

**KIRURGISTEN POTILASOHJEIDEN LAATU JA VALMIUS
TUKEA VOIMAVARAISTAVAA POTILASOHJAUSTA SEKÄ
INFEKTIOIDEN TORJUNTAAN LIITTYVÄ SISÄLTÖ**

Dinah Arifulla

PRO GRADU -TUTKIELMA

Hoitotiede

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

Joulukuu 2012

TURUN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta

ARIFULLA, DINAH: **Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö**

Pro gradu -tutkielma, 96 sivua, 8 liitesivua

Hoitotiede

Joulukuu 2012

Hoitotyössä infektioiden torjunnan painopistealueena on ollut lisätä potilaiden osallistuvuutta voimavaraistavalla potilasohjauksella. Potilasohjauksen apuna käytetään usein kirjallisia potilasohjeita, joiden rakenne ja laatu tulee olla hyvä. Lisäksi potilasohjeiden tulee omata valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta. Kirjalliset potilasohjeet ovat hyvä potilasohjauksen keino, mutta systemaattinen tieto potilasohjeiden laadusta, valmiuksista tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjunnan sisällöstä puuttuu.

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida Suomen yliopistosairaaloiden kirurgisten potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä. Lisäksi oltiin kiinnostuneita potilasohjeiden laadusta hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaispiirteiden toteutumisesta sekä potilasohjeiden valmiuksista tukea voimavaraistavaa potilasohjausta. Tutkimuksen aineistona oli viiden yliopistosairaalan kirurgisille aikuispotilaille tarkoitettut potilasohjeet (N = 237). Organisaatioittain joka viides potilasohje (n = 50) analysoitiin potilasohjeiden laadun osalta sisällönerittelyllä ja aikaisemmin kehitetyn mittarin avulla (Salanterä ym. 2004). Deduktiivisella sisällönanalyysillä analysoitiin potilasohjeiden valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta, jonka ulottuvuuksien esiintyvyyden arviointiasteikko oli kehitetty tätä tutkimusta varten. Induktiivisella sisällönerittelyllä analysoitiin infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö.

Potilasohjeiden laadussa oli paljon vaihtelua, ja vain 36 % (n = 18) potilasohjeista oli julkaistu viimeisen kolmen vuoden (2010–2012) aikana. Potilasohjeet olivat ulkoasultaan selkeitä ja johdonmukaisia, jolloin kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksista parhaiten toteutuivat ulkoasun sekä kielen ja rakenteen ominaisuudet. Potilasohjeet kuvasivat toimenpidettä ja siitä selviytymistä, antaen parhaiten valmiuksia tukea toiminnallista ja bio-fysiologista selviytymistä potilasohjauksella. Infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö oli pääasiassa esitetty epäsuorasti toisen asian kautta. Infektioiden syntyyn tai torjuntaan ei viitattu, vaan asiaa tarkasteltiin muusta näkökulmasta esimerkiksi ylipainon ja ihon kunnan osalta. Yleisin infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö koski käsihygieniaa, vaikka sen toteuttamista ei opastettu tai ohjeistettu.

Tutkimus tarjoaa lähtökohdan kehittää potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä sekä potilaan osallistuvuuden lisäämistä. Erityisesti tulisi kehittää potilaan osallistuvuuden tukemista voimavaraistavalla potilasohjauksella. Jatkotutkimuksena tulisi kartoittaa potilaiden tarpeet infektioiden torjunnan sisällöstä sekä kehittää kansallinen ohjeistus potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvästä sisällöstä ja rakenteesta.

Asiasanat: Potilasohjaus, infektioiden torjunta, kirurginen hoito

UNIVERSITY OF TURKU

Department of Nursing Science, Faculty of Medicine

ARIFULLA, DINAH: **Surgical patient education material and the infection related- content in the university hospitals**

Master's thesis, 96 pages, 8 appendix pages

Nursing Science

December 2012

Infection control priorities in nursing care have been to increase patients' participatory by empowering patient education. In patient education, it is common to use written patient education material, which needs to be understandable and good in quality. Furthermore, patient education material needs to have capacity to support empowering patient education. Written materials are a good method of patient education. However, the systematic information of patient education materials quality, capacity to support empowering patient education and infection control content is missing.

The purpose of this study was to analyze the surgical patient education materials infection control-related content in Finnish university hospitals. In addition, there was interest in the quality of written patient education materials, through the implementation of good characteristics, and patient education materials capacity to support empowering patient education. The study material consisted of surgical patient education materials for adults in five university hospitals (N = 237). By organization every fifth patient education material (n = 50) were also analyzed for the quality of the content with the previously developed instrument (Salanterä et al. 2004). Deductive content analysis was done to analyze the patient education materials capacities to support empowering patient education with the dimensions of the empowerment assessment scale which was developed for this study. Inductive content analysis was used to analyze the infection control-related content.

In the quality of patient education materials were a lot of variation, and only 36 % (n = 18) patient education materials were published in the past three years (2010–2012) period. Patient education materials were visually clear and consistent, as the best feature of the quality were the appearance and the structure of language. Patient education materials described surgical procedure and the coping with it, providing the best capabilities to support the functional and the bio-physiological dimensions of the empowerment. Infection control-related content was mainly presented indirectly through another case. In that case, there were no refer to infection control, rather referred to other health related point of view e.g. obesity, and the condition of the skin. The most common infection control content was hand hygiene, although its implementation was not guided or instructed.

The study provides a starting point to develop patient education materials guidelines with infection control-related content, as well as to increase the patient's involvement. In particular, the develop patients involvement with empowering patient education. In the further research, should the patients infection control information needs to be identified as well as to develop national guidelines for the patient education materials infection control-related content and structure.

Keywords: Patient education, infection control, surgery

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	7
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA.....	9
2.1 Voimavaraistava potilasohjaus.....	9
2.2 Leikkausalueen infektio.....	12
2.3 Kirjallisuuskatsaus infektioiden torjunnan potilasohjauksiin.....	16
2.3.1 Tiedonhaun kuvaus.....	17
2.3.2 Yleistä potilasohjauksesta ja sen menetelmistä.....	18
2.3.3 Potilasohjeiden laatu.....	19
2.3.4 Valmius voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen.....	20
2.3.5 Potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö.....	20
2.3.6 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta.....	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	23
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	24
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu.....	24
4.2 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmät.....	26
4.2.1 Potilasohjeiden laadun analysointi.....	27
4.2.2 Voimavaraistavan potilasohjauksen valmiuksien analysointi.....	29
4.2.3 Infektioiden torjuntaan liittyvän sisällön analysointi.....	31
4.3 Tutkimuksen eettisyys.....	32
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	34
5.1 Yleistä potilasohjeista.....	34
5.2 Potilasohjeiden laatu.....	36
5.2.1 Ulkoasu.....	38
5.2.2 Opetuksellisuus.....	40
5.2.3 Sisältö.....	41
5.2.4 Kieli ja rakenne.....	43
5.2.5 Eri ominaispiirteiden toteutumisen yhteisvaikutukset.....	44
5.3 Potilasohjeiden valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta.....	47
5.3.1 Toiminnallinen ulottuvuus.....	47
5.3.2 Bio-fysiologinen ulottuvuus.....	49
5.3.3 Taloudellinen ulottuvuus.....	51
5.3.4 Kokemuksellinen ulottuvuus.....	52
5.3.5 Sosiaalinen ulottuvuus.....	52

5.3.6 Eettinen ulottuvuus.....	53
5.4 Potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö	54
5.4.1 Potilaan riskitekijät.....	56
5.4.2 Preoperatiivinen hoitotyö.....	57
5.4.3 Postoperatiivinen hoitotyö	59
5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	62
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	64
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	65
6.1.1 Tutkijaryhmä ja reflektiivisyys	66
6.1.2 Tutkimusasetelma.....	67
6.1.3 Aineiston analyysi ja raportointi	68
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu.....	69
6.2.1 Yleistä potilasohjeista.....	70
6.2.2 Potilasohjeiden laatu.....	71
6.2.3 Potilasohjeiden valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta.....	72
6.2.4 Infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö.....	74
6.3 Jatkotutkimusehdotukset	76
LÄHTEET	79
LIITTEET	
Liite 1. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutuminen.....	89
Liite 2. Tutkimuksen keskeiset käsitteet PICO-akronyymien mukaisesti	90
Liite 3. Tiedonhakuprosessi.....	91
Liite 4. Systemaattisen tiedonhaun flow -diagrammi (mukaillen Moher ym. 2009)..	92
Liite 5. Kirjallisuushaun taulukko	93
Liite 6. Saatekirje.....	94
Liite 7. Potilasohjeissa ilmenevä infektioiden torjuntaan liittyvä suora ja epäsuora sisältö ennen toimenpidettä	95
Liite 8. Potilasohjeissa ilmenevä infektioiden torjuntaan liittyvä suora ja epäsuora sisältö toimenpiteen jälkeen	96
KUVIOT	
Kuvio 1. Tutkimusasetelma.....	25
Kuvio 2. Aineiston jakautuminen yliopistosairaaloittain.....	26
Kuvio 3. Potilasohjeiden jakautuminen julkaisuvuoden mukaisesti	36
Kuvio 4. Hyvien kirjallisten ohjeiden ominaispiirteiden toteutumisen kokonaispistemäärän jakautuminen.....	37

Kuvio 5. Hyvien kirjallisten ohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kokonaispisteiden keskiarvot ulottuvuuksien mukaan	38
Kuvio 6. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen ulkoasu- ulottuvuuden pisteiden jakautuminen	39
Kuvio 7. Ulkoasu-ulottuvuus ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla	39
Kuvio 8. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen opetuksellisuus-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen	40
Kuvio 9. Opetuksellisuus-ulottuvuuden ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla	41
Kuvio 10. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien sisältö-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen	42
Kuvio 11. Sisältö-ulottuvuuden ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla ..	43
Kuvio 12. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kieli ja rakenne-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen.....	43
Kuvio 13. Kieli ja rakenne-ulottovuuden ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla	44
Kuvio 14. Kielen ja rakenteen sekä sisällön suhde hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisessa	45
Kuvio 15. Kielen ja rakenteen sekä opetuksellisuuden suhde hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisessa	46
Kuvio 16. Opetuksellisuuden ja sisällön suhde hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisessa.....	46
Kuvio 17. Potilasohjeiden valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta.....	47
Kuvio 18. Potilasohjeessa ennen toimenpidettä suoraan esiintyvä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö.....	58
Kuvio 19. Potilasohjeessa toimenpiteen jälkeen suoraan esiintyvä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö	59

TAULUKOT

Taulukko 1. Voimavaraistumisen kuusi ulottuvuutta potilasohjauksessa	10
Taulukko 2. Esimerkki taulukko aineiston analyysin etenemisestä voimavaraistavan potilasohjauksen tuen valmiuksista	30
Taulukko 3. Esimerkki taulukko aineiston analyysin etenemisestä infektioiden torjunnan sisällön osalta.....	32
Taulukko 4. Kaikkien potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö sekä niiden esiintyvyys teemoittain	56
Taulukko 5. Koonta jatkotutkimusehdotuksista.....	78

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen ovat tärkeimmät tavoitteet terveydenhuollossa (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta L785/1992, EU 2009, WHO 2009, Terveydenhuoltolaki L1326/2010, WHO 2011), jossa niiden yhtenä keskeisenä uhkana ovat hoitoon liittyvät infektiot (Pittet ym. 2005, Pittet ym. 2011, WHO 2011). Yleisin hoitoon liittyvä infektio on leikkausalueen infektio (ECDC 2010, Allegranzi ym. 2011, ECDC 2011). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa potilaiden oma toiminta ja siihen vaikuttaminen ovat oleellisia terveystoimittisia tavoitteita (EU 2009, WHO 2009, Pittet ym. 2011, WHO 2011). Lähtökohtaisena tavoitteena on ollut lisätä potilaan osallistuvuutta voimavaraistumisen tukemisen kautta (EU 2009, WHO 2009, WHO 2011). Infektioiden torjunnan toimintaohjeistuksissa tätä puolta on kuitenkin niukasti painotettu (Anderson ym. 2008, Yokoe & Classen 2008, Kirby & Mazuski 2009, Pittet ym. 2011). Pääasiallisesti infektioiden torjunnan menetelmät ovat keskittyneet hoitohenkilökunnan toimintaan (Pittet ym. 2005, Galway ym. 2009), infektioiden seurantaan (Owens & Stoessel 2008, Galway ym. 2009, Matthaiou ym. 2009) ja hoitoympäristön hygieniaan (Kirby & Mazuski 2009).

Potilasohjauksella voidaan lisätä potilaan osallistumista tukemalla potilaan voimavaraistumista (Sahlsten ym. 2005, Wong ym. 2011, Heikkinen 2011). Potilasohjauksen apuna voidaan käyttää potilasohjeita, jotka voivat olla joko paperisia ohjelehtisiä (Johansson ym. 2004a, Johansson ym. 2004b) tai sähköisessä muodossa olevia (Yeh ym. 2005). Potilasohjauksessa käytössä olevilla potilasohjeilla tulisi olla valmiudet tukea voimavaraistavaa potilasohjausta (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Johansson ym. 2004, Leino-Kilpi ym. 2005, Heikkinen ym. 2010, Montin ym. 2010). Potilasohjeiden tulisi sisältää ohjeistusta siitä, miten potilas voisi itse toimia, ja miten hän omalla toiminnallaan voisi vaikuttaa infektioiden esiintyvyyteen (EU 2009, WHO 2009, WHO 2011). Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksista on luotu kriteeristö hyvien potilasohjeiden tekemiseksi (Salanterä ym. 2004, liite 1). Hyvin rakennettu potilasohje edistää potilasturvallisuutta (Demir ym. 2008), tukee potilaan voimavaraistumista (Wong ym. 2010, Heikkinen 2011) sekä parantaa hoidon laatua (Jones ym. 2011).

Tämän tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa kirurgisessa hoidossa käytettävien kirjallisten potilasohjeiden laadusta, valmiuksista tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvästä sisällöstä.

Leikkausalueen infektiot yhtenä suurimpana hoitoon liittyvänä infektiona (ECDC 2010, Allegranzi ym. 2011, ECDC 2011) aiheuttavat potilaalle haittaa ja hidastavat parantumista (Sparling ym. 2007). Leikkausalueen infektio on yksi potilasturvallisuuden alueista, johon voidaan helposti ohjausmenetelmillä vaikuttaa (Harbarth ym. 2003, Farmer ym. 2008, Yokes & Classen 2008). Aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet hoitohenkilökuntaan kohdistettuun ohjaukseen ja sen vaikutukseen (Pittet ym. 2005, Safdar & Abad 2008). Leikkausalueen infektioiden torjunnassa potilaan oma toiminta on keskeinen (EU 2009, WHO 2009, WHO 2011), mutta se on riippuvainen tiedonsaannista ja potilasohjauksesta (Mangram ym. 1999, Kirby & Mazuski 2009). Potilasohjeiden avulla voidaan tukea potilaan voimavaraistumista (Johansson ym. 2004, Montin 2010, Heikkinen 2011), sekä lisätä potilaan keinoja vaikuttaa infektioiden syntyyn.

Tässä tutkimuksessa keskitytään potilasohjaukseen sekä leikkausalueen infektioiden torjuntaan. Potilasohjauksen avulla voidaan tukea potilaan voimavaraistumista, ja siten lisätä potilaiden osallistuvuutta. Hoitotyön toimintona potilasohjauksessa voidaan käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä, kuten potilasohjeita, joiden tulisi olla laadukkaita ja omata valmiudet potilaan voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen. Kirurgisilla potilailla yleisin potilasturvallisuutta vaarantava ja hoidon laatua heikentävä hoitoon liittyvä infektio on leikkausalueen infektio. Siihen voidaan vaikuttaa hoitotyön toiminnoilla, jolloin voimavaraistavalla potilasohjauksella voidaan tukea potilaan osallistuvuutta infektioiden torjuntaan. Tämä tutkimus antaa tietoa potilaan oman toiminnan ohjeistuksesta (vrt. Sahlsten ym. 2005) potilasohjeilla leikkausalueen infektioiden torjunnassa (vrt. Pittet ym. 2005, Safdar & Abad 2008).

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

2.1 Voimavaraistava potilasohjaus

Potilasohjaus on tavoitteellista toimintaa, joka perustuu hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen ollen myös sidoksissa heidän taustatekijöihinsä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kääriäinen 2007). Ohjauksen lähikäsitteitä ovat ”tiedon antaminen”, ”neuvonta” ja ”opetus” (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Potilasohjauksessa vaikutetaan siihen, mitä tietoa potilaalla on, ja miten sitä käytetään ongelmien ratkaisemiseen (Johansson 2006, Anderson & Funnell 2010, Heikkinen 2011).

Potilasohjaustilanteessa tulisi kertoa potilaslain (L785/1992) mukaisesti hoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Toimenpiteeseen tulevilla potilasohjaus tapahtuu yleensä preoperatiivisesti (Johansson 2006). Potilasohjauksella voidaan lisätä tiedonmäärää ja vastata tiedon tarpeeseen (Rankinen ym. 2007, Montin 2007, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011). Lisäksi potilasohjauksella voidaan lyhentää hoitoaikoja (Visser ym. 2001), vähentää terveydenhuollon kustannuksia (Heikkinen 2011, Jones ym. 2011), lisätä osallistuvuutta (Wong ym. 2010), parantaa hoidon laatua (Visser ym. 2001) sekä edistää potilaan tyytyväisyyttä (Montin 2007, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011). Tutkimusten mukaan potilaat eivät kuitenkaan koe saavansa riittävästi tarvitsemiaan tietoja (Suhonen ym. 2005, Rankinen ym. 2007, Maloney & Weiss 2008, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011).

