleville ihmisille. Mutta mahdolliseksi saavutettavuuden rajoitteeksi katsottiin esimerkiksi potilaan heikot ATK-taidot

”Ohjausvideo on helppokäyttöinen ja helposti saatavissa. Joissain tapauksissa käytettävyyttä saattaa kuitenkin rajoittaa esim. potilaan heikot atk – tekniset valmiudet. ”

Videot koettiin hyvin helposti löydettäväksi ja saavutettaviksi, mutta kysymystä herätti se, miten potilaat ohjataan löytämään videot. Siihen onkin tarkoitus jatkossa panostaa, että potilaat löytävät videot helposti ja nopeasti. Hyvänä pidettiin myös sitä, että myös kyseisen sairaalan potilaisiin kuulumattomat ihmiset voivat myös halutessaan käydä katsomassa videoita.

”sosiaaliset kanavat ovat tätä päivää ja se, että videot ovat löydettävissä YouTubesta on mielestäni erittäin hyvä.

*”jos tämän löytää googlettamalla niin eikö se ole aika saavutettava?
Helppo ja ilmainen”*

Videot koettiin myös hyödyllisiksi ja ne koettiin hyväksi leikkauksen onnistumisen ja leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ehkäisyn kannalta. Koska tämänlainen ohjaustapa on vielä hyvin uutta suomessa, videoita pidettiin houkuttelevana ja mielenkiintoisena menetelmänä. Hyväksi asiaksi koettiin se, että videoihin voi halutessaan

palata aina uudestaan. Taustakuvat ja tekstit olivat myös palautteen mukaan sopivan ytimekkäitä ja selkeitä

”Videot ovat minusta hyödylliset. Potilas saa niistä hyvää ja selkeää informaatiota.”

”mielestäni videot ovat hyödyllisiä kyseisiin toimenpiteeseen tulevalle potilaalle tai vaikkapa henkilölle, joka on muuten kiinnostunut kyseisistä operaatioista. Videolta on helppo omassa rauhassa kerrata asioita, joita ei kuitenkaan muista.”

”minua houkuttaa erityisesti se, että tuossa on mukavan eläväinen kerrota, kun tuo ihminen näkyy tuossa ruudussa. Tekee mieli katsoa koko filmi loppuun saakka.”

Videoiden kansankielisyydestä annettiin hyvää palautetta, palautteen mukaan videoissa pidettiin erityisesti niiden selkeästä kieliasusta. Koettiin, että videot ovat myös maalikoille helppoa seurata, videoissa vältettiin hyvin pelkän ammattisanaston käyttäminen. Luotettavuutta koettiin laskevan se, että hoitajan huomattiin videolla lukevan tekstiä samalla jostakin kameran takaa. Toisaalta hoitajien ja lääkärin ammattimainen esiintyminen videolla koettiin videoiden uskottavuutta lisääviksi seikoiksi.

”Ohjausvideossa potilaalle suunnatut ohjeet ovat selkeästi ”kansankielellä” kerrottu, ammattisanastoa välttäen. Potilaan on helppo tarvittaessa toistaa video ohjeiden kertaamiseksi.”

”Uskottavat ja luotettavat videot. Ammattimaiset ja selkeät. Ei tehnyt mieli enää etsiä enempiä tietoa vaan oleellinen oli siinä. Varsinkin kun lisäksi saa lääkäreiltä ja hoitajilta ohjeet ja mukana oli yhteystiedot, joihin voi vielä tarvittaessa ottaa yhteyttä.”