Potilaan osallistumista omaan hoitoonsa voidaan lisätä tiedon välittämisen lisäksi potilasohjauksen avulla (Sahlsten ym. 2005, Coulter & Ellins 2007, EU 2009, Wong ym. 2010, Car ym. 2011). Potilasohjauksella voidaan tukea potilaan voimavaraistumista (Rankinen ym. 2007, Heikkinen ym. 2010) ohjaamalla tiedon käyttämisessä (Anderson & Funnell 2010). Voimavaraistuminen on moniulotteista käyttäytymisen ja tiedon muutosta (Kieffer 1984, Rappaport 1984, Gibson 1991, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000), jossa opittu avuttomuus tai tunne omasta voimattomuudesta voi vaihdella tilanteiden mukaisesti (Rappaport 1984, Gibson 1991). Voimavaraistumisessa ympäristö tarjoaa mahdollisuuksia, tietoa, tukea ja resursseja (Gibson 1991, Foucault 1995, Bradbury-Jones ym. 2008), joilla tuetaan osallistuvuutta ja siten mahdollistetaan hallinnan tunne (Foucault 1995, Freire 1996). Usein voimavaraistuminen onkin

henkilökohtaisen kehittymisen ja kasvun mahdollisuus, johon henkilökohtaiset arvot, uskomukset ja näkökannat vaikuttavat (Gibson 1991, Foucault 1995, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Bradbury-Jones ym. 2008). Potilasohjauksessa voimavaraistuminen on tiedon ja voiman hallinnan suhde (Hess, 1984, Kieffer 1984, Anderson & Funnell 2010), jossa tavoitteena on lisätä potilaan valmiuksia tehdä kriittisen ajattelun kautta autonomisia tietoon perustuvia päätöksiä. Valmiuksia voidaan tukea eri ulottuvuuksien kautta, jossa kognitiivinen ulottuvuus kattaa kaikki muut ulottuvuudet (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000).

Potilasohjauksen voimavaraistumista tukeva toiminta sisältää kuusi ulottuvuutta (taulukko 1); bio-fysiologinen, toiminnallinen, sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Leino-Kilpi ym. 2005, Johansson 2006, Montin 2007, Rankinen ym. 2007, Bradbury-Jones ym. 2008, Heikkinen ym. 2010, Montin ym. 2010).

Taulukko 1. Voimavaraistumisen kuusi ulottuvuutta potilasohjauksessa (Leino-Kilpi ym. 2005)

Voimavaraistumisen ulottuvuus	Ilmeneminen potilasohjauksessa
Bio-fysiologinen	Ohjeistaa, miten sairaus tai terveys vaikuttaa toipumiseen ja hoitoon.
Eettinen	Ohjeistaa potilaan oikeuksista ja huomioi potilaan arvot.
Kokemuksellinen	Ohjeistaa, miten aikaisemmat kokemukset vaikuttavat ja miten niitä huomioidaan.
Taloudellinen	Ohjeistaa taloudellisesta vaikutuksesta ja siitä selviytymisestä.
Toiminnallinen	Ohjeistaa toiminnallisesta selviytymisestä.
Sosiaalinen	Ohjeistaa, miten tukiverkkoa voi käyttää ja mistä apua saa.

Bio-fysiologisessa ulottuvuudessa voimavaraistuminen ilmenee, kun potilasohjauksella tuetaan potilaan selviytymistä fysiologisista toiminnoista. *Toiminnallisessa ulottuvuudessa* mahdollistetaan potilaan oma toiminta, ja sen vaikutukset toiminnallisessa selviytymisessä. Potilasohjauksessa *eettinen ulottuvuus* sisältää omien arvojen mukaisen toiminnan ja potilaan oikeuksien kunnioittamisen. *Kokemuksellisessa ulottuvuudessa* voimavaraistuminen ilmenee, kun voidaan käyttää aikaisempia

kokemuksia tukemaan nykyisen tilanteen selviytymistä. *Taloudellisessa ulottuvuudessa* tulisi mahdollistaa taloudellinen selviytyminen tilanteesta. *Sosiaalisessa ulottuvuudessa* tulisi potilasohjauksessa ilmetä sosiaalisten tukiverkkojen mahdollisuus auttaa esimerkiksi haavahoidoissa. (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Leino-Kilpi ym. 2005, Johansson 2006, Montin 2007, Rankinen ym. 2007, Bradbury-Jones ym. 2008, Heikkinen ym. 2010, Montin ym. 2010.)

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus vähentää toimenpiteestä johtuvaa kipua ja ahdistusta (Wong ym. 2010) ja parantaa terveyteen liittyvää elämänlaatua (Leino-Kilpi ym. 2005). Potilaiden osallistumisen lisääminen potilasohjauksella on potilaiden kokemuksen mukaan hyvin merkityksellistä. Lisäksi se parantaa potilasturvallisuutta (Davis ym. 2011). Potilasohjauksen menetelmiä tulisi kehittää huomioimaan yksittäiset sisällölliset erityistarpeet, jolloin voidaan entisestään parantaa potilasturvallisuutta (WHO 2009).

Potilasohjauksen tarkoituksena ei ole pelkästään neuvoa (Cronin ym. 2011) vaan ohjeistaa ja kannustaa toimimaan (Sahlsten ym. 2005, Coulter & Ellins 2007, EU 2009, Wong ym. 2010, Car ym. 2011). Tällöin oleellisia ovat perustelut erityisesti hyötynäkökulmasta (Hyvärinen 2005). Potilasohjauksen apuna käytetäänkin potilasohjeita. Potilasohjeet voivat olla kirjallisia, paperisena olevia ohjelehtisiä (Johansson ym. 2004b, Johansson 2006, Demir ym. 2008) tai sähköisessä muodossa olevia (Suhonen ym. 2005, Yeh ym. 2005, Theroux 2009, Car ym. 2011), kuten internet-sivuja (Heikkinen ym. 2010, Heikkinen 2011). Hyvin rakennettu potilasohje voi edistää potilasturvallisuutta, tukea potilaan voimavaraistumista sekä lisätä hoidon laatua (Salanterä ym. 2004, Cronin ym. 2011).

Potilasohjeet tulisi kohdistaa lukijalle ja kirjoittaa ensisijaisesti häntä varten (Hyvärinen 2004, Cronin ym. 2011). Potilasohjeen sisältö tulisi olla aihepainotteinen sekä monipuolinen korvatakseen suullisen ohjaustilanteen vuorovaikutuksellisuuden (Hoffmann & Worall 2004), Sisällössä lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös laatuun (Aldridge 2004, Hoffmann & Worrall 2004). Kirjallisten potilasohjeiden laadussa tärkeintä ovat esitystavan johdonmukaisuus, ymmärrettävyys ja selkeys (Aldridge 2004, Hoffmann & Worrall 2004, Salanterä ym. 2004, Hyvärinen 2005). Kirjallisella

potilasohjeella ohjeistetaan käytöksen toimintaa (Hoffmann & Worall 2004), jolloin ulkoasun tulee olla visuaalisesti miellyttävä, informoiva ja helppo seurata (Anderson 2004).

Kirjallisessa muodossa olevien potilasohjeiden arviointiin on luotu kriteerit (Salanterä ym. 2004), joiden mukaan hyvä potilasohje tulisi tehdä. Tämä kriteeristö on myös sovellettavissa sähköisessä muodossa oleviin, kirjallisen potilasohjeen rakennetta noudattaviin potilasohjeisiin. Sähköisessä muodossa oleva potilasohje voi olla tulostettavissa www-sivuilta tai se voi olla tarjolla liitetiedostona. Salanterä ja kumppaneiden (2004) luomassa kriteeristössä tarkastellaan kirjallisen potilasohjeen hyvien ominaisuuksien toteutumista (liite 1). Ominaisuuksien toteutumista tarkastellaan neljän erin pääominaisuuden kautta. *Ulkoasussa* kiinnitetään huomiota potilasohjeen kirjasintyyppiin, -kokoon ja asetuksiin sekä huomioidaan visuaalisuutta. *Opetuksellisuudessa* tarkastellaan rakennetta, tavoitteita ja havainnollistavia esimerkkejä. *Sisällön* ominaisuuksissa tarkastellaan voimavaraistumisen ulottuvuuksien käsittelyä. *Kieltä ja rakennetta* puolestaan arvioidaan potilasohjeen tekstin rakenteellisen johdonmukaisuuden ja luettavuuden osalta. Ominaisuuksien ilmenemistä arvioidaan asteikolla 4–1, jolloin kyseinen ominaisuus esiintyy johdonmukaisesti koko potilasohjeessa (Kyllä 4) tai ei esiinny (Ei 1) potilasohjeessa. Lisäksi arvioidaan ominaisuuden toteutumisen astetta joko *suuressa määrin* (3 pistettä) tai *vähäisessä määrin* (2 pistettä) arvion kautta. (Salanterä ym. 2004.)

2.2 Leikkausalueen infektio

Leikkausalueen infektio on toimenpiteen jälkeen esiintyvä infektio tai infektiosta kertova paikallinen oire kuten punoitus, turvotus, kuumotus, kipu ja erityis (Mangram ym. 1999, Török ym. 2010). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) on vuonna 1999 määrittänyt leikkausalueen infektioiden (surgical site infection, SSI) kolme kategoriaa: pinnallinen ja syvä leikkausalueen infektio sekä elininfektio (Mangram ym.1999, Anderson ym. 2008, Török ym. 2010). Pinnallinen leikkausalueen infektio kehittyy ihon pintakerrokseen. Syvä leikkausalueen infektio kehittyy lihaskalvoon tai lihakseen. Sekä pinnallinen että syvä leikkausalueen infektio ilmenee pääsääntöisesti 30 vuorokauden sisällä toimenpiteestä. Elininfektio puolestaan voi ilmetä elimessä tai myös muulla kuin leikkausalueella. Proteesitoimenpiteen yhteydessä

elininfektio voi ilmetä jopa vuoden kuluttua toimenpiteestä. Elininfektio voi myös esiintyä ilman paikallista oiretta. (Mangram ym. 1999, Anderson ym. 2008, Török ym. 2010.) Tyypillisesti leikkausalueen infektio ilmenee kahden ensimmäisen viikon sisällä toimenpiteestä (Anderson ym. 2008, Török ym. 2010). Oire ilmenee paikallisesti ja voi olla yksi tai useampi seuraavista oireista turvotus, punoitus, kuumotus, kipu ja eritys (Mangram ym. 1999, Török ym. 2010).

Euroopan laajuisesti kirurgisen potilaan hoitoon liittyviä infektioita on 7,8 %:lla (Zarb ym. 2012). Leikkausalueen infektioiden määrät vaihtelevat riskitekijöiden mukaan (ECDC 2011). Leikkausalueen infektioiden esiintyvyys on ollut 5,6 infektioita 100 kirurgista toimenpidettä kohden (Allegranzi ym. 2011). Vuonna 2005 Suomessa tehdyn kansallisen sairaalainfektioiden esiintyvyys (prevalenssi) tutkimuksen mukaan kirurgisista potilaista 10 %:lla esiintyi sairaalainfektio (Lyytikäinen ym. 2005) ja näistä yli puolella kyseessä oli leikkausalueen infektio (KTL 2005). Yleisimmät leikkausalueen infektiot ovat vatsaelinkirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät infektiot (Allegranzi ym. 2011, ECDC 2011). Suomessa ovat viime vuosina lisääntyneet myös puhdaskirurgiset ortopediset leikkausalueen infektiot (ECDC 2010), koska leikattavat potilaat ovat iäkkäämpiä ja usein peruskunnoltaan huonompia (Young ym. 2008).

Leikkausalueen infektiot lisäävät potilaiden kipua ja kärsimystä (Bachoura ym. 2011). Lisäksi ne aiheuttavat huomattavia kustannusmenetyksiä niin yhteiskunnalle kuin potilaalle (Sparling ym. 2007, EU 2009, Mahmoud ym. 2009, Matthaiou ym. 2009, WHO 2011). Leikkausalueen infektioiden on todettu pidentävän hoitoaikoja (Herwaldt ym. 2006, Sparling ym. 2007, Matthaiou ym. 2009), lisäävän uusintaleikkauksen todennäköisyyttä (Broex ym. 2009) sekä kuolleisuutta (Matthaiou ym. 2009, ECDC 2010, WHO 2011). Leikkausalueen infektiot heikentävät potilaiden toimintakykyä (Meyer ym. 2011) huonontaan siten elämänlaatua (Bachoura ym. 2011). Mikrobilääkkeiden runsas käyttö leikkausalueen infektioiden hoidossa lisää vastustuskykyisiä mikrobeja (Broex ym. 2009, Mahmoud ym. 2009, Matthaiou ym. 2009). Tämä puolestaan voi vaikuttaa vastustuskykyisten mikrobien leviämiseen (ECDC 2010, Chen ym. 2011, ECDC 2011). Erityisesti ikääntyneillä on suurempi riski leikkausalueen infektioiden komplikaatioihin kuten uusintaleikkauksiin (Young ym. 2008).

Leikkausalueen infektion syntyyn vaikuttavat useat tekijät ennen toimenpidettä, sen aikana tai sen jälkeen (Mangram ym. 1999, Anderson ym. 2008, Galway ym. 2009, Török ym. 2010). Leikkauspäätöksestä ennen toimenpidettä vaikuttavat preoperatiiviset tekijät, jotka liittyvät potilaiden riskitekijöihin kuten perussairauksiin (Anderson ym. 2008, Rantala & Huotari 2010). Toimenpiteen alkaessa ja sen aikana vaikuttavat perioperatiiviset tekijät, jotka ovat pääasiallisesti riippuvaisia hoitohenkilökunnan toiminnasta ja toimenpiteen kestosta (Anderson ym. 2008, Kirby & Mazuski 2009). Toimenpiteen jälkeen vaikuttavat postoperatiiviset tekijät liittyvät haavan puhtauteen tai sen käsittelyyn (Anderson ym. 2008, Kirby & Mazuski 2009). Infektioita voidaan torjua vaikuttamalla näihin tekijöihin (Anderson ym. 2008, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011, Pittet ym. 2011).

Preoperatiivisesti voidaan infektioita torjua vaikuttamalla potilaan riskitekijöihin (Anderson ym. 2008), kuten kannustamalla potilasta tupakoimattomuuteen sekä hyvään ravitsemustasoon (Mangram ym. 1999, Galway ym. 2009, Brenner & Nercelles 2011). Potilaan iho tulee olla hyvässä kunnossa, eikä ihorikkoja saa esiintyä leikkausalueella (Andersson ym. 2008, Brenner & Nercelles 2011). Potilaan tulisi pudottaa ylipainoa (Mangram ym. 1999, Galway ym. 2009), jotta Body Mass Index (BMI) olisi alle 40 (Brenner & Nercelles 2011). Diabeetikoiden verensokeritaso tulisi olla vakaa (Mangram ym. 1999, Galway ym. 2009) ja alle 200mg/dL (Andersson ym. 2008, Brenner & Nercelles 2011). Mahdolliset samanaikaiset infektiot, kuten suunalueen infektiot tulisi hoitaa (Mangram ym. 1999, Galway ym. 2009, Brenner & Nercelles 2011). Lisäksi tulisi selvittää potilaan mahdollinen Metisilliinille vastustuskykyisen (MRSA) *Staphylococcus aureuksen* -kantajuus (Mangram ym. 1999, Engemann ym. 2003, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011). Muu potilasta koskettava preoperatiivinen infektioiden torjuntakeino on peseytyminen antiseptisellä aineella, joka vähentää ihon mikrobien kolonisaatiota (Mangram ym. 1999, Webster & Osborne 2007, Brenner & Nercelles 2011).

Perioperatiivisia hoitotyön infektioiden torjuntakeinoja ovat normaali lämpöisyyden ylläpito (Galway ym. 2009, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011, IHI 2012), leikkausajan keston minimointi (Brenner & Nercelles 2011), verensokerin pitäminen

alle 11mmol/L (Török ym. 2010, IHI 2012) sekä ennaltaehkäisevästi annetun antibiootin antaminen oikea aikaisesti (Mangram ym. 1999, Andersson ym. 2008, Galway ym. 2009, Török ym. 2010, IHI 2012). Leikkaushaava tulee tehdä alle 30 minuuttia ennaltaehkäisevän antibiootin antamisesta (Brenner & Nercelles 2011, IHI 2012). Ihokarvojen poisto kuuluu perioperatiiviseen infektioiden torjuntaan (Andersson ym. 2008). Ensisijaisesti pyritään, ettei ihokarvoja poisteta toimenpide alueelta (Mangram ym. 1999, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011). Leikkausalueen ihokarvojen poisto aiheuttaa ihorikkoja, joiden mikrobikasvu altistaa leikkausalueen infektioille (Niël-Weise ym. 2005, Galway ym. 2009, Tanner ym. 2011, Vonberg & Gastmeier 2012, IHI 2012). Tästä syystä ne tulee leikata juuri ennen toimenpidettä, jos ne on tarpeen poistaa (Niël-Weise ym. 2005, Tanner ym. 2008, Brenner & Nercelles 2011, Tanner ym. 2011, Vonberg & Gastmeier 2012). Ihokarvojen poistossa tulee huomioida myös hematoomien minimointi (Tanner ym. 2011, IHI 2012). Ihokarvoja leikattaessa tulee jättää sänki, eikä ihokarvoja kuulu leikata terällä (Mangram ym. 1999, Andersson ym. 2008, Tanner ym. 2008, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011).

Postoperatiivisesti leikkausalueen infektoita voidaan torjua haavahoitojen yhteydessä (Owens & Stoessel 2008) vaikuttamalla mikrobien kasvuympäristöön (Mangram ym. 1999, Galway ym. 2009), sekä noudattamalla käsihygieniaa (Pittet ym. 2005, Kirby & Mazuski 2009). Haavojen koskettelua tulee välttää (Brenner & Nercelles 2011) ja haava tulee olla steriilisti peitettynä 24 tunnin ajan (Mangram ym. 1999). Potilaan tulisi pestä kädet ennen haavanhoitoa ja sen jälkeen (Mangram ym. 1999). Mahdolliset laskuputket eli dreemit tulee poistaa mahdollisimman nopeasti (Galway ym. 2009, Brenner & Nercelles 2011). Dreeninä tulisi käyttää suljettua imua, eikä dreeniä tule sijoittaa leikkaushaavan yhteyteen (Parker ym. 2004, Brenner & Nercelles 2011). Toimenpiteen jälkeinen infektioiden systemaattinen seuranta on tärkeä osa postoperatiivista infektioiden torjuntaa (Mangram ym. 1999, Petherick ym. 2006, Andersson ym. 2008, Brenner & Nercelles 2011). Infektioiden seurannan järjestämisen vastuu on sairaanhoitopiireillä (Tartuntatautilaki L935/2003). Potilaiden rooli infektioiden seurannassa liittyy lähinnä hoitoon liittyvien infektioiden oireiden tunnistamisessa (Andersson ym. 2008), jonka ohjaamisesta vastaa hoitohenkilökunta (L935/2003). Potilailla tulee olla tieto, kehen olla yhteydessä infektiosta ilmoittamista

varten, jotta hoitoon liittyvät infektiot voidaan rekisteröidä (Mangram ym. 1999, Petherick ym. 2006, Brenner & Nercelles 2011).

Leikkausalueen infektioiden torjuntaan on laadittu useita kansainvälisiä ohjeistuksia (Mangram ym. 1999, Engelmann ym. 2003, Andersson m. 2008, Galway ym. 2009, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011, IHI 2012). Aseptiikan toteutumisen tehostamisella voidaan estää leikkausalueen infektoita (Anderson ym. 2008, Weber ym. 2008, Galway ym. 2009) parantaen siten potilasturvallisuutta ja hoidon laatua (Pittet ym. 2005). Potilaiden opastaminen ja ohjaaminen infektion torjunnassa on liittynyt pääasiallisesti käsihygienian toteuttamiseen (McGuckin ym. 2004, Farrington 2007, Whitby ym. 2007, Allegranzi ym. 2011, Pittet ym. 2011, Yardley ym. 2011, Miller ym. 2012). Potilaiden käsihygienian toteuttamisen tehostaminen on ollut tehokas infektioiden torjuntakeino (Farrington 2007, Pittet ym. 2011, Yardley ym. 2011, Miller ym. 2012) ja useimmat hoitotyön interventiot ovatkin liittyneet käsihygienian parantamiseen potilasohjauksella (Allegranzi ym. 2011, Pittet ym. 2011, Yardley ym. 2011, Miller ym. 2012). Kuitenkaan potilailla ei ole aina ollut selkeää kuvaa eikä tietoa käsihygienian käytännön toteuttamisesta (von Schantz 2005).

2.3 Kirjallisuuskatsaus infektioiden torjunnan potilasohjauksiin

Aikaisemmat hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa käsittelevät systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat tuoneet esille useita hyviä ohjauksetähteitä ja -menetelmiä (Arrowsmith ym. 2001, Harbarth ym. 2003, Farmer ym. 2008, Safdar & Abad 2008, Yokoe & Classen 2008, Gould ym. 2010, Hsu ym. 2010, Thomas ym. 2010). Esimerkiksi koulutusinterventiot ovat olleet tehokkaita infektioiden torjunnassa ja toiminnan muutoksen käynnistämisessä (Gould ym. 2010, Thomas ym. 2010). Pienillä koulutusinterventioilla on voitu potilasturvallisuuden lisäksi parantaa tietoisuutta infektoista laajemmalti, jolloin tulokset ovat olleet kauaskantoisemmat (Yokoe & Classen 2008, Thomas ym. 2010). Erityisen hyviä ovat olleet myös kirjalliset ohjausmateriaalit (Farmer ym. 2008).

Rajoituksena aikaisemmissa kirjallisuuskatsauksissa on ollut, että infektioiden torjuntaan liittyvät ohjaukset keskittyvät pääasiallisesti joko hoitohenkilökunnan tai

organisaation toimintaan (Harbarth ym. 2003, Farmer ym. 2008, Safdar & Abad 2008, Yokoe & Classen 2008, Gould ym. 2010, Thomas ym. 2010). Lisäksi infektioiden torjuntaan liittyvät ohjaukset ovat keskittyneet käsihygienian toteuttamiseen (Arrowsmith ym. 2001), infektioiden seurantaan (Harbarth ym. 2003, Yokoe & Classen 2008) sekä ympäristön hygieniaan, kuten siivoukseen (Yokoe & Classen 2008, Hsu ym. 2010). Kirjallisuuskatsaukset ovat käsitelleet yleisesti hoitoon liittyviä infektioita, eikä leikkausalueen infektioita ole erikseen tarkasteltu. Aikaisemmasta kirjallisuudesta ei löydy systemaattisesti koottua tietoa leikkausalueen infektioiden torjuntaan liittyvien potilasohjeiden sisällöstä tai laadusta.

Tutkimuksen keskeiset käsitteet, leikkausalueen infektiot sekä potilasohjaus, on määritelty tiedonhaku varten (DiCenso ym. 2005, Melnyk & Fineout-Overholt 2011) käyttäen PICO-lauseketta (liite 2) tiedonhaun laadun varmentamiseksi (Agoritsas ym. 2012).

2.3.1 Tiedonhaun kuvaus

Tiedonhaun tavoitteena oli hakea tietoa leikkausalueen infektioiden torjuntaan tähtäävästä potilasohjauksesta. Tiedonhaku tehtiin ensimmäisen kerran käyttäen hakutermeinä potilasohjausta (patient education) ja leikkausalueen infektiota (surgical site infection). Leikkausalueen infektioiden potilasohjauksen löydösten pienen määrän (N = 3) takia tiedonhaku laajennettiin koskemaan kaikkia infektioiden torjuntaa käsitteleviä potilasohjauksia. Tässä tutkimuksessa ja tiedonhaussa infektioiden torjunnalla tarkoitetaan kaikkia infektioiden ehkäisyyn ja/tai torjuntaan liittyviä hoitotyön toimia. Potilasohjauksessa erityisenä kiinnostuksen kohteena olivat potilasohjeet, vaikkakin haussa haettiin laajemmalla termillä kattavuuden turvaamiseksi. Potilasohjeilla tarkoitettiin ohjemateriaalia, joka oli tehty kirurgisten aikuispotilaiden käyttöön, ja jonka infektioiden torjunnan sisältöä analysoitiin. Hakutermeinä käytettiin *infektioiden torjuntaa* (infection control) ja *infektioiden ehkäisyä* (infection prevention) sekä *potilasohjausta* (patient education). Tiedonhaku tehtiin neljään kansainväliseen tietokantaan syyskuussa 2012 (liite 3). Haussa käytettiin termien erilaisia yhdistelmiä, sanankatkaisuja sekä MeSH-termejä. Aikarajoituksena käytettiin viimeisen 10 vuoden aikana julkaistuja artikkeleita. Muina rajoituksina olivat lapsiin kohdistuvat julkaisut sekä muu kuin englanti julkaisukielenä.

Tutkimuskysymykset systemaattiselle tiedonhauille olivat

Millaisia potilasohjausmenetelmiä on käytetty infektioiden torjuntaan?

Mikä on ollut potilasohjeiden laatu?

Millaiset valmiudet potilasohjeilla on voimavaraistavaan potilasohjaukseen?

Mikä on ollut potilasohjeiden infektioiden torjunnan sisältö?

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten sisäänottokriteerinä oli infektioiden torjuntaan tähtäävä ohjaus, joka oli kohdennettu aikuispotilaisiin tai -potilaiden toimintaan. Poissulkukriteereinä olivat tutkimusraportit, joissa ohjaus kohdistui henkilökuntaan tai muuhun kuin potilaaseen sekä Cochrane -katsausten tutkimusprotokollat. Tiedonhauilla rajauksen jälkeen löydettiin 305 julkaisua, joista poistettuja dublikaatteja oli 18 % (n = 56). Löydettyjen julkaisujen käsittelyn kulku on esitetty PRISMA -flow diagrammin mukaisesti (vrt. Moher ym. 2009) (liite 4).

Lähes puolet (48 %) poissuljetuista julkaisuista oli kohdistettu pelkästään henkilökunnan toimintaan (n = 147) tai ne olivat tutkimusprotokollia (n = 22). Muut syyt julkaisujen poissulkuun olivat: ohjaus oli kohdistettu lapsiin tai perheisiin (n = 15), ohjaus käsitteli profylaktista lääkehoitoa (n = 12), ohjaus koostui pelkästään organisaation sisäisestä toimintaohjauksesta eristämisen suhteen (n = 10) esimerkiksi virusripuliepidemioissa tai ohjaus koostui ainoastaan haavahoitomateriaalien vaikutuksesta infekioon (n = 7). Analysoitavaksi tuli 8 julkaisua (liite 5).

2.3.2 Yleistä potilasohjauksesta ja sen menetelmistä

Potilasohjauksen tavoitteena oli keskittyä leikkausalueen infektioiden esiintymiseen liittyvän tiedon lisäämiseen (Whitby ym. 2007, Merle ym. 2011), käsihuuhteen oikean käytön oppimiseen (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007) sekä infektioiden esiintyvyyden vähentämiseen (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Le ym. 2007, Peterson ym. 2008, Wilde & Brasch 2008). Yli puolessa (62 %, n = 5) potilasohjausmenetelmänä oli käytetty kirjallista potilasohjetta joko yksin (McGuckin ym. 2004, Wilde & Brasch 2008) tai yhdistettynä suulliseen potilasohjaukseen (Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Merle ym. 2011). Suullinen potilasohjaus annettiin opastamalla (Smith ym. 2003,

Møller ym. 2004, Le ym. 2007) tai kertomalla (Whitby ym. 2007 Peterson ym. 2008, Merle ym. 2011) asiasisällöstä. Pelkästään suullista potilasohjausta oli käytetty vain kahdessa tutkimuksessa (Møller ym. 2004, Peterson ym. 2008). Yksi potilasohjausinterventio (Smith ym. 2003) käytti apunaan videovälitteistä kuvayhteyttä huomioiden käyttäjän yksilölliset tarpeet. Kirjallinen potilasohjausmateriaali oli esitteenä (Le ym. 2007, Wilde & Brasch 2008), lehtisenä (Merle ym. 2011), kuvallisessa muodossa (Whitby ym. 2007) tai julisteena (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007). Potilasohjauksesta vastasi pääsääntöisesti hoitohenkilökunta (Smith ym. 2003, McGuckin ym. 2004, Møller ym. 2004, Whitby ym. 2007, Peterson ym. 2008, Wilde & Brasch 2008, Merle ym. 2011), mutta sen ohella myös lääkärit antoivat ohjausta (Le ym. 2007). Tutkimuksissa ei raportoitu potilasohjauksen menetelmien kehittämistä käyttäjälähtöisesti.

Preoperatiivinen potilasohjaus vaikutti myönteisesti potilaiden asenteisiin sekä tiedon tasoon leikkausalueen infektioiden ennaltaehkäisystä (Whitby ym. 2007) lisäten tyytyväisyyttä hoitoon (Merle ym. 2011). Yhdessä tutkimuksessa preoperatiivinen leikkausalueen infektioiden tunnistamiseen tähtäävä potilasohjaus vaikutti toimenpiteen jälkeen vääriin infektio epäilyihin ja ylidiagnosointiin, jolloin normaaliin haavan paranemisprosessiin kuuluviin oireisiin reagoitiin haavainfektio oireena (Whitby ym. 2007). Tätä ilmiötä ei puolestaan kuvattu postoperatiivisella potilasohjauksella (Peterson ym. 2008).

2.3.3 Potilasohjeiden laatu

Kirjallisuuskatsaukseen valikoiduissa tutkimuksissa (N = 8) oli raportoitu käytetyt potilasohjeet rakenteellisella ja sisällön teeman tasolla. Tutkimuksissa ei raportoitu potilasohjeiden kehittämistä, käytettävyyden testaamista tai käyttökokemuksia. Tutkimuksien potilasohjeiden laatua ei voitu arvioida esimerkiksi hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaispiirteiden toteutumisen mukaisesti (Salanterä ym. 2004). Näin ollen kirjallisuuskatsaus ei vastannut tutkimuskysymykseen potilasohjeiden laadusta.

2.3.4 Valmius voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen

Voimavaraistumisen ulottuvuuksista vahvimmin tuli esille *bio-fysiologinen ulottuvuus*, kun potilasohjeissa oli kuvattu sairauteen liittyviä asioita. Potilasohjauksen tavoitteena oli infektioiden torjuntaan vaikuttamisen ohella usein myös potilaan oman toiminnan lisääminen (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Wilde & Brasch 2008), joka ilmeni erityisesti katetri-infektioiden ennaltaehkäisyssä (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Peterson ym. 2008) ja virtsakatetrien hoidossa (Wilde & Brasch 2008). Keinoina oli ohjeistaa haavanhoidon suorittamisessa ja katetrin huoltamisessa (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Wilde & Brasch 2008), jolloin voimavaraistumisen *toiminnallinen ulottuvuus* tuli voimakkaasti esille.

Taloudellinen ulottuvuus tuli esille potilasohjauksen tuloksellisuuden ja infektioiden torjunnan kautta saatavan taloudellisen hyödyn kautta (Smith ym. 2003, McGuckin ym. 2004, Møller ym. 2004, Le ym. 2007, Peterson ym. 2008, Wilde & Brasch 2008). Yksittäisessä tutkimuksessa tuli esille voimavaraistumisen *eettinen ulottuvuus* viitaten ohjauksen potilaan oikeuksiin liittyvästä sisällöstä (Smith ym. 2003). *Sosiaalinen ulottuvuus* tuli esille potilaiden muistuttaessa hoitohenkilökuntaa käsihygienian toteutuksessa, ja siten vuorovaikutuksen ansiosta käsihygienian toteutuminen parani (McGuckin ym. 2004). *Kokemuksellista ulottuvuutta* ei ollut raportoitu tutkimuksissa.

2.3.5 Potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö

Potilasohjauksen sisällössä oli kiinnitetty erityistä huomiota leikkausalueen infektioiden torjuntaan joko opastamalla käsihygienian toteutuksessa (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007) tai leikkausalueen infektioiden tunnistamisessa (Whitby ym. 2007, Merle ym. 2011). Katetri-infektioiden syntyyn vaikutettiin ohjaamalla potilaita katetrien hoidossa (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004). Virtsatieinfektioiden syntyyn vaikutettiin itsehoitoisuuden lisäämisellä, jossa potilaita ohjattiin itse virtsakatetrin hoidossa sekä seuraamaan ja raportoimaan infektioista kertovia oireita (Wilde & Brasch 2008).

Käsihygienian toteuttamiseen ja käsihuhteen käyttöön keskittyneessä tutkimuksessa oli kirjallisissa potilasohjeissa tai julistemaisissa potilasohjausmateriaaleissa kerrottu käsihygienian merkityksestä ja käsihygienian suorittamisesta mekaanisesti. Tämän

lisäksi käsihuuhteiden käyttöä opastettiin näyttämällä mallia ja lisäämällä käsihuuhteiden saatavuutta mm. lisäämällä käsihuuhteita sängyn pätyihin ja osastolle yleisestikin. Potilasohjaus tapahtui koko sairaalassa olon ajan yleisenä hoitokäytänteenä (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007.)

Potilasohjeet, joissa oli keskitytty leikkausalueen infektioiden tunnistamiseen, olivat tarjolla preoperatiivisesti sekä kotiutuksen yhteydessä (Whitby ym. 2007, Merle ym. 2011). Potilasohjeiden sisältö koostui tiedoista liittyen leikkausalueen infektioiden syntyyn, riskitekijöihin, oireisiin, hoitoon sekä ennaltaehkäisykeinoihin. Nämä infektioiden torjuntaan liittyvät potilasohjeet annettiin potilasohjauksen lisänä täydentämään yleisiä toimenpiteestä kertovia ohjeita. (Whitby ym. 2007, Merle ym. 2011.)

2.3.6 Yhteenvedo kirjallisuuskatsauksesta

Tiedonhaku laajennettiin ensimmäisessä tiedonhaussa löytyneiden julkaisujen rajallisen määrän vuoksi. Siitäkin huolimatta suurin osa potilasohjauksen alle kategorioiduista ohjaustilanteista käsitteli henkilökunnan infektioiden torjuntaan liittyvää ohjausta. Tutkimusten määrän ja sisällön niukkuuden takia, tulee tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen suhtautua kriittisesti. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista puolet oli satunnaistettuja. Nämä edustivat korkeinta näytön astetta (vrt. Fawcett & Garity 2009), vaikka tutkimusasetelmaa ei ollut määritelty hakukriteereissä. Tutkimusten otoskoot olivat pääasiallisesti hyvin edustavia ja vain yksi julkaisuista raportoi pilottivaiheen tuloksia (Wilde & Brasch 2008). Kolme suurinta hoitoon liittyvää infektioryhmää oli hyvin edustettuna, kun tutkimukset käsittelivät verisuonikatetri- (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004), leikkausalueen- (Whitby ym. 2007, Peterson ym. 2008, Merle ym. 2011) ja virtsatiekatetri-infektioita (Wilde & Brasch 2008).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella potilasohjauksen menetelmät olivat perinteisiä. Vain yhdessä tutkimuksessa oli käytetty nykyteknologialle tyypillisempiä keinoja, kun potilasohjausta toteutettiin interaktiivisen videon (Smith ym. 2003). Potilasohjaus keskittyi lähinnä kirjallisiin potilasohjeisiin (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby

ym. 2007, Wilde & Brasch 2008, Merle ym. 2011), jolloin korostuu potilasohjeen rakenteen selkeyden merkitys (vrt. Salanterä ym. 2004, Cronin 2011). Julkaisuissa ei ollut raportoitu arvioita potilasohjeiden laadusta tai rakenteesta eikä ohjeiden käytettävyydestä (vrt. Johansson ym. 2004b). Ohjeiden käytettävyyden arviointi on oleellinen osa arvioitaessa hoitotyön toimintoja (vrt. DiCenso ym. 2005, Houser 2008, Fawcett & Garity 2009).