”alussa oli hyvä repliikki, kun kerrottiin että ei poista niitä asioita joita on puhunut oman hoitavan henkilökunnan kanssa. Kyllä minä ainakin tähän luottaisin. Mies henkilöllä erittäin luottamusta herättävä puhetyyli ja video itsessään selkeä ja helposti seurattava”

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä suunniteltiin uudet ohjausvideot päiväkirurgiselle osastolle, ne otettiin käyttöön ja niiden käytettävyyttä arvioitiin osastolla tehdyn kyselyn avulla. Kyselyssä arvioitiin myös videoiden käytettävyyttä potilasohjauksessa päiväkirurgisella osastolla. Tutkimuksen suunnitteleminen ja aikatauluttaminen sujuivat hyvin sujuvasti ja aikataulussa pysyttiin hyvin koko prosessin ajan. Aikataulun sujumiseen vaikuttivat hyvin suunnitellut aikataulut ja tarkasti asetetut tavoitteet. Voidaan arvioida siis, että projektin tavoitteet saavutettiin ja projekti saatiin toteutettua suunnitellussa aikataulussa. Myös yhteistyö useiden eri yhteistyötahojen kanssa sujui hyvin ja myös itse taustatyön tekeminen sujui suunnitelmien mukaisesti.

Teoreettisen viitekehyksen kirjallisuuskatsaus tuotti jonkin verran työtä, koska itsessään päiväkirurgian ohjausprosessia on tutkittu hyvin vähän 2010-luvulla, ja täten tutkimustuloksia on hyvin vähän saatavilla. Tässä työssä hyödynnettiin paljon vanhempia lähteitä ja tutkimustuloksia, mutta kuitenkin saatiin tarpeeksi laaja ja kattava kirjallisuus pohja itse työlle. Viitekehykseen teemoiksi valittiin päiväkirurgia ja sähköinen ohjaaminen tukemaan tutkimusta ja sen tuloksia, ja ne täyttivät tarkoituksensa erinomaisesti. Kuitenkin saatavilla olevien tutkimusten vähäisyys heikensi kirjallisuuskatsauksen laajuutta, laajemman aineiston käyttäminen taustatutkimuksessa olisi myös merkittävästi lisännyt tämän projektin teoriapohjan luotettavuutta.

Morvillen mallia käytettiin videoiden käytettävyyden arvioinnissa, mutta vaikka malli onkin hyvä monien erilaisten käyttöönottojen arvioinnissa, tässä prosessissa se ei ihan kokonaisuudessaan vastannut esitettyjen tavoitteiden kysymyksiin videoiden hyödynnettävyydestä tulevaisuuden ohjaustyössä. Sitä hyödynnettiin onnistuneesti haastattelupohjan suunnittelussa ja siinä se osoittautui hyväksi valinnaksi.

Hunajakennomallin avulla pyydettiin myös ylimääräisen tutkimusryhmän jäseniltä arvioita videoista ja niiden käytettävyydestä. Tämä ryhmä koostui eri ammattiryhmän edustajista, jotka opiskelevat hyvinvointiteknologiaa SAMK:ssa. Tämän ryhmän palautteen saaminen oli hieman haastavaa ja vaati paljon työtä, mutta onnistui lopulta

(vaikka vastausprosentti jäikin pieneksi). Kyselystä saatiin kerättyä hyviä arvioita ja monipuolista sanallista arviointia itse videoista ja niiden käytettävyydestä.

Haastattelukysymykset osoittautuivat tarkoitukseensa toimiviksi, mutta mahdollistivat liikaa haastateltavien kyllä ja ei vastaukset. Hyvässä kyselyssä mielestäni tuloksiksi tulisi saada muitakin vaihtoehtoja kuin kyllä ja ei vastauksia, varsinkin jos käytetään avoimia kysymyksiä. Joten voidaan tehdä johtopäätös, että tässä tarkoituksessa malli ei ihan onnistunut täyttämään suunniteltua tavoitetta. Kuitenkin haastattelulomakkeilla saatiin kerättyä tarpeeksi laaja ja monipuolinen tutkimustulos, jolla voitiin arvioida luotettavasti videoita ja niiden käytettävyyttä.

Vaikka vastauksia olikin määrällisesti vähän (10kappaletta) oli se haastatteluryhmän määrästä yli 50 % (62 %) ja riitti tuottamaan tarpeeksi laajat tulokset luotettavuutta ajatellen. Itse tuloksia ajatellen vastauksia olisi saanut olla enemmän kattavamman arviointimateriaalin saavuttamiseksi, mutta tämä tulos katsottiin tarpeeksi laajaksi, jotta selvitys saatiin luotettavasti toteutettua. Tuloksien mukaisesti videoiden käyttöönottoa pidettiin haastateltavien mielestä hyvänä asiana ja tulokset täyttivät tavoitteet ja käytettävyyksykysymykset hyvin. Videoiden saamien arvioinnin mukaan videot olivat hyvät ja käyttökelpoiset juuri tämän osaston tarpeisiin nähden.

Joitakin kehityskohteita tuotiin esille ja niitä voidaankin hyödyntää esimerkiksi videoiden tulevaisuuden jatkokehitystä suunniteltaessa. Prosessissa tuotiin esille myös jonkin verran käyttökelpoisia ideoita tulevaisuuden tutkimuskohteista, varsinkin liittyen videoiden käyttöön ja potilastyytyväisyyteen. Videoiden soveltuvuudesta ainoana ohjauksena potilasohjauksessa toivottiin myös tulevaisuuden tutkimusta, tässä ehdotuksen mukaisesti olisi tarkoituksena tutkia potilaiden oppimista pelkän video-ohjauksen jälkeen. Näitä ideoita voidaankin tulevaisuudessa käyttää myös hyödyksi itse videoiden kehittämistyössä. Näistä tutkimusideoista voidaan esimerkiksi tuottaa tulevaisuudessa opiskelijoilla opinnäytetöitä tai hyödyntää niitä osaston itsensä tutkimus- tai kehityskohteina.

Jos arvioidaan itse videoiden toimivuutta hunajakennomallin avulla, videoiden käytettävyydessä ja löydettävyydessä onnistuttiin erittäin hyvin ja videot löytyvät helposti erilaisten sivustojen kautta (edellä mainittujen YouTuben ja HUS:n omat sivut). Myös

erilaisilla hakukriteereillä haettuna ne olivat helpot löytää internetin hakupalvelimien avulla. Videot ovat käytännölliset ja hyödylliset ja antavat hyvin sen informaation, minkä niiden katsoja tarvitsee pärjätäkseen kotona itsenäisesti operaation jälkeen. Videot ovat myös selkeät ja sisältävät selkeän ja helposti ymmärrettävän muodon ohjattavista asioista. Ne ovatkin kokonaisuutena yksinkertaiset ja helpot käyttää, myös potilaiden on helppo katsoa näitä videoita ja ne ovat selkeät rakenteeltaan.

Videot ovat mielestäni myös arvokkaat potilaiden pääasiallisena tiedonlähteenä tulevaisuudessa. Ne ovat myös arvokkaat ja hyödylliset hoitajien apuvälineenä potilaiden ohjauksessa ja opettamisessa. Videot ovat myös tutkimustulosten mukaisesti hyvin uskottavat, mutta palautteen mukaan paremmin olisi voitu ottaa huomioon selkeä ero vaihtuvien eri ammattiryhmien edustajien välillä. Tämä yksityiskohta täytyy ottaa huomioon myös tulevaisuuden videoissa, sillä katsojan kannalta on tärkeitä ymmärtää videoiden sisältö ja opetusmateriaali, mutta myös se kuka puhuu mistäkin asiasta.

Videot täyttävät myös sen kriteerin, että ne olivat toivotut ja halutut, koska niitä on toivottu hoitajien pyynnöstä. Lisäksi niiden käyttöönotto oli osa sairaalan kehitystyötä ja hoidon laadun parantamisen suunnitelmaa. Mutta tämänlaisten videoiden lopullinen arvokkuus ja hyödynnettävyys tietolähteenä tulisivat parhaiten esille kohderyhmän näkökulmasta. Tästä toivottavasti tulevaisuudessa tehdään uusia tutkimuksia, jotta saadaan myös käyttäjänäkökulmaa arvioitua.