Kirjallisuuskatsauksen potilasohjauksen tavoitteet olivat pääasiallisesti lääketieteellisen tiedon välittämisessä (Smith ym. 2003, McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Peterson ym. 2008, Wilde & Brasch 2008, Merle ym. 2011). Kuitenkaan potilasohjauksen vastaamista potilaan tiedon tarpeeseen ei ollut selvitetty. Näin ei voida arvioida, miten tarjottu tieto vastasi tarvetta, jossa aikaisemmin on esiintynyt puutetta (vrt. Suhonen ym. 2005, Maloney & Weiss 2008, Rankinen ym. 2007, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011). Tiedon lisäämisen lisäksi potilasohjauksella haluttiin vahvistaa potilaan omatoimisuutta (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Wilde & Brasch 2008). Tämä kuvaa hyvin nykyisiä yhteiskunnallisia tavoitteita potilasohjauksesta (vrt. Sahlsten ym. 2005, Coulter & Ellins 2007, EU 2009, Wong ym. 2010, Car ym. 2011) jossa potilaan voimavaraistumisen tukeminen on ollut oleellista (Rankinen ym. 2007, Heikkinen ym. 2010).

Voimavaraistumisen ulottuvuuksista yleisimpiä olivat toiminnallinen (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Wilde & Brasch 2008) ja bio-fysiologinen (Smith ym. 2003, McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Peterson ym. 2008, Wilde & Brasch 2008, Merle ym. 2011). Tämä vastaa hyvin aikaisempaa tutkimusta (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Leino-Kilpi ym. 2005). Näistä bio-fysiologinen ulottuvuus selittyy infektioiden syntyyn liittyvän lääketieteellisen tiedon suurena määränä. Kuitenkin taloudellista ulottuvuutta käsiteltiin aikaisempaan tutkimukseen nähden (Leino-Kilpi ym. 2005) vähäisemmin. Taloudellinen ulottuvuus keskittyi lähinnä hoitoon liittyvien terveydenhuollon kustannuksiin.

Infektioiden torjuntaan tähtäävä potilasohjaus käsitteli pääsääntöisesti leikkausalueen infektioita (Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Peterson ym. 2008, Merle ym. 2011).

Leikkausalueen infektioiden torjunnassa oireiden tunnistaminen oli tärkeintä (Whitby ym. 2007, Merle ym. 2011). Kirjallisuuskatsauksen perusteella kuitenkin käsihygienia oli tärkein infektioiden torjuntaan tähtäävä potilasohjauksen sisältö, jota käsiteltiin joko potilasohjauksen pääsisältönä (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007) tai yhtenä osana muuta potilasohjausta (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Wilde & Brasch 2008). Tämä vastaa aikaisempia tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia infektioiden torjuntaan liittyvän potilasohjauksen pääsisällöstä (vrt. McGuckin ym. 2004, Farrington 2007, Whitby ym. 2007, Allegranzi ym. 2011, Pittet ym. 2011, Yardley ym. 2011, Miller ym. 2012).

Potilasohjauksen vaikutus hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyteen oli merkittävä. Infektioiden esiintyvyys väheni (McGuckin ym. 2004, Le ym. 2007), hoitoajat lyhenivät (Smith ym. 2003, Le ym. 2007, Peterson ym. 2008) sekä mikrobilääkkeiden käytön kesto väheni (Le ym. 2007). Tämän lisäksi potilasohjauksen merkitys näkyi itsehoitoisuuden lisääntymisenä ja potilaiden voimavaraistumisena (Smith ym. 2003, Møller ym. 2004, Le ym. 2007, Whitby ym. 2007, Peterson ym. 2008, Wilde & Brasch 2008). Tiedonhaun perusteella infektioiden torjuntaan liittyvä potilasohjaus tulisi ajoittaa postoperatiivisesti (Whitby ym. 2007), vaikka pääsääntöisesti aikaisempi kirjallisuus kuvaakin potilasohjauksen yleensä tapahtuvan preoperatiivisesti (vrt. Johansson 2006). Potilasohjauksen ajankohdan oikea-aikaisuus on merkityksellinen, kun halutaan potilaan oman toiminnan vaikuttavan infektioiden torjuntaan (vrt. Anderson ym. 2008, Kirby & Mazuski 2009).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tavoitteena oli selvittää, miten potilasohjeissa on kerrottu, kuvattu, ohjeistettu tai neuvottu potilasta toimimaan kotonaan edistääkseen terveyttä, hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen ja/tai torjuakseen infektoita. Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida infektioiden torjunnan näkökulmasta suomalaisten yliopistosairaaloiden kirurgisten potilasohjeiden sisältöä sekä tarkastella potilasohjeiden laatua ja valmiuksia voimavaraistavaan potilasohjaukseen. Potilasohjeiden laatua tarkasteltiin ”Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien” (Salanterä ym. 2004, liite 1) toteutumisen kautta. Valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta tarkasteltiin

voimavaraistumisen kuuden ulottuvuuden (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000) ilmenemisellä.

Tutkimuksessa vastattiin kirurgisten potilasohjeiden osalta seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia potilasohjeet ovat yleisellä tasolla?
- 2) Miten hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuudet toteutuvat?
- 3) Miten voimavaraistumisen ulottuvuudet ilmenevät?
- 4) Mikä on potilasohjeiden infektio- ja torjuntaan liittyvä sisältö?

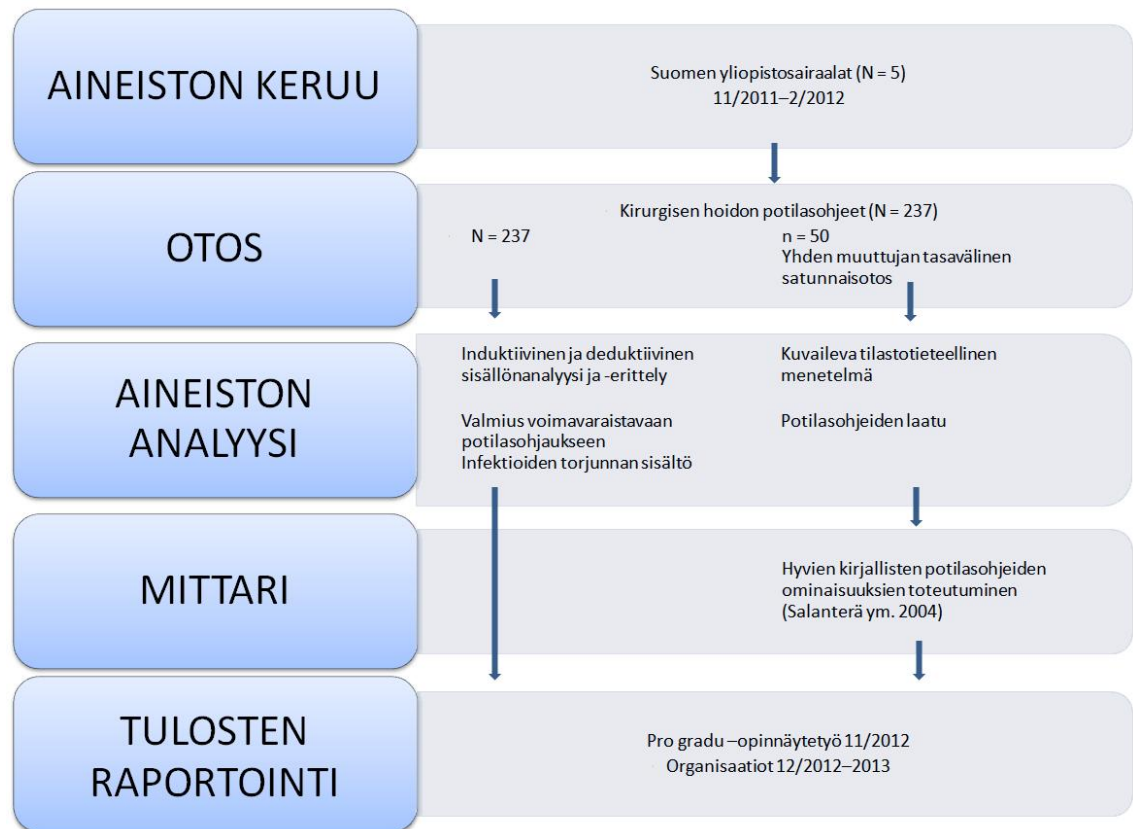
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Tutkimuksessa käytettiin eksploraatiivista (Parahoo 2006, Polit & Beck 2012) ja kuvailevaa (Sandelowski & Barroso 2007, Merriam 2009) tutkimusmenetelmää. Aiemmin kirjallisuudessa on määritelty infektioiden esiintyvyyteen vaikuttavia toimintoja kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä (Mangram ym. 1999, Engelmann ym. 2003, Andersson ym. 2008, Galway ym. 2009, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011, IHI 2012), mutta potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä tai valmiuksia tukea potilaan omatoimisuutta ei ole ennen tarkasteltu. Osittaisella eksploraatiivisella tutkimusmenetelmällä toivotaan tulevien tutkimusongelmien löytymistä tästä aihealueesta (Holloway & Wheeler 2010). Potilasohjausta hoitotyön toimintona on kirjallisuudessa käsitelty jo aiemmin, ja siltä osin tutkimuksessa kuvataan (Parahoo 2006, Munhall 2012) valmiuksia tukea potilaan voimavaraistumista sekä potilasohjeiden laatua ”Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien” (Salanterä ym. 2004) toteutumisen kautta.

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusaineisto muodostui kaikissa viidessä suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa käytössä olevista aikuispotilaiden kirurgisista potilasohjeista. Tutkimusasetelma on kuvattu kuviossa 1. Aineisto rajattiin koskemaan kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä (pre-, peri- ja post-operatiivisesti) aikuispotilaille annettaviin potilasohjeisiin. Sisäänottokriteereinä olivat yleis-, virtsaselinkirurgiseen tai ortopediseen ja traumatologiseen toimenpiteeseen liittyvät potilaille annettavat

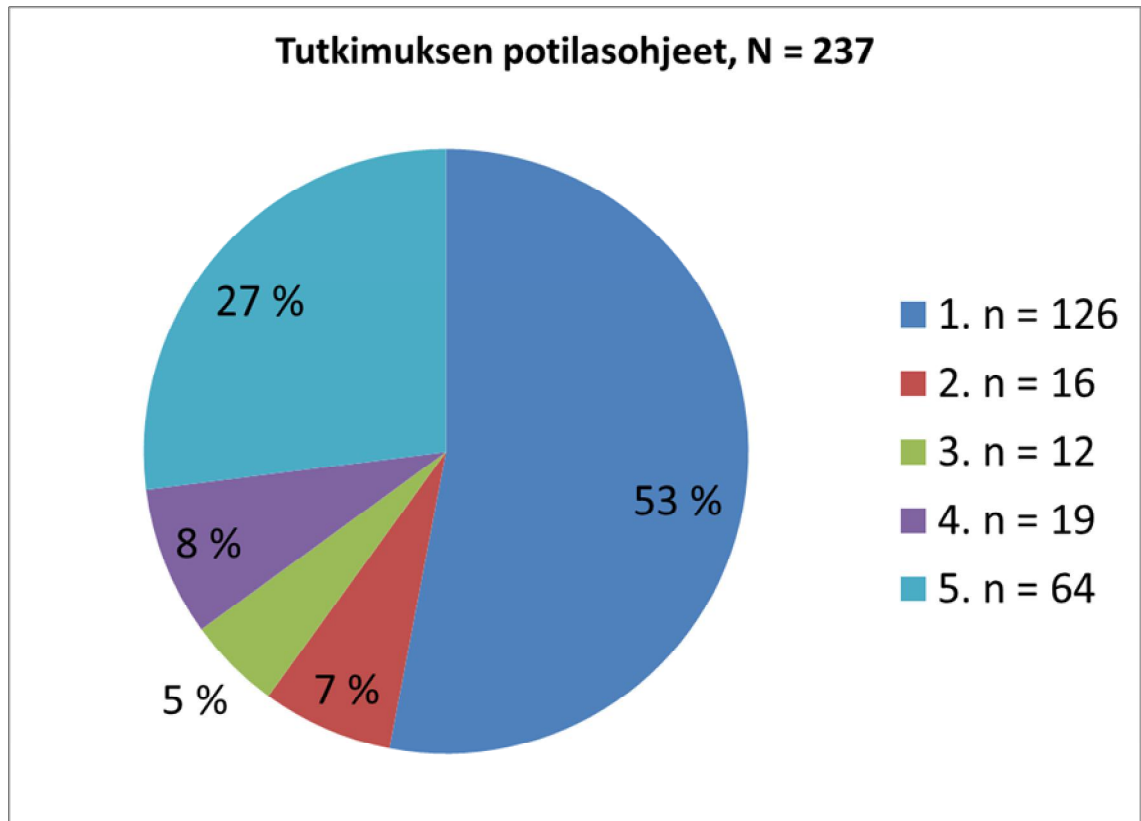
potilasohjeet. Kirurgisella toimenpiteellä tarkoitettiin suunniteltuja leikkaus- tai pienkirurgisia toimenpiteitä.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma

Aineiston keruun ajankohta oli joulukuu 2011–helmikuu 2012. Näin annettiin riittävä aika aineiston kokoamiseen (Sandelowski & Barroso 2003, Streubert 2011). Apuna käytettiin organisaation nimeämää yhdyshenkilöä. Tutkimuksen yhteyshenkilölle lähetettiin saatekirje (liite 6) sähköisesti (Parahoo 2006, Polit & Beck 2012). Kaksi organisaatiota pyysi tarkennuksia saatekirjeessä määritellyn aineiston kriteereistä ja laajuudesta. Organisaation nimeämän yhdyshenkilön kanssa sovittiin yksityiskohdat aineiston keruusta (Sandelowski & Barroso 2003, Merriam 2009). Organisaation yhteyshenkilö keräsi aineiston sisäänottokriteerien mukaisesti organisaatiosta ja toimitti sen tutkijalle. Osa aineistosta tuli sähköisesti sähköpostin liitetiedostossa ja valtaosa tuli tutkijalle postitse paperiversiona. Yhdessä organisaatiossa yhteyshenkilön pyynnöstä lähetettiin organisaation osoittamille osastonhoitajille saatekirje (liite 6). Tämän saatekirjeen mukana oli kirjekuori postimerkkeineen aineiston lähettämistä varten. Kahden organisaation yhteyshenkilöä muistutettiin kolmesti aineiston keräämisestä. Ensimmäinen muistutus lähetettiin kolmen viikon kuluttua organisaation myöntämän

tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Toinen muistutus lähetettiin, kun aineiston keruuta oli jäljellä kuukausi eikä yhteyshenkilö ollut ottanut yhteyttä aiemmista pyynnöistä huolimatta. Kolmas muistutus lähetettiin kahta viikkoa ennen aineiston keruun päättymistä. Aineisto saatiin kaikista yliopistosairaaloista ja aineiston jakautuminen on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Aineiston jakautuminen yliopistosairaaloittain, N = 237

4.2 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmät

Toimitetut potilasohjeet numeroitiin tulojärjestyksessä juoksevilla numerolla. Numerointi aloitettiin yliopistosairaaloittain seuraavasti; 1001, 2001, 3001, 4001 tai 5001. Lisäksi joka viides (esim. 1001, 1005, 1010 jne.) organisaatiosta tullut potilasohje analysoitiin käyttäen Salanterä ja kumppaneiden (2004) kehittämää hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien luokittelua (liite 1). Näin varmistettiin aineiston jakautuminen tasaisesti ja kattavasti organisaatioittain. Tämä aineisto syötettiin Excel- taulukkoon ominaisuuksien luokittelun mukaisesti.

Aineisto analysoitiin sisällönerittelyllä (Maltenud 2001, Holloway & Wheeler 2010) sekä potilasohjeiden laadun osalta SPSS -tilasto-ohjelman versiolla 20. Tutkimusaineistoa analysoitiin deduktiivisesti (Hoskins & Mariano 2004, Sandelowski

& Barroso 2007), jolloin sisällönerittelyllä kuvattiin aineistoa yleisesti. Tällöin käytettiin taustamuuttujina potilasohjeisiin liittyviä yleisiä asioita, kuten potilasohjeen julkaisuajankohtaa (Griffiths 2009, Polit & Beck 2012). Tutkimuksen taustamuuttajat potilasohjeiden suhteen olivat dikotomisen luokittelu- ja järjestysasteikollisia (Tappen 2011, Levine 2012). Käyttämällä useita analyysimenetelmiä ja tutkimuksellisia lähestymistapoja aineistosta saatiin mahdollisimman monipuolinen ja kattava kuva infektioiden torjuntaan liittyvän näkökulman esiintuomiseksi.

4.2.1 Potilasohjeiden laadun analysointi

Potilasohjeiden laatua kuvattiin tarkastelemalla ”Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien” (Salanterä ym. 2004, liite 1) toteutumista sisällön erittelyllä ja tilastollisin menetelmin. Analysoinnissa käytettiin kuvailevia tilastotieteellisiä menetelmiä (Griffiths 2009, Tappen 2011) ja havainnollistamiseen graafisia kuvioita (Houser 2008, Levine 2012). Menetelmänä oli yhden muuttujan tasavälinen satunnaisotos (Parahoo 2006, Polit & Beck 2012), jossa analysoitavaksi otettiin organisaatioittain joka viides potilasohje satunnaisessa tulojärjestyksessä. Otanta oli määritelty mahdollisimman edustavaksi vaikkakin määrä oli rajattu (Griffiths 2009, Polit & Beck 2012).

Analysoinnin pohjana käytettiin Salanterän ja kumppaneiden (2004) kehittämää mittaria, jossa tarkasteltiin hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumista (liite 1). Kyseisessä mittarissa potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumista tarkastellaan ulkoasun, opetuksellisuuden, sisällön sekä kielen ja rakenteen kautta. Ulkoasua tarkastellaan yhdeksän (9) ominaisuuden toteutumisella, opetuksellisuutta seitsemän (7), sisältöä myös seitsemän (7) sekä kieltä ja rakennetta kahdeksan (8) ominaisuuden toteutumisen kautta.

Ulkoasun ominaisuuksien toteutumista tarkastellaan kappalejaon selkeyden, tekstin virheettömyyden sekä selkeästi luettavan kirjasintyyppin kautta. Lisäksi kirjaimissa huomiota kiinnitetään niiden kokoon, painotukseen sekä käyttöön. Otsikoiden ja väliotsikoiden tulee olla tiedottavia ja selviä. Ulkoasun ominaisuudessa sisältöä

kuvataan taulukoiden ja kuvioiden kautta, joiden tulee olla visuaalisesti selkeitä. (Salanterä ym. 2004.)

Opetuksellisuuden ominaisuuden toteutumisessa arvioidaan, onko ohjeen tavoite kuvattu, ja kenelle ohje on tarkoitettu. Potilasohjeen tulisi kuvata, miten potilaan tulee toimia saavuttaakseen näitä tavoitteita ja minkä selkeyttämiseen käytetään esimerkkejä. Sisältö keskitytään esittämään pääkohdittain ja tulisi kuvata, miten hoidon onnistumista seurataan, ja mihin potilas voi olla yhteydessä lisätietojen saamiseksi esimerkiksi ongelmien esiintyessä. (Salanterä ym. 2004.)

Potilasohjeiden *sisällön ominaisuuksien* toteutumista arvioidaan potilasta voimavaraistavan tiedon alueiden mukaisesti, jolloin kognitiivinen eli tiedollinen selviytyminen on kokonaan oma alue. Tällöin potilaalla on tietoa miten toimia ja hän myös kokee osaavansa hoitaa itseään ohjeen mukaisesti. Toiminnallinen alue keskittyy ohjeistamaan, miten potilas voi itse toimia ja miten ei kannata toimia. Bio-fysiologinen alue keskittyy potilaan fyysisten oireiden ja tuntemusten tunnistamiseen käsitellen terveyteen, sairauteen ja hoitoon liittyviä asioita. Ekonomisella alueella käsitellään taloudelliseen selviytymiseen liittyviä asioita, kuten hoidon kustannuksia, vakuutuskorvauksia, sairaalamaksuja sekä sairauslomia. Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella ohjeistetaan miten toimia sosiaalisen yhteisön jäsenenä kotona, töissä ja miten toimenpiteeseen liittyvät asiat estävät tai vaikuttavat sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kokemuksellisella alueella tarkastellaan aiempien kokemusten ja tunteiden vaikutusta nykyisen terveysongelman hallitsemiseen ja selviytymiskeinojen. Eettisellä alueella käsitellään potilaan ainutkertaisuuteen, koskemattomuuteen sekä oikeuksiin liittyviä asioita. (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Salanterä ym. 2004, Rankinen ym. 2007.)

Potilasohjeiden *kielen ja rakenteen* ominaisuuden toteutumisessa tarkastellaan tekstin ohjauksellista ja neuvovaa sävyä sekä johdonmukaisuutta. Alussa tai lopussa tulisi olla yhteenveto sisällöstä ja pääasian tulisi erottua selvästi. Teksti tulisi kirjoittaa aktiivimuotoon lyhyillä ja yksinkertaisilla lauseilla. Teksti tulisi olla ilman vierasperäisiä tai lääketieteellisiä ammattisanoja, tai ainakin ne tulisi olla määriteltyinä. (Salanterä ym. 2004.)

Tietyn ominaisuuden toteutuessa (*kyllä*) systemaattisesti koko potilasohjeessa sai potilasohje kyseistä ominaisuutta koskien täydet pisteet (4 pistettä). Kun tiettyä ominaisuutta esiintyi melkein koko potilasohjeessa, arvioitiin toteutumisen pisteeksi kolme (3). Tällöin potilasohjeessa ominaisuutta esiintyi *suuressa määrin*. Jonkin tietyn ominaisuuden esiintyessä, mutta vain yksittäisen kerran tai *vähäisessä määrin* ominaisuuden toteutuminen pisteytettiin kahdella (2) pisteellä. Puolestaan jonkin ominaisuuden puuttuessa tai sen *ei* toteutuessa, pisteeksi annettiin yksi (1). Näin ollen minimi pistemääränä oli 31 ja maksimipistemääränä oli 124. Aineistoa tarkasteltiin keskiluvuin, hajontaluvuin sekä graafisesti (Houser 2008, Tappen 2011). Lisäksi eri ominaisuuksien ulottuvuuksia suhteutettiin toisiinsa vertailtavuuden parantamiseksi (Levine 2012). Aineiston pieni koko vaikutti, ettei tilastollisen merkitsevyyden johtopäätöksiä voitu tehdä (Parahoo 2006, Levine 2012).

4.2.2 Voimavaraistavan potilasohjauksen valmiuksien analysointi

Potilasohjeiden valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta on analysoitu deduktiivisesti (Hoskins & Mariano 2004, Sandelowski & Barroso 2007) tarkastelemalla voimavaraistumisen kuuden ulottuvuuden toteutumista ja esiintymistä potilasohjeissa (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Rankinen ym. 2007). Lähtökohtaisena ajatuksena oli, että kognitiivinen ulottuvuus kattaa kaikki muut ulottuvuudet. Tällöin tavoitetasona on, että potilaalla on tietoa, jota hän osaa aktiivisesti käyttää ja sen pohjalta itse toimia. Arvioitaessa valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta tarkasteltiin potilasohjeita niiden bio-fysiologisen, eettisen, kokemuksellisen, taloudellisen, toiminnallisen sekä sosiaalisen selviytymisen kautta.

Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönerittelyä ja -analyysiä (Munhall 2012), jossa haettiin ulottuvuuksien esiintymiseen ja toteutumiseen viittaavia sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia (Thorne ym. 2004, Merriam 2009). Potilasohjeiden valmiuksia voimavaraistavaan potilasohjaukseen analysoitiin esimerkkitaulun kuvaamalla tavalla (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki taulukko aineiston analyysin etenemisestä voimavaraistavan potilasohjauksen tuen valmiuksista

Voimavaraistumisen ulottuvuudet	Ei esiinny	Esiintyy vähäisessä määrin	Esiintyy suuressa määrin	Sisältää valmiuden tukea voimavaraistavaa potilasohjausta
	1	2	3	4
Bio-fysiologinen	Ei esiinny	Mainittu sairaudesta.	Kerrottu sairaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä.	Ohjeistettu millä toimilla selviytyy sairaudesta, toimenpiteestä tai niihin liittyvistä tekijöistä.
Eettinen		Mainittu arvoihin tai oikeuksiin liittyvästä asiasta.	Kerrottu potilaan oikeuksista.	Kerrottu miten potilaan arvot huomioidaan ja kehen tulee olla yhteydessä kokiessaan omia oikeuksia rikottavan esimerkiksi viittaus potilasasiamieheen.
Kokemuksellinen		Mainittu aikaisemman sairauden vaikutus hoitoon.	Kerrottu miten aikaisempi kokemus tilanteesta vaikuttaa esimerkiksi anestesian valintaan.	Ohjeistettu miten kokemukset ja niihin liittyvät tunteet huomioidaan hoidossa.
Taloudellinen		Mainittu taloudellinen vaikutus esimerkiksi sairausloma mainittu.	Kerrottu sairausloman pituudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.	Ohjeistettu miten toimia sairausloman keston ja jatkon suhteen. Ohjeistettu sidetarvikkeiden ja lääkityksen hankinnan suhteen. Ohjeistettu taloudellisen turvaamisen suhteen sairauden takia.
Toiminnallinen		Mainittu ottamaan yhteyttä.	Kerrottu minne ottaa yhteyttä.	Ohjeistettu missä tilanteissa, milloin ja kehen tulee ottaa yhteyttä.
Sosiaalinen		Kerrottu tuen tarpeesta.	Kerrottu sosiaalisen tukiverkoston käytöstä ja sen vaikutuksesta.	Ohjeistettu sosiaalisen tukiverkoston käytössä tai siihen liittyvistä tekijöistä.

Esiintymistä ja toteutumista arvioitiin neliasteikkolisen pisteytyksen kautta. Jollei ulottuvuutta tai siihen viittaavaa asiaa ilmennyt potilasohjeesta annettiin pisteeksi 1 (*Ei esiinny*). Ulottuvuuden tai siihen liittyvän asian esiintyessä vähäisessä määrin ja suppeasti annettiin pisteeksi 2 (*Esiintyy vähäisessä määrin*). Ulottuvuuden tai siihen liittyvän asian esiintyessä suuressa määrin ja kattavammin annettiin pisteeksi 3 (*Esiintyy suuressa määrin*). Potilasohjeen sisältäessä valmiuden tukea ulottuvuutta voimavaraistavassa potilasohjauksessa annettiin pisteeksi 4 (*Sisältää valmiuden tukea voimavaraistavaa potilasohjausta*). Tällöin oli kuvattu, kerrottu, ohjeistettu tai neuvottu

miten potilas itse voisi toimia edistääkseen terveyttä tai hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen.

Esimerkiksi mikäli taloudellinen ulottuvuus sai kaksi (pistettä), kun potilasohjeessa oli ylipäänsä viitattu ekonomiseen selviytymiseen mainitsemalla toimenpiteen vaikuttavan työstä poissaoloon. Kolme (3) pistettä annettiin, kun ulottuvuuteen viittaavaa asiaa ilmeni potilasohjeessa ja siihen liittyi täydentävää ohjeistusta. Esimerkiksi taloudellinen ulottuvuus sai kolme pistettä, jos oli kerrottu sairauslomaan vaikuttavia asioita, kuten työstä poissaolon merkitys toipumiseen. Neljä (4) pistettä sai, kun ulottuvuuteen viittaava asia ilmeni ja siihen liittyi potilaan toiminnan ohjeistusta esimerkiksi taloudellinen ulottuvuus sai täydet pisteet, kun potilasohjeissa oli kerrottu toimenpiteen aiheuttavan x-määrän sairausloma ja arviointi jatkosta tehdään jälkikontrollissa tai potilaan ottaessa yhteyttä sitä ennen toimenpideyksikköön x.

4.2.3 Infektioiden torjuntaan liittyvän sisällön analysointi

Induktiivista sisällönerittelyä (Maltenuud 2001, Munhall 2012) käytettiin analysoimaan infektioiden torjuntatoimia sekä siihen liittyvää sisältöä ja toimintaohjeistusta. Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti (Mason 2002, Graneheim & Lundman 2004), koska aiheesta ei ole aikaisempaa teoriaa infektioiden torjunnan näkökulmasta (Parahoo 2006).

Aineiston infektioiden torjuntaan liittyvän sisällön analysointi alkoi potilasohjeiden lukemisella kokonaiskuvan muodostamiseksi (Sandelowski & Barroso 2003, Streubert 2011). Aineiston analyysissä haettiin potilasohjeista infektioiden syntyyn vaikuttavien asioiden piilomerkitseksiä (Denzin & Lincoln 2005, Munhall 2012), joita ei välttämättä ilmaista suorilla tai selkeillä viittauksilla (Thorne ym. 2004, Holloway & Wheeler 2010). Merkityksikkönä oli ajatuskokonaisuus, joka muodostui yksittäisistä sanoista tai lauseista (Graneheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon 2005). Olennaiset asiat pelkistettiin ja koodattiin (Thorne ym. 2004, Munhall 2012). Samankaltaisuuden perusteella ne ryhmiteltiin alakategorioiksi (Graneheim & Lundman 2004, Munhall 2012), jotka nimettiin sisältöä kuvaavasti (Patton 2002, Polit & Beck 2012). Yläkategoriat saatiin yhdistelemällä alakategorioita samankaltaisuuden mukaisesti ja

yläkategorioista muodostettiin tutkimuksen teemat (Patton 2002, Graneheim & Lundman 2004). Taulukossa 3 on esitetty esimerkki aineiston analyysistä.

Taulukko 3. Esimerkki taulukko aineiston analyysin etenemisestä infektioiden torjunnan sisällön osalta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Välikategoria	Yläkategoriat	Teema			
"Haavalla on sulavat ompeleet"	Ompeleiden poisto	Haavahoito	Iho	Yleinen hygienia	Infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö toimenpiteen jälkeen			
"Ompeleiden poisto erillisen ohjeen mukaan"								
"... haava-alueella ilmenee tulehduksenmerkkejä..."	Tulehdusoireet							
"... turvotusta, kuumotusta ja punoitusta ..."								
"Sidokset voi poistaa mikäli haava ei eritä"	Sidosten vaihto							
"sidoksia käsiteltävässä tulee noudattaa käsihygieniaa"								
"haavan erittäessä tulee sidokset vaihtaa"								
"Haavan vuodon määrää tulee seurata"	Haava vuoto							
"Hampaiden hoito tulee jatkaa toimenpiteen jälkeenkin"	Hampaiden harjaus					Hampaiden hoito	Suu	
"Säännölliset hammartarkastukset ja harjaukset ..."								
"...käyttö vähentää kipua..."	Kipu	Ongelmia	Fyysinen yleiskunto	Yleinen hyvinvointi				
"Ottakaa kipulääkettä 2-3 päivän ajan"								
"Kohoasennolla voidaan estää turvotusta"	Turvotus							
"Toimenpide alueella voi pitää kylmää ensimmäisen vuorokauden ajan"								
"Kynänsauvoja tulee käyttää..."	Liikuntarajoitus							
"Anestesia johtuen tulee välttää fyysistä rasitusta..."								
"Liikkua voitte kipujen rajoissa..."	Kuntoutus					Ei ongelmia		
"Erillisen jumppaohjeen mukaisia liikkeitä voi tehdä ..."								

4.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin hyviä tieteellisiä käytänteitä ja tutkimusetiikkaa kunnioitettiin (WMA 2008, CIOMS 2009, Tappen 2011, TENK 2012). Tutkimusta varten saatiin 15.11.2011 Turun yliopiston eettiseltä toimikunnalta puolto (22/2011).

Lisäksi jokaisesta viidestä organisaatiosta saatiin kunkin organisaation edellyttämällä tavalla tutkimusluvut (WMA 2008). Organisaatioiden luvat saatiin marras-joulukuussa 2011 ja ne on luetteloitu aikajärjestyksessä (KYS 14.11.2011; PPSHP/OYS 22.11.2011; HUS/HYKS 12.12.2011; VSSHP/TYKS 15.12.2011; PSHP/TAYS 19.12.2011). Tutkimuslupaa varten selvitettiin tutkimuksen kulku, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä anonymiteetti. Tutkimusluvissa oli tutkimukselle määritelty ja nimetty organisaation yhteyshenkilö, jonka kautta aineistoa kerättiin. Yhteyshenkilöä käyttämällä tutkija ei tiennyt organisaatioista osallistuvia yksiköitä (vrt. CIOMS 2009). Organisaatiokohtaisesti haettujen tutkimuslupien kohdalla oli organisaatiolla mahdollista kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ja yhteyshenkilön nimeäminen katsottiin suostumukseksi (WMA 2008, Tappen 2011, TENK 2012). Lisäksi yhden organisaation kohdalla, jossa aineiston kokoamisvastuu siirtyi osastonhoitajille, oli osastonhoitajilla mahdollisuus päättää aineiston lähettämisen yhteydessä osallistumisesta.

Organisaatioiden yhteyshenkilöitä informoitiin tutkimuksesta saatekirjeellä (liite 6), joka toimitettiin sähköpostitse (TENK 2012). Tutkimuksesta ei aiheutunut muuta haittaa kuin potilasohjeiden kokoamiseen käytetty aika (WMA 2008, Tappen 2011, TENK 2012). Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää organisaation (Tappen 2011, TENK 2012) potilasohjeiden laadinnassa parantaen potilasturvallisuutta ja hoidon laatua (vrt. EU 2009).

Tutkimusaineisto koostui kirjallisista potilasohjausmateriaaleista, eikä tutkimuksessa kerätty potilastietoja tai muuta arkaluontoista aineistoa (WMA 2008, TENK 2012). Tutkimuksen yhteyshenkilöt eivät ole yksilöitävissä ja ovat ainoastaan tutkijan sekä organisaation tiedossa (Tappen 2011, TENK 2012). Suullinen ja kirjallinen lupa käyttää Salanterä ja kumppanien (2004) hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kriteeristöä saatiin professori Sanna Salanterältä (Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos). Kriteeristöä on käytetty siinä muodossa, kuin se on julkaistu (Salanterä ym. 2004). Osallistuvien tahojen yksittäisiä potilasohjeita ei missään tutkimuksen vaiheessa julkaistu (Henkilötietolaki L523/1999), eikä organisaatioita verrattu keskenään (Newell & Burnard 2011). Tutkimuksen aineistoa käsiteltiin ja analysoitiin asianmukaisesti (Newell & Burnard 2011, Tappen 2011) lisäksi aineistoa säilytettiin lukollisessa tilassa (WMA 2008, CIOMS 2009).

Tutkimuksen aineisto skannattiin sähköiseen muotoon, ja sitä säilytetään 10 vuotta erikseen varatussa tietokoneen ulkoisella kovalevyllä. Säilyttämisen jälkeen huolehtii tutkija aineiston tuhoamisesta (WMA 2008, CIOMS 2009, TENK 2012).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tuloksia on kuvattu esittämällä suoria lainauksia potilasohjeista. Havainnollistamiseksi ei suoria lainauksia ole muutettu tai korjattu. Lainauksen jälkeen on merkitty, mihin potilasohjeeseen lainauksella on viitattu.

5.1 Yleistä potilasohjeista

Potilasohjeista (N = 237) lähes 40 % (n = 94) oli yhden tai kahden A4-sivun pituisia potilasohjeita. Yli puolet (53 %, n = 126) potilasohjeista oli useamman sivun pituisia potilasohjeita. Nämä potilasohjeet (n = 126) sisälsivät usein (42 %, n = 40) kuvamateriaalia ja keskittyivät yhteen aiheisältöön kuten käsihuuhteen käyttöön.