Videot ovat hunajakennomallin kriteerien mukaisesti hyvin onnistuneet täyttämään tarkoituksensa ja tavoitteensa. Ne ovat saaneet myös kerätyn käyttökokemuksen mukaisesti täytettyä hunajakennomallin mukaiset käytettävyyden vaatimukset ja ne rakenteet ja tavoitteet, joita mallissa tavoitellaan. Pienien puutteiden korjaaminen tulevaisuudessa lisäisi niiden käytettävyyttä ja luotettavuutta.

Kokonaisuutena tutkimuksen lopputulos ja itse tutkimus ovat positiivinen kokemus ja tutkimuksen voidaan sanoa olleen tehokas ja onnistunut. Tutkimusprosessin sujuvuus ja aikataulullinen onnistuminen olivat positiivinen kokemus ja voidaan sanoa, että tutkimus on hyödynnettävä ja luotettava myös tulevaisuuden kehitysprojekteja ajatellen.

Voidaan arvioida, että tämän opinnäytetyön päätavoite eli ohjausvideoiden tuottaminen ja käyttöönottoaminen päiväkirurgisella osastolla onnistui suunnitelmien mukaisesti, joten tämän tavoitteen voidaan todeta toteutuneen suunnitellusti.

LÄHTEET

- Alatalo S., Bachmann M. & Mattila K. 2008. Päiväkirurgian organisointi ja palvelutuotannon kehittäminen HYKS-alueella. Sitran raportti. Helsinki.
- Hakkarainen P. & Kumpulainen K. 2011. Liikkuva kuva-muuttuva opetus ja oppiminen. Lapin yliopisto & Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi
- Hyrkäs J., Pulkkinen H. & Suokas S. 2013. Leikki-ikäisen lapsen valistaminen päiväkirurgiseen operaatioon-opas lapselle ja vanhemmille. Savonia
- Jyväskylän amk:n www sivut. Viitattu 10.4.2016. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/>
- Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Käyttötuotteen heuristinen arviointi. Viitattu 23.4.2016. <http://www.mlab.uiah.fi>
- Lassila, S-L. & Paso, S. 2007. Kirurgisen potilaan ohjaus potilaan näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaus. Helsinki
- Leikkausmenetelmien kehitys ja taloudelliset tekijät päiväkirurgian yleistymisen takana. Viitattu 26.8.2016 www.turkusciencepark.com.
- Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. 2006. potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistopaino Oy: Oulu
- Lisma, S. 2010. Ortopedisien potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen kehittäminen Hatanpään sairaalan päiväkirurgian yksikössä. YAMK Opinnäytetyö Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Miettinen, T. 2016 Potilasohjauskoulutus hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajana Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro Gradu-tutkielma. Itä Suomen Yliopisto.
- Moilanen T., Ojasalo K. & Ritalahti J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. WSOY
- Morville 2004. User experience design. Viitattu 19.10.2016. www.semanticstudios.com.
- Nielsen, J. 1995. Ten Usability Heuristics. Viitattu 16.8.2016 <http://www.useit.com>.
- Partti, J. 2010. Kirurgisen potilaan ohjaaminen hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Forssa.

Pohjola-Katajisto, A. 2008. Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset. Satakunta

Pulkinen H. 2014. Tekonivelleikkauksen jälkeinen sähköinen potilasohjaus. Opinnäytetyö. Laurea, Lohja.

Satola H. 2011. Leikkauspotilaan ohjaus, video ja kirjallinen ohje LEIKO-toiminnasta. Opinnäytetyö Satakunnan ammattikorkeakoulu.

UM Health System Tutkimuksen mukaan potilaan ohjaus video on erinomainen opetusväline, mutta lääkärit ovat parempia rauhoittava pelot. Viitattu 26.8.2016 www.news-medical.net.

Urponen L. & Vihermaa, J. 2007. Leikkaukseen menevän lapsipotilaan ja vanhempien ohjaaminen. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä

Nenän väliseinän muovausleikkaus, Septoplastia

1. Leikkauksen jälkeen

- Sairausloman kesto vaihtelee yleensä yhdestä viikosta kahteen viikkoon, lääkärin erillisen määräyksen mukaisesti. Myös mahdollinen jälkitarkastusaika määrätään erikseen.
- Leikkauksen jälkeen tulee välttää rasitusta, saunomista ja voimakasta niistämistä viikon ajan. Tarvittaessa nenä tyhjenetään limasta ja verihyytymistä sisäänpäin niiskuttamalla. Kevyt ulkoilu ja suihkussa käynti on sallittua.
- Leikkauspäivänä on suositeltavaa välttää kuumia ruokia ja juomia.
- Autolla ajo on kielletty 24h leikkauksen jälkeen.

2. Jälkihoito

- Jälkihoito ohjeet ovat yksilöllisiä leikkauksen laajuudesta riippuen.
- Nenäkannun ja nenän paikallislääkityksen aloituksen ajankohta tulee kysyä leikkaavalta lääkäriltä
- Öljypohjaisia nenäsuihkeita – ja öljyjä saa käyttää vasta viikon kuluttua leikkauksesta.
- Leikkauksen jälkeen nenä on usein tukkoinen, joten tarvittaessa supistavia nenäsuihkeita voi käyttää lyhytaikaisesti esimerkiksi yötä vasten.

3. Keittosuola

- Keittosuolakostutus aloitetaan leikkausta seuraavana päivänä. Se auttaa tukkoisuuteen ja hoitaa nenän limakalvoja. Nenää kostutetaan useita kertoja päivässä ja useamman viikon ajan. Kostutusvalmisteita saa ostettua apteekista ilman reseptiä tai sitä voi tehdä itse erillisen ohjeen mukaisesti.

4. Tamponien / levyjen poistaminen

- Mikäli nenän sisälle on laitettu poistettavat tamponit, ne poistetaan yleensä 1 vrk:n kuluttua leikkauksesta joko poliklinikalla tai itse kotona. Nenästä vuotaa yleensä vähän verta tamponien poiston yhteydessä, joten ne kannattaa poistaa esimerkiksi lavuaarin äärellä. Runsaampaan vuotoon ensiapuna on kylmähoito. Kostuta tamponit ensin hyvin keittosuolalla, jolloin ne irtoavat helpommin. Sen jälkeen irrota teipit ja vedä narusta yksi tamponi kerrallaan. Mikäli nenän väliseinää tukemaan on laitettu tukilevyt, ne poistetaan yleensä noin viikon kuluttua poliklinikalla.

5. Verenvuoto ja kipu

- Verinen tihkuvuoto sieraimista on alkuun yleistä. Ensiapu runsaampaan verenvuotoon on kylmähoito. Istu puoli-istuvassa asennossa ja laita kylmäpussi niskan taakse ja ota jääpala suuhun. Seuraa tilannetta noin 15 minuuttia – jos vuoto ei tyrehdy, ota yhteyttä Korvaklinikan päivystykseen.
- Leikkauksen jälkeen lääkäri määrää kipulääkkeet yksilöllisesti. Yleensä niitä tarvitsee käyttää kolmesta seitsemään vuorokautta

6. Milloin yhteys

- Mikäli seuraavia oireita esiintyy, tulee olla yhteydessä Teitä hoitaneeseen yksikköön tai virka-ajan ulkopuolella Korva-, nenä- ja kurkkutautien päivystykseen:
- voimakas verenvuoto, joka ei tyrehdy kylmähoidolla, korkea kuume yli 38 astetta, voimakas kipu kipulääkkeistä huolimatta, runsas, märkäinen ja pahanhajuinen limaneritys, voimakas nenän tukkoisuus tai ulkonenän ihon selvä punoitus ja kuumotus

Poskiontelon aukaisu tähyksessä, FESS

1. Leikkauksen jälkeen

- sairausloman kesto on yleensä 7 – 10 vrk, Lääkäri määrää sen yksilöllisesti. Myös mahdollinen jälkitarkastusaika määrätään erikseen.
- Leikkauksen jälkeen tulee välttää rasitusta, saunomista ja voimakasta niistämistä sairausloman ajan. Ensimmäisen viikon aikana tarvittaessa nenä tyhjennetään limasta ja verihyytymistä sisäänpäin niiskuttamalla. Kevyt ulkoilu ja suihkussa käynti on sallittua.
- Leikkauspäivänä on suositeltavaa välttää kuumia ruokia ja juomia.
- Autolla ajo on kielletty 24h leikkauksesta.