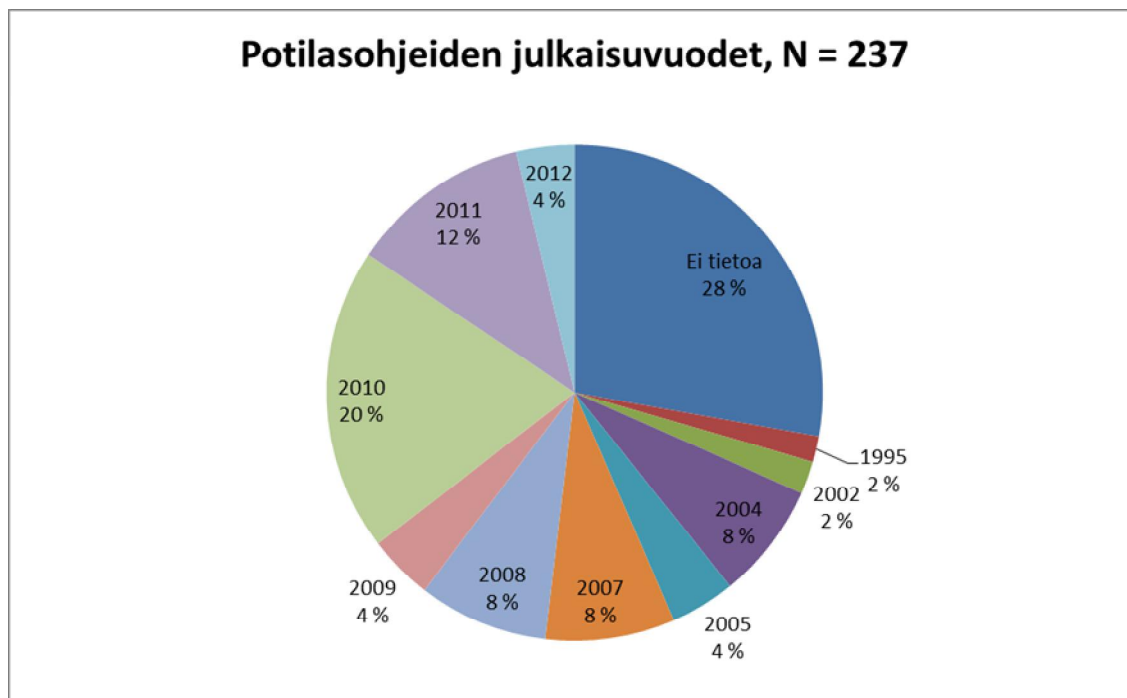
Aineistosta yli puolet (53 %, n = 126) oli suunnattu toimenpidepotilaille ja loput potilasohjeet olivat tarkoitettu yleisesti kirurgisille potilaille. Potilasohjeet jakautuivat erikoisaloittain yleiskirurgiaan (51 %, n = 120), ortopediaan ja traumatologiaan (34 %, n = 82), virtsaelinkirurgiaan (10 %, n = 24) sekä yleisiin esitteisiin kuten sairaalan hygieniahjeisiin (n = 3) tai lääkehoito-ohjeisiin (n = 7). Kaikista kirurgisista potilasohjeista lähes puolet (43 %, n = 101) oli kohdennettu toimenpiteen jälkeiseen ajankohtaan ja vain alle viidesosa (18 %, n = 43) oli kohdennettu preoperatiiviseen ajankohtaan. Yksikään potilasohje ei sisältänyt peri- tai intraoperatiivisesti sijoitettavia sisältöjä. Toimenpidepotilaille tarkoitetuista potilasohjeista (n = 126) puolestaan suurin osa (71 %, n = 90) oli tarkoitettu käytettäväksi postoperatiivisessa hoitotyössä.

Yleisimmin potilasohjeissa käytettiin verbin passiivimuotoja (43 %, n = 102) tai teitittely muotoa (42 %, n = 100), kun puolestaan sinuttelua esiintyi alle neljässä prosentissa (n = 9). Teitittelystä 87 % (n = 87) esiintyi vain yhden tai kahden sanan muodossa, muun potilasohjeen ollessa passiivimuotoisena. Potilasohjeista vain 4 % (n =

10) oli kohdistettu potilaalle, jolloin sanamuotona oli teitittely esimerkiksi muodossa ”*Teille on tehty ...*”. Sinuttelu esiintyi pääasiallisesti potilaalle suoraan kohdennetuissa potilasohjeissa kuten lääke- sekä hygieniaohjeissa esimerkiksi ”*Tulee sinun ...*”. Passiivissa muodossa olevat ohjeistukset olivat usein käskymuotoisia kuten ”*Ota yhteyttä.*” tai ”*Vaihda sidos.*”.

Usein potilasohjeen tarkoitus oli lääketieteellisen tiedon välitys (97 %, n = 230). Potilasohjeissa 27 % (n = 64) oli huomioitu potilaan näkökulma toimintatavan ohjeistuksella. Yleisin toiminnan ohjeistaminen oli ottaa yhteyttä (58 %, n = 137), vaikka näistä vain 42 % (n = 57) sisälsi yhteystiedot. Yhteydenottoa (n = 137) kehoitettiin yleisimmin joko kysymysten herätessä (87 %, n = 119) tai tulehduksellisten oireiden esiintyessä (60 %, n = 82). Kaikista potilasohjeista 17 % (n = 40) sisälsi kuvia, jotka pääsääntöisesti koskivat kuntoutumista tai liikeharjoituksia. Vain kolme prosenttia (n = 7) potilasohjeista käsitteli pelkästään lääkehoitoa tai tietyn lääkkeen antoa.

Lähes kolmasosassa potilasohjeista (28 %, n = 66) ei ollut ilmoitettu julkaisuvuotta (kuvio 3). Vanhin potilasohjeista oli vuodelta 1995. Vuonna 2005 tai sitä ennen oli julkaistu 16 % (n = 37) potilasohjeista. Viimeisen kolmen vuoden (2010–2012) aikana oli julkaistu 35 % potilasohjeista (n = 84). Noin viidesosa potilasohjeista (25 %, n = 46) ei sisältänyt merkintää potilasohjeen laatineesta organisaatiosta, ja vain yhdessä potilasohjeessa oli merkitty lähde.



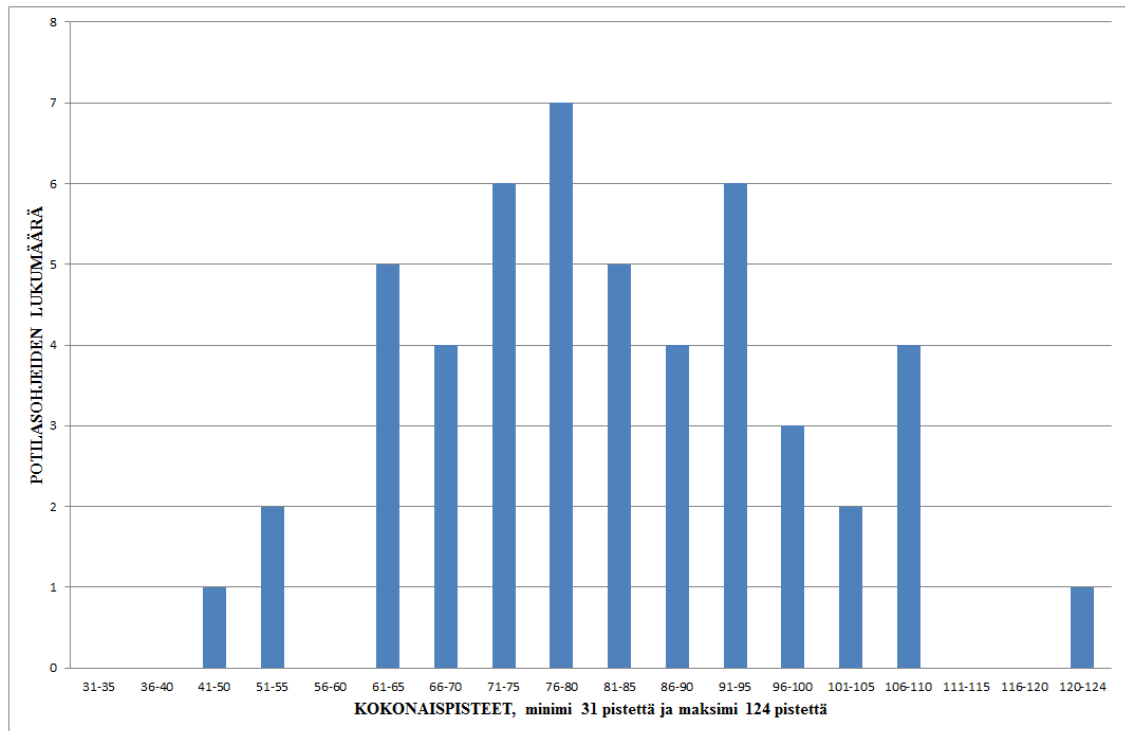
Kuvio 3. Potilasohjeiden jakautuminen julkaisuvuoden mukaisesti, N=237

5.2 Potilasohjeiden laatu

Potilasohjeiden laatua tarkasteltiin Salanterän ja kumppaneiden (2004) laatimien hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kautta (liite 1). Tutkimusaineistona käytettiin satunnaisena osaotoksena 21 % (n = 50) yliopistollisten sairaaloiden kirurgisten potilaiden potilasohjeista (N = 237). Potilasohjeiden laatua arvioitiin nelitasoisella asteikolla, jossa hyvin kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumista arvioitiin 31 kohdan kautta. Ominaisuuden toteutuessa tuli neljä (4) pistettä ja ominaisuuden ei toteutuessa tuli yksi (1) piste. Ominaisuuden arvioitaessa toteutuvan *suuressa määrin* potilasohjeessa tuli kolme (3) pistettä ja *vähäisessä määrin* kahdella (2) pisteellä. Arvioitavat ominaisuudet olivat ulkoasu (9–36 pistettä), opetuksellisuus (7–28 pistettä), sisältö (7–28 pistettä) sekä kieli ja rakenne (8–32 pistettä).

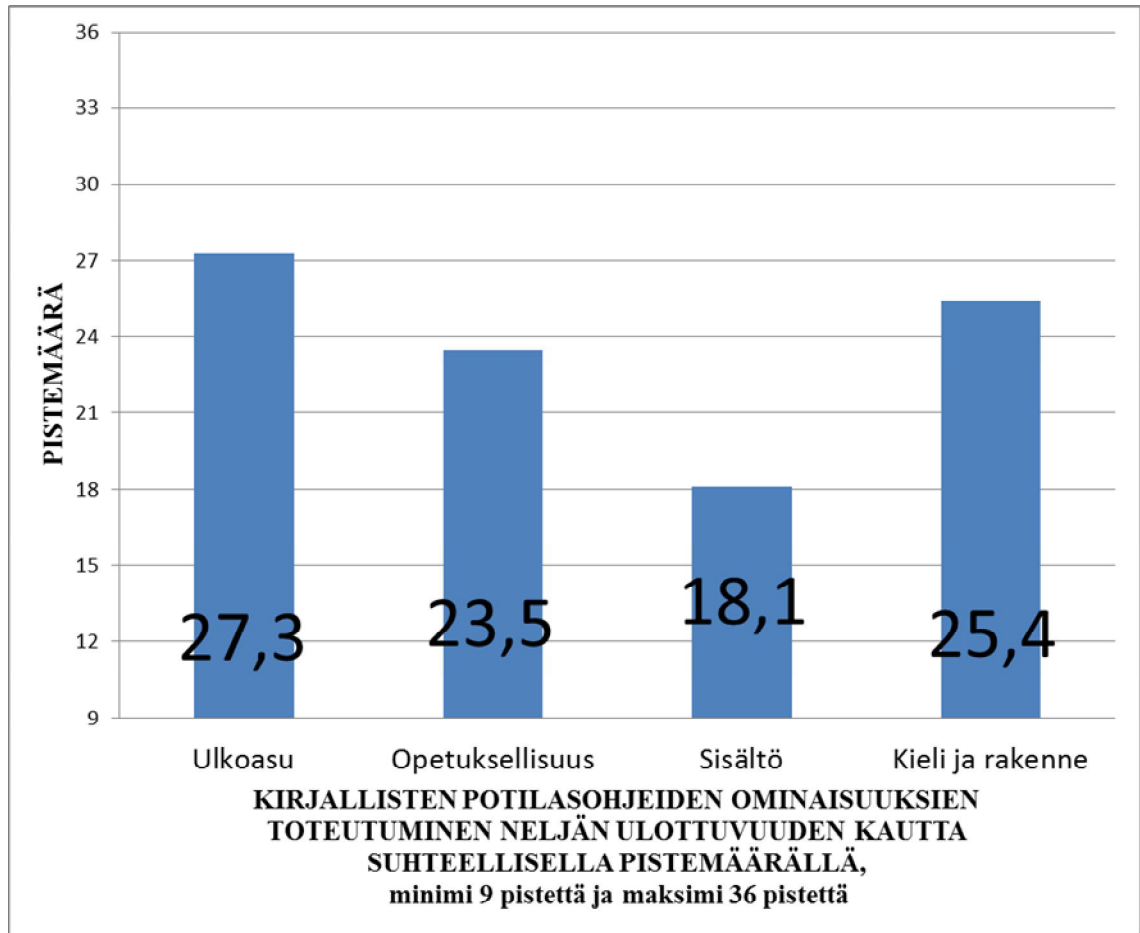
Potilasohjeet olivat ulkoasultaan ja sisällölliseltä rakenteeltaan yhtenäisiä organisaation sisäisesti. Näin osaotos kuvaa ilmiötä edustavasti (Parahoo 2006, Sandelowski & Barroso 2007, Polit & Beck 2012), eikä ollut tarvetta arvioida ominaispiirteiden toteutumista koko aineistossa (Merriam 2009, Polit & Beck 2012).

Tämän tutkimuksen aineistossa ($n = 50$) hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen pisteiden keskiarvo oli 82 pistettä (SD 16) vaihteluvälillä 43–124 pistettä. Pääasiallisesti kirjallisten potilasohjeiden ominaisuudet toteutuivat *vähäisessä määrin* (kuvio 4), alaneljänneksen ollessa 72 pistettä ja mediaanin 80 pistettä 124 pisteestä. Näin ollen ominaisuuksien toteutumisen pisteiden keskiarvo oli 66 % kokonaispistemäärästä.



Kuvio 4. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaispiirteiden toteutumisen kokonaispistemäärän jakautuminen ($n = 50$, vaihteluvälillä pisteet 43–124 pistettä)

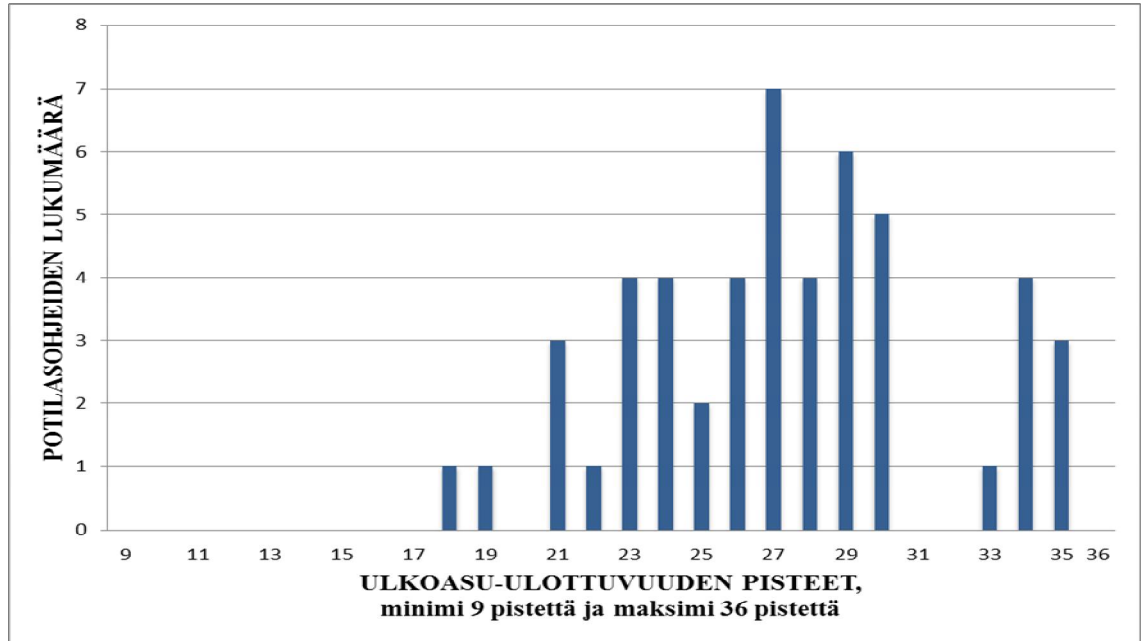
Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen pisteiden keskiarvot eri ulottuvuuksien mukaan suhteutettiin vertailukelpoiseksi, jolloin selkeämmin ilmeni ominaisuuksien toteutumisen vaihtelu (kuvio 5). Ominaisuuksien neljän erin ulottuvuuden pisteiden keskiarvo oli 24 pistettä vaihteluvälillä 18–27 pistettä. Vahvimpia ominaisuuksia olivat ulkoasuun sekä kieleen ja rakenteeseen liittyvät ominaisuudet.