2. Jälkihoito

- Keittosuolakostutus ja mahdollinen nenäkortisoni aloitetaan leikkausta seuraavana päivänä tamponien poiston jälkeen, ellei lääkäri toisin määrää.
- Öljypohjaisia nenäsuihkeita – ja öljyjä saa käyttää vasta viikon kuluttua leikkauksesta.
- Leikkauksen jälkeen nenä on usein tukkoinen, joten tarvittaessa supistavia nenäsuihkeita voi käyttää lyhytaikaisesti esimerkiksi yötä vasten.

3. Keittosuola

- Keittosuolakostutus aloitetaan leikkausta seuraavana päivänä. Se auttaa tukkoisuuteen ja hoitaa nenän limakalvoja. Nenää kostutetaan useita kertoja päivässä ja useamman viikon ajan. Kostutusvalmisteita saa ostettua apteekista ilman reseptiä tai sitä voi tehdä itse erillisen ohjeen mukaisesti.

4. Tamponien / levyjen poistaminen

- Mikäli nenän sisälle on laitettu poistettavat tamponit, ne poistetaan yleensä 1 vrk:n kuluttua leikkauksesta. Nenästä vuotaa yleensä vähän verta tamponien poiston yhteydessä, joten ne kannattaa poistaa esimerkiksi lavuaarin äärellä. Runsaampaan vuotoon ensiapuna on kylmähoito. Kostuta tamponit ennen poistamista hyvin keittosuolaliuoksella, jolloin ne irtoavat helpommin. Sen jälkeen irrota teipit ja vedä narusta yksi tamponi kerrallaan.

5. Verenvuoto ja kipu

-Verinen tihkuvuoto sieraimista on alkuun yleistä. Ensiapu runsaampaan verenvuotoon on kylmähoito. Istu puoli-istuvassa asennossa ota jääpala suuhun ja laita kylmäpussi niskan taakse. Seuraa tilannetta noin 15 minuuttia – jos vuoto ei tyrehdy, ota yhteyttä Korvaklinikan päivystykseen.

- Leikkauksen jälkeen lääkäri määrää kipulääkkeet yksilöllisesti. Yleensä niitä tarvitsee käyttää kolmesta seitsemään vuorokautta.

6. Milloin yhteys

- Mikäli seuraavia oireita esiintyy, tulee olla yhteydessä Teitä hoitaneeseen yksikköön tai virka-ajan ulkopuolella Korva-, nenä- ja kurkkutautien päivystykseen:
- voimakas verenvuoto, joka ei tyrehdy kylmähoidolla, korkea kuume yli 38astetta, voimakas kipu kipulääkkeistä huolimatta, runsas, märkäinen ja pahanhajuinen limaneritys tai voimakas nenän tukkoisuus

Jälkihoito



- » Jälkihoito-ohjeet riippuvat leikkauksen laajuudesta
- » Nenäkortisonin ja nenäkannun käyttö lääkärin ohjeen mukaisesti.
- » Öljypohjaiset vasta viikko leikkauksesta
- » Supistavia nenäsuihkeita lyhytaikaisesti

Keittosuola



- » Auttaa tukkoisuuteen ja hoitaa nenää
- » Useasti päivässä, useamman viikon ajan
- » Apteekista tai tee-se-itse

Tamponien / levyjen poistaminen



- » Tamponit poistetaan yleensä 1 vrk:n kuluttua.
- » Lavuaarin ääressä, kylmäpakkaus
- » Vähäinen vuoto tavallista
- » Teipit irti – vedä narusta
- » Tukilevyjen poisto yleensä noin viikon päästä poliklinikalla

Verenvuoto ja kipu



- » Tihkuvuoto alkuun yleistä
- » Kylmähoito
- » Jos runsas vuoto > 15 min, yhteys päivystykseen
- » Kipulääkitys yksilöllinen, 3-7 vrk

Milloin yhteys?



- » Verenvuoto >15 min
- » Kuume > 38 °C
- » Voimakas kipu
- » Runsas märkäinen limaneritys
- » Merkittävä turvotus

Yhteystiedot



- Päiväkirurgia 09 – 471 76 572
- Päivystys (24 h) 09 – 471 73 050
- Palaute
- <https://palaute.hus.fi> (hoitoyksikön numero 1142005)

Poskionteloleikkaus (FESS) – tietoa potilaalle

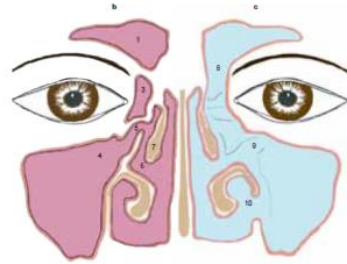


Poskionteloleikkaus (FESS)

- Toistuvat poskiontelotulehdukset
- Krooninen poskiontelotulehdus
- HYKS Korvaklinikalla > 500 leikkausta / v

Toimenpide

- Paikallispuudutus/ nukutus
- Päiväkirurginen
- Kesto yleensä 40 min – 2 tuntia



Kuva: Käypä hoito: Sivuontelotulehdus, 2013

Leikkaukelpoisuus

- Leikkaukseen terveenä
- Noudattakaa paasto-ohjetta
- Itsehoitolääkkeet tauolle 2 viikkoa aiemmin
- Kotilääkkeet erillisen ohjeen mukaisesti

Jälkihoito-ohjeet



Leikkauksen jälkeen

- » Sairausloma yleensä 1-2 viikkoa
- » Jälkitarkastuksen tarve yksilöllinen
- » Rasiitusta, saunomista ja voimakasta niistämistä vältettävä sairausloman ajan

Jälkihoito

- » Kostutus leikkausta seuraavana päivänä
- » Nenäkortisoni leikkausta seuraavana päivänä
- » Öljypohjaiset vasta viikko leikkauksesta
- » Supistavia nenäsuihkeita lyhytaikaisesti



Keittosuola

- » Kostutus auttaa tukkoisuuteen ja hoitaa limakalvoja
- » Sumutetta tamponien poiston jälkeen
- » Useasti päivässä, useamman viikon ajan
- » Apteekista tai tee-se-itse



Tamponien poistaminen

- » Poistetaan yleensä 1 vrk:n kuluttua.
- » Lavuaarin ääressä, kylmäpakkaus
- » Teipit irti – vedä narusta
- » Vähäinen vuoto tavallista



Verenvuoto ja kipu

- » Tihkuvuoto yleistä
- » Kylmähoito
- » Jos runsas vuoto > 15 min, yhteys päivystykseen
- » Kipulääkitys yksilöllinen, 3-7 vrk



Milloin yhteys?

- » Verenvuoto >15 min
- » Kuume > 38 °C
- » Voimakas kipu
- » Runsas märkäinen limaneritys
- » Merkittävä turvotus



Yhteystiedot

- Päiväkirurgia 09 – 471 76 572
- Päivystys (24 h) 09 – 471 73 050

- Palaute
- <https://palaute.hus.fi> (hoitoyksikön numero 1142005)

Kysely videoiden käytettävyydestä

1. Fess

1. Oliko mielestäsi video miellyttävä katsoa, oliko video selkeä, kommentoi videon sisältöä?
2. saitko kaiken tarpeellisen tiedon operaatiosta/siitä toipumisesta? pärjäisitkö videon katsomisella kotona operaation jälkeen?
3. Mitä parannusehdotuksia sinulla olisi videon sisällöstä?

2. Septoplastia

1. Oliko mielestäsi video miellyttävä katsoa, oliko video selkeä, kommentoi videon sisältöä?
2. saitko kaiken tarpeellisen tiedon operaatiosta/siitä toipumisesta? pärjäisitkö videon katsomisella kotona operaation jälkeen?
3. Mitä parannusehdotuksia sinulla olisi videon sisällöstä?