Kuvio 5. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kokonaispisteiden keskiarvot ulottuvuuksien mukaan (n=50, vaihteluväli 18–27 pistettä)

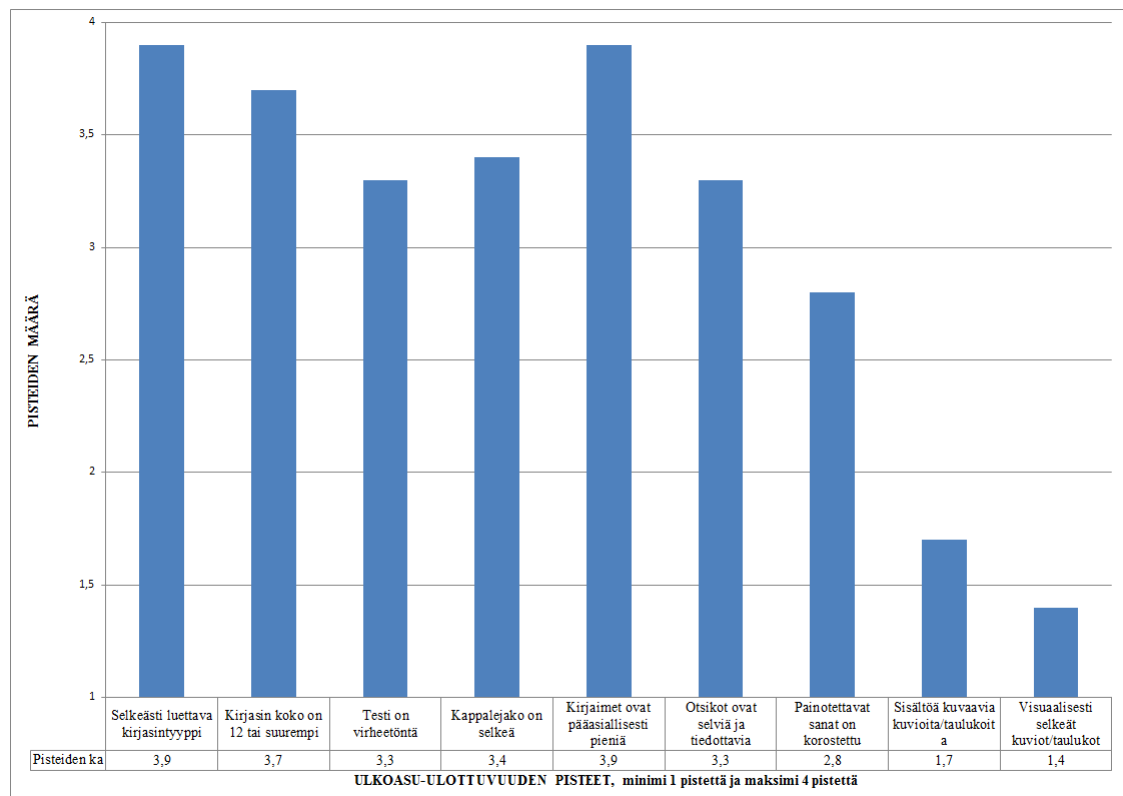
5.2.1 Ulkoasu

Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen ulkoasu-ulottuvuutta arvioitiin yhdeksän kohdan kautta, minimipisteiden ollessa 9 ja maksimin 36 pistettä. Tutkimusaineiston (n = 50) ulkoasu-ulottuvuuden toteutumisen pisteiden keskiarvo oli 27 pistettä, vaihteluvälin ollessa 18–35 pistettä (kuvio 6).



Kuvio 6. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen ulkoasu-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen (n = 50, vaihteluvälin pisteet 18–35 pistettä)

Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuden ulkoasu-ulottuvuus toteutui *suuressa määrin* (kuvio 7) pisteiden keskiarvon ollessa 3,0 pistettä.



Kuvio 7. Ulkoasu-ulottuvuuden ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla (n = 50, vaihteluvälin pisteet 1,4–3,9)

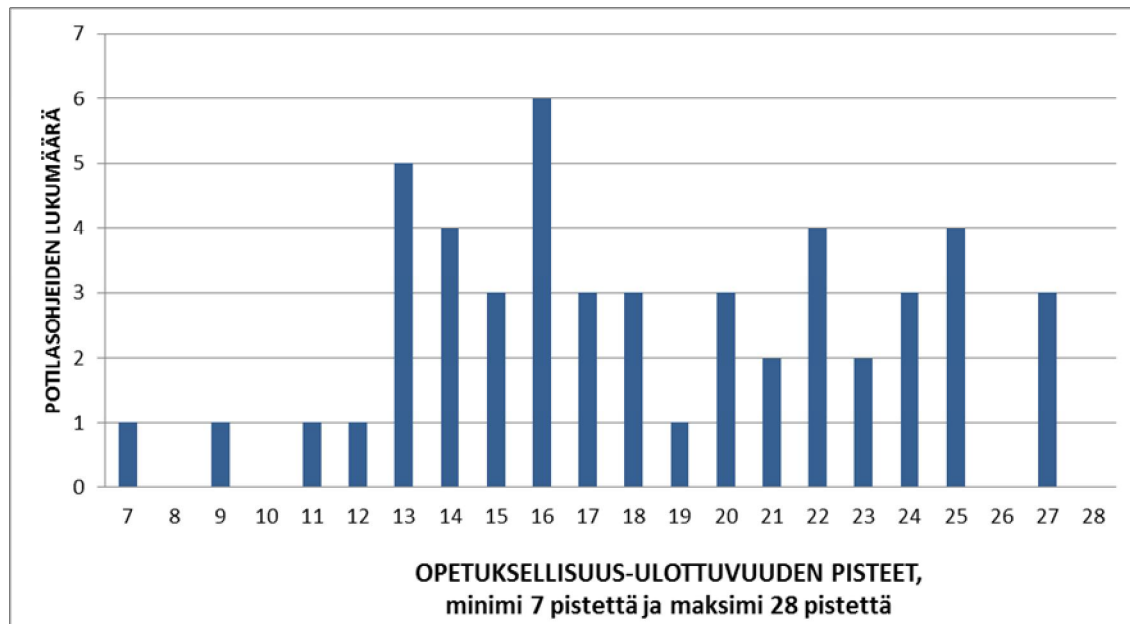
Pääasiallisesti kirjasintyyppit olivat selkeästi luettavia ja käytetyt kirjaimet olivat pieniä. Tekstissä esiintyi vain yksittäisiä virheitä, ja osa näistä johtui tahattomasti tulleista tavutusvirheistä.

”Hakekaa kyynärsauvat valmiiksi terveyskeskuksesta ja tuokaa ne mukananne sairaa-laan.” (potilasohje 5057)

Suurimmat puutteet ulkoasu-ulottuvuudessa koskivat kappalejakoja, otsikoita sekä visuaalisuutta. Kuvaavaa taulukkoa tai kuviota oli käytetty vain 24 %:ssa (n = 14) potilasohjeista. Taulukoista kuitenkin alle puolet (n = 6) oli visuaalisesti selkeä.

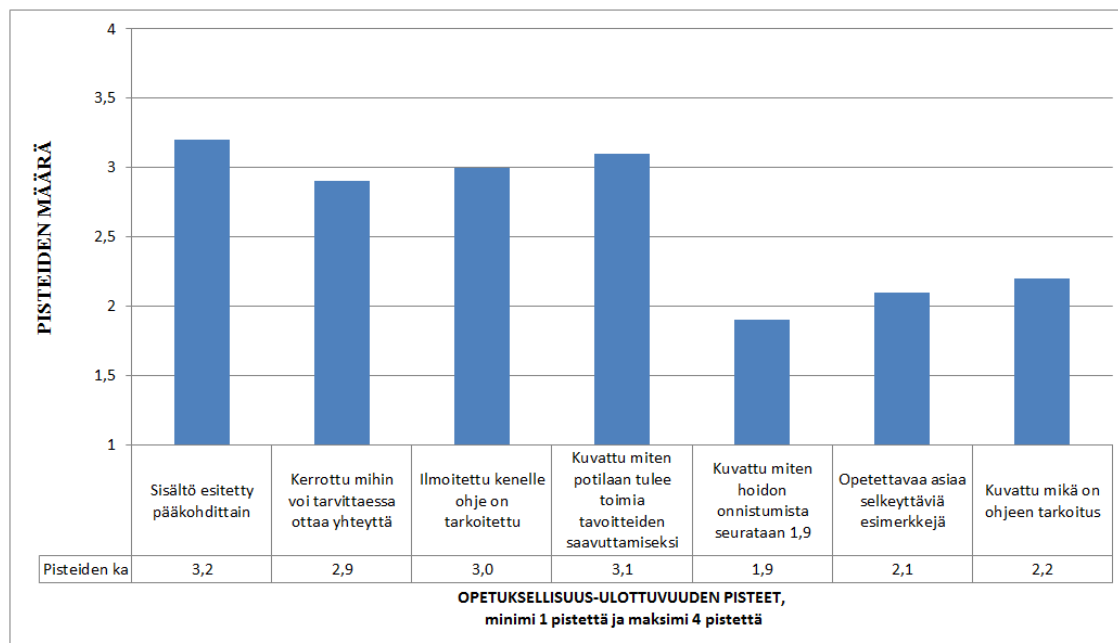
5.2.2 Opetuksellisuus

Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen opetuksellisuus-ulottuvuutta arvioitiin seitsemän kohdan kautta, minimipisteiden ollessa 7 ja maksimin 28 pistettä. Tutkimusaineiston (n = 50) opetuksellisuus-ulottuvuuden toteutumisen pisteiden keskiarvo oli 18 pistettä, vaihteluvälin ollessa 7–27 pistettä (kuvio 8).



Kuvio 8. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen opetuksellisuus-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen (n = 50, vaihteluväli 7–27 pistettä)

Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuden opetuksellisuus-ulottuvuus toteutui *suuressa määrin* (kuvio 9) pisteiden keskiarvon ollessa 2,6 pistettä.

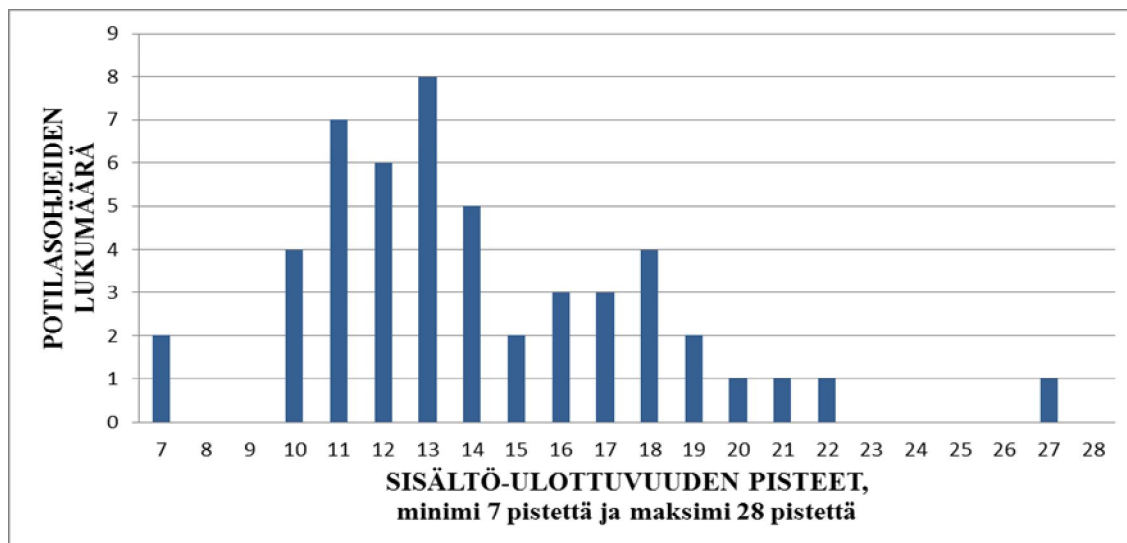


Kuvio 9. Opetuksellisuus-ulottuvuuden ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla (n = 50, vaihteluvälin pisteet 1,9–3,2)

Opetuksellisuus-ulottuvuuden pisteiden jakautumisessa oli jonkin verran vaihtelua. Opetuksellinen sisältö oli esitetty pääkohdittain, vaikka aina se ei ollut selvää eikä selkeästi ilmaistu. Vain hieman yli puolessa (n = 26) oli kerrottu, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Yli puolessa (n = 30) potilasohjeista ei ollut ilmoitettu kenelle ohje oli tarkoitettu. Vain yksittäisissä potilasohjeissa (n = 2) oli kuvattu, mikä oli ohjeen tarkoitus. Joka kolmannessa ohjeessa (n = 15) oli kuvattu, miten potilaan tulisi toimia hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Opetettavaa asiaa selkeyttäviä esimerkkejä oli kuvattu vain yksittäisissä potilasohjeissa (n = 3). Vain yhdessä oli kerrottu, miten hoidon onnistumista seurataan.

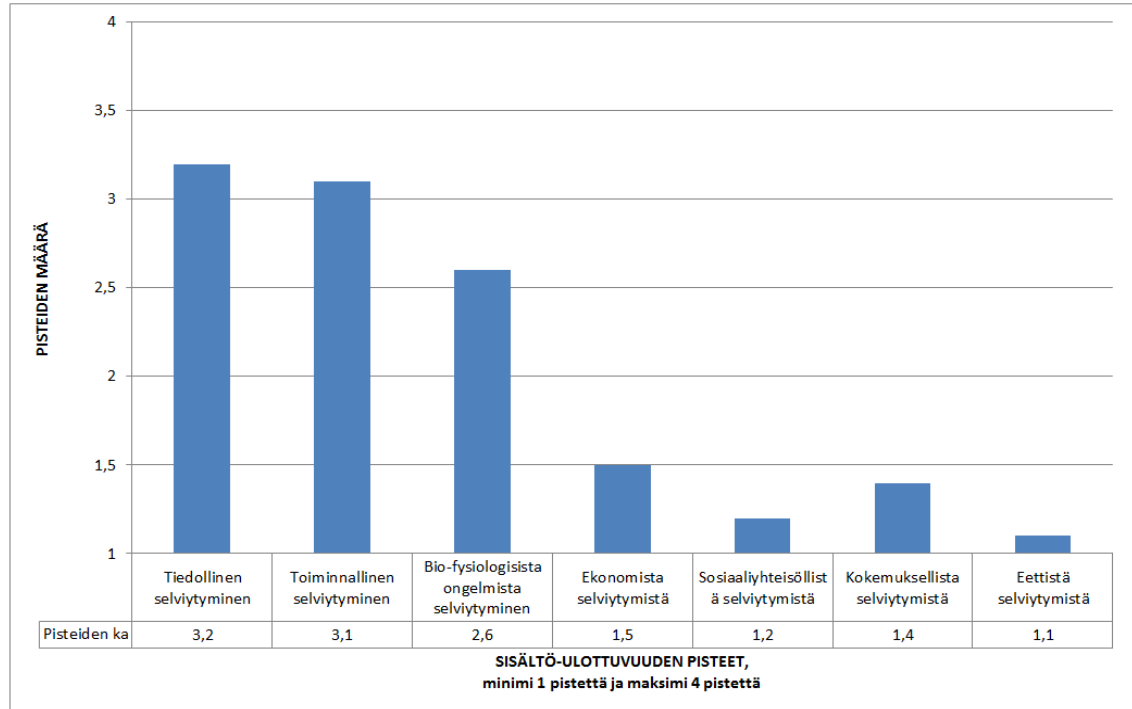
5.2.3 Sisältö

Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen sisältö-ulottuvuutta arvioitiin seitsemän kohdan kautta, minimipisteiden ollessa 7 ja maksimin 28 pistettä. Tutkimusaineiston (n = 50) sisältö-ulottuvuuden toteutumisen pisteiden keskiarvo oli 14 pistettä, vaihteluvälin ollessa 7–27 pistettä (kuvio 10).



Kuvio 10. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen sisältö-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen (n = 50, vaihteluvälin pisteet 7–27 pistettä)

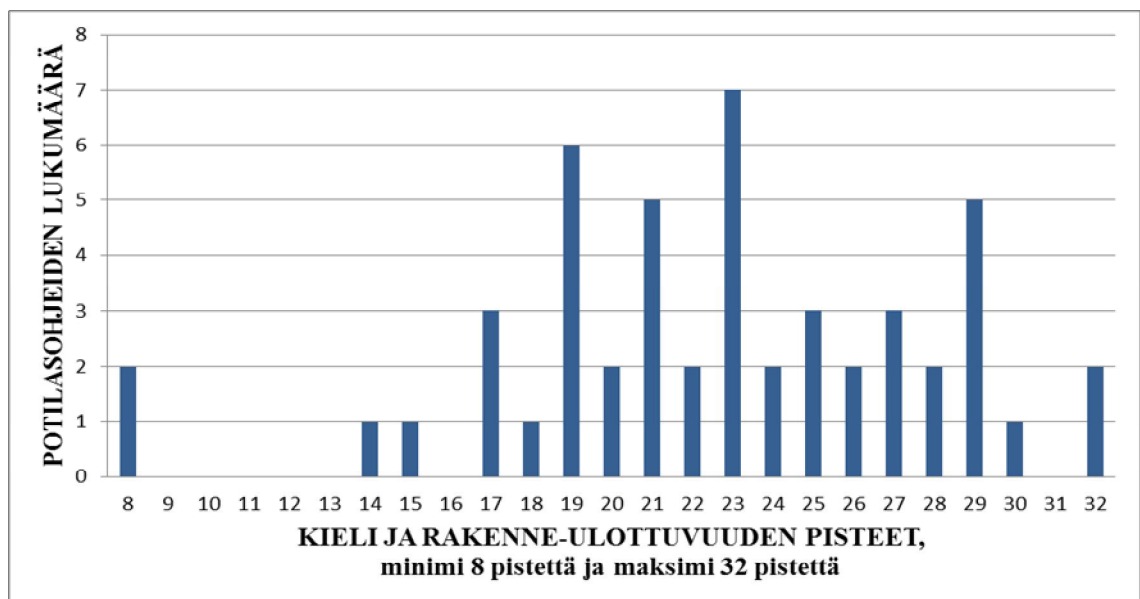
Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuden sisältö-ulottuvuus toteutui *vähäisessä määrin* (kuvio 11) pisteiden keskiarvon ollessa 2,0 pistettä. Pääasiallisesti sisältö keskittyi tiedolliseen selviytymiseen, jolloin oli kerrottu toimenpiteeseen liittyen lääketieteelliset tiedot. Toiminnallisessa selviytymisessä sisältö koski yhteydenotto kehotusta ongelmatilanteissa, eikä varsinaisesti opastettu tai ohjeistettu, miten potilas voisi itse toimia tai miten tietty asia vaikuttaa toiseen esimerkiksi kivun vaikutus liikkumiseen. Potilasohjeissa oli jonkin verran huomioitu bio-fysiologista puolta, jossa huomio kiinnittyy potilaan tuntemuksiin ja fyysisten oireiden tunnistamiseen. Eettistä, sosiaaliyhteisöllistä ja kokemuksellista selviytymistä esiintyi vain yksittäisissä potilasohjeissa.



Kuvio 11. Sisältö-ulottuvuuden ominaisuuksien toteutuminen pisteiden keskiarvolla (n = 50, vaihteluvälin pisteet 1,1–3,2)

5.2.4 Kieli ja rakenne

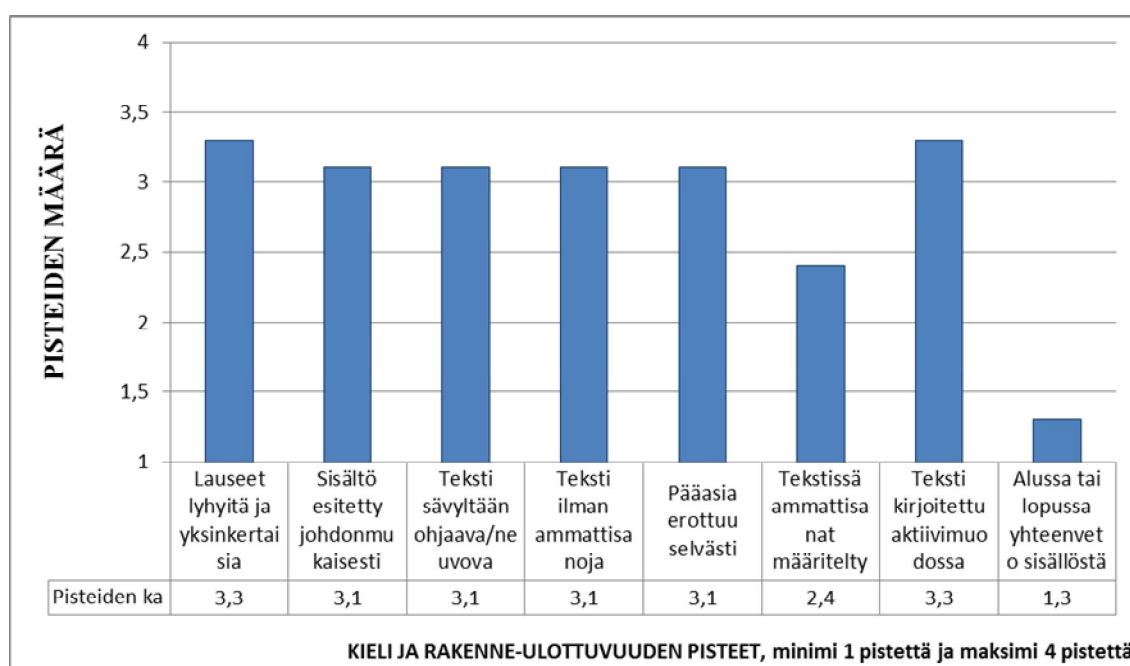
Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kieli ja rakenne-ulottuvuutta arvioitiin kahdeksan kohdan kautta, minimipisteiden ollessa 8 ja maksimin 32 pistettä. Tutkimusaineiston (n = 50) kieli ja rakenne-ulottuvuuden toteutumisen pisteiden keskiarvo oli 23 pistettä, vaihteluvälin ollessa 8–32 pistettä (kuvio 12).



Kuvio 12. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kieli ja

rakenne-ulottuvuuden pisteiden jakautuminen (n = 50, vaihteluvälin pisteet 8–32 pistettä)

Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuden kieli ja rakenne ulottuvuus toteutui *suurella määrin* (kuvio 13) pisteiden keskiarvon ollessa 2,8 pistettä. Potilasohjeiden lauseet olivat lyhyitä ja yksinkertaisia sekä suurella määrin sävyllään ohjaavia ja aktiivimuodossa olevia. Vain yksittäisissä potilasohjeissa (n = 6) oli käytetty vierasperäisiä tai ammattisanoja, joita ei ollut määritelty tarkemmin. Eniten puutteita esiintyi sisällön yhteenvedossa, joita oli vain kahdessa potilasohjeessa.



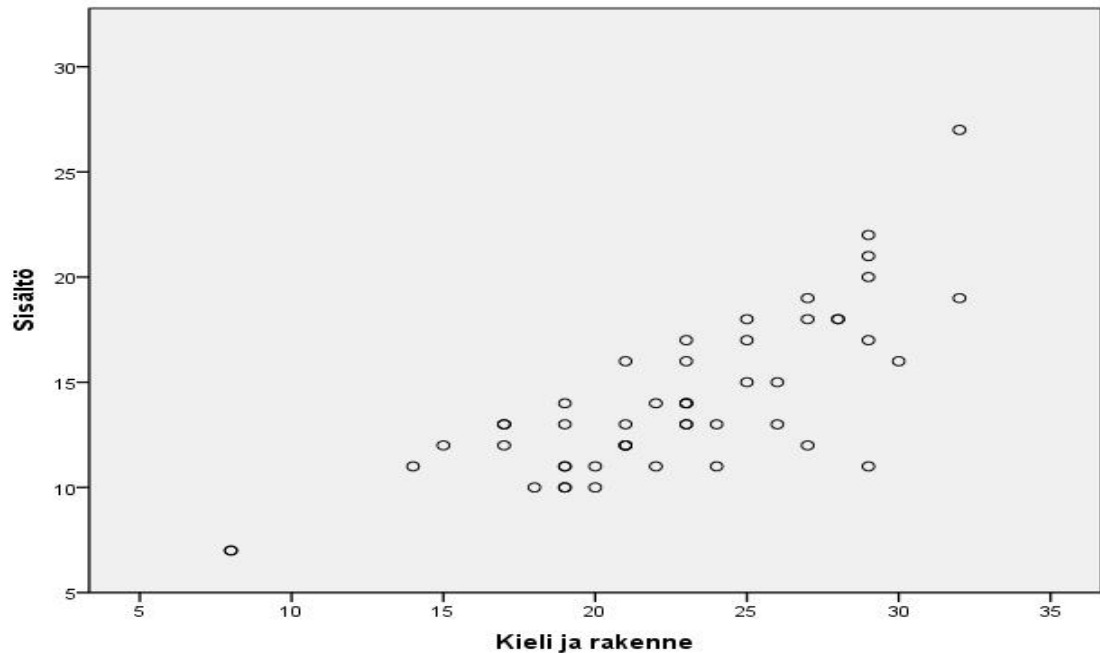
Kuvio 13. Kieli ja rakenne-ulottuvuuden ominaisuuksien toteutumisen pisteiden keskiarvolla (n = 50, vaihteluvälin pisteet 1,3–3,3)

5.2.5 Eri ominaispiirteiden toteutumisen yhteisvaikutukset

Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumista arvioitaessa nelitasoisella asteikolla toteutuivat parhaiten ulkoasun sekä kielen ja rakenteen ominaisuudet. Ominaisuuden toteutuminen oli sitä parempaa, mitä enemmän pisteitä tuli. Ominaisuuksien toteutumisella oli vaikutusta toisiinsa. Tällöin yhden ulottuvuuden ominaisuuksien toteutuessa hyvin, oli toisenkin ulottuvuuden ominaisuuden toteutuminen parempaa. Erityisesti tämä ilmeni kielen ja rakenteen vaikutuksesta muiden ominaisuuksien toteutumiseen. Selkeimmät vaikuttavuussuhteet olivat kieli ja

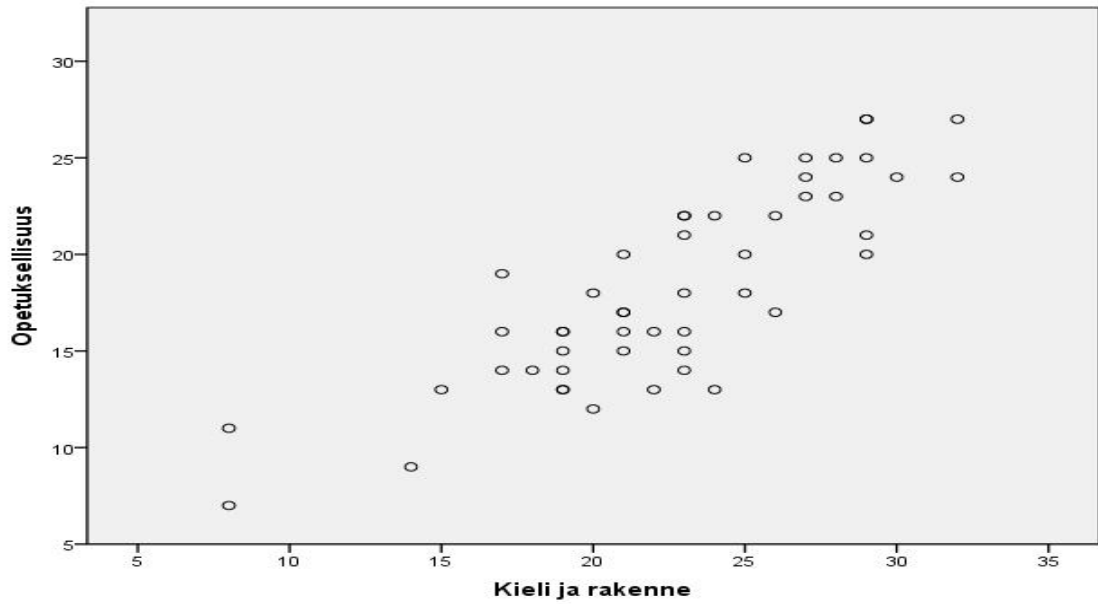
rakenne-ulottuvuudella sisältöön ja opetuksellisuuteen, sekä opetuksellisuus-ulottuvuudella kirjallisten potilasohjeiden sisältöön.

Kieli ja rakenne-ulottuvuuden toteutuessa hyvin olivat myös kirjallisen potilasohjeen sisältö-ulottuvuuden ominaisuudet toteutuneet hyvin (kuvio 14).



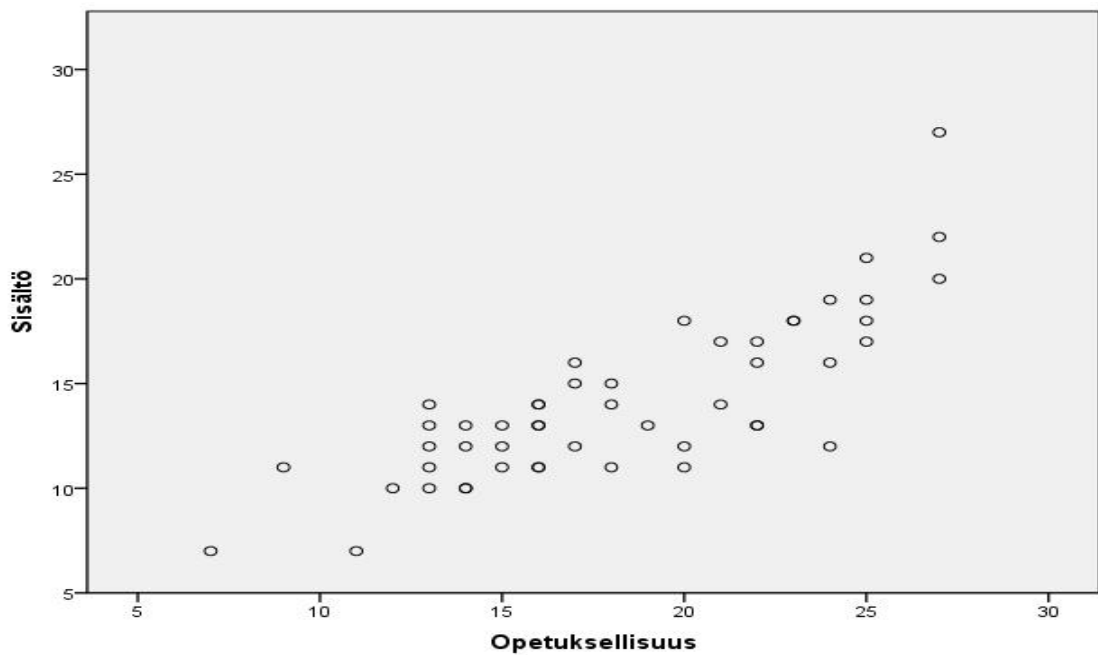
Kuvio 14. Kielen ja rakenteen (minimipisteet 8 ja maksimipisteet 32) sekä sisällön (minimipisteet 7 ja maksimipisteet 28) suhde hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisessa (n = 50)

Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kieli ja rakenne-ulottuvuudella oli positiivinen vaikutusta myös potilasohjeiden opetuksellisuus-ulottuvuuden toteutumisessa. Kirjallisten potilasohjeiden opetuksellinen ominaisuus toteutui sitä paremmin, mitä parempaa kieli ja rakenne oli (kuvio 15).



Kuvio 15. Kielen ja rakenteen (minimipisteet 8 ja maksimipisteet 32) sekä opetuksellisuuden (minipisteet 7 ja maksimipisteet 28) suhde hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisessa (n = 50)

Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutuminen opetuksellisuusulottuvuudella oli vaikutusta sisältöön. Potilasohjeiden sisältö oli sitä parempaa, mitä paremmin opetuksellisuuden ominaisuus toteutui saaden korkeampia (kuvio 16).

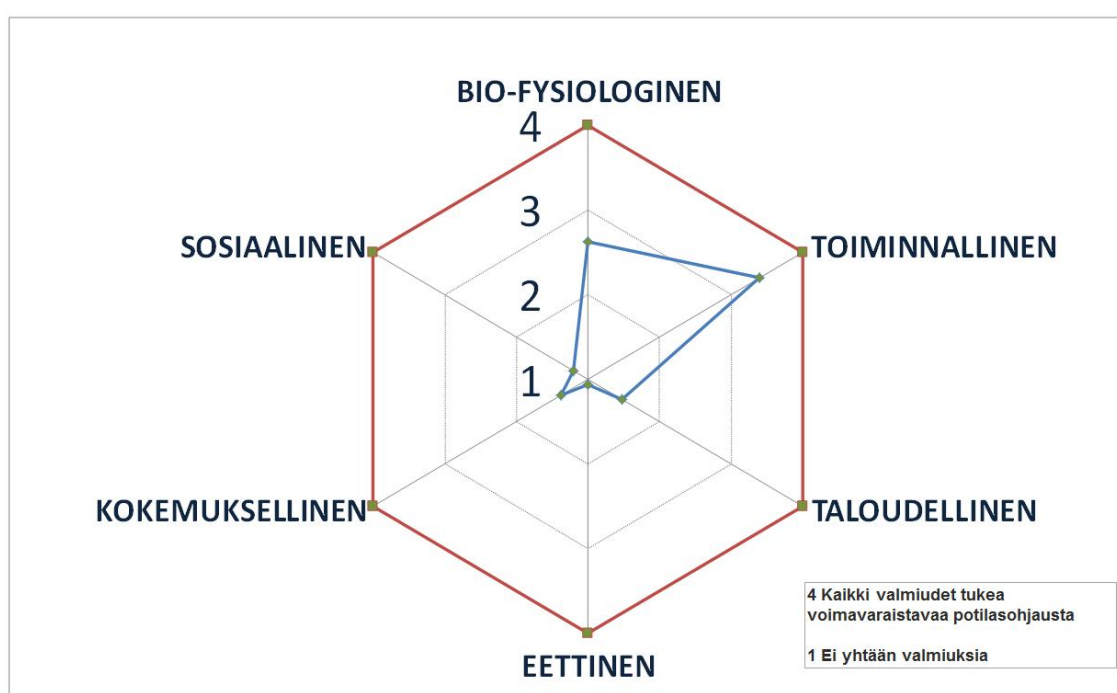


Kuvio 16. Opetuksellisuuden (minipisteet 7 ja maksimipisteet 28) ja sisällön

(minipisteet 7 ja maksimipisteet 28) suhde hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisessa (n = 50)

5.3 Potilasohjeiden valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta

Pääasiallisesti potilasohjeissa (N = 237) painottui toiminnallinen ja bio-fysiologinen voimavaraistumisen ulottuvuuksista (kuvio 17). Yksittäisten potilasohjeiden valmiuksissa tukea voimavaraistavaa potilasohjausta oli huomattavia eroavaisuuksia. Potilasohjeissa (N = 237) oli niukasti kerrottu, kuvattu, ohjeistettu tai neuvottu, miten potilas voisi itse toimia kotonaan edistääkseen terveyttä, hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen tai omalla toiminnallaan torjua infektioita.



Kuvio 17. Potilasohjeiden valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta (N = 237)

5.3.1 Toiminnallinen ulottuvuus

Parhaimmat valmiudet tukea voimavaraistavaa potilasohjausta oli toiminnallisella ulottuvuudella, kun arvioinnissa käytettiin asteikkoa 1 = Ei yhtään valmiuksia – 4 Kaikki valmiudet tukea voimavaraistavaa potilasohjausta. Kaikkien potilasohjeiden (N = 237) keskiarvo oli 3,4 pistettä, ollen 85 % tässä tutkimuksessa asetuista pisteasteikon kriteereistä. Toiminnallisen ulottuvuuden tavoitteena on ohjeistaa, miten potilas itse voi toimia tai miten ei kannatta toimia. Tämä ulottuvuus ilmeni ohjeistettaessa ottamaan

yhteyttä, olemaan syömättä ennen toimenpidettä tai vaihtamalla sidokset toimenpiteen jälkeen.

”Tarvittaessa voitte soittaa päiväkirurgian osastolle arkisin...”
(potilasohje 1044)

”Valmistautuminen kotona: Peseytykää huolellisesti leikkausta edeltävänä iltana. Älkää poistako ihokarvoja ennen sairaalaan tuloa tulehdusriskin takia ... Muistakaa olla syömättä.” (potilasohje 5057)

”Poistakaa päällimmäiset sidokset ___vrk:n kuluttua. Jos sidokset likaantuvat tai kastuvat (haava vuotaa), poistakaa likaantuneet sidokset ja rasvalappu välittömästi. (potilasohje3010)

Erityisesti toiminnallinen ulottuvuus tuli esille haavahoitoon liittyen.

”Haava kannattaa suihkuttaa lämpimällä vedellä ainakin kerran päivässä, mutta ei hangata.” (potilasohje 1018)

”Peskää kädet ennen sidoksen poistamista. ... Kuivatkaa haavan seutu puhtaalla pyyhkeellä painelemalla, ei hankaamalla, jotta haavapinta ei rikkoutuisi.” (potilasohje 3012)

Toiminnallisuuden ulottuvuutta ilmeni myös apuvälineiden käytön ohjaamisessa sekä toimenpiteestä toipumiseen liittyvästä toiminnasta.

”Tarvittaessa käytäkää kynärsauvoja liikkumisen apuna.” (potilasohje 5030)

”Teidän on hyvä levätä ainakin seuraavaan päivään saakka, sillä lääkkeiden väsyttävä vaikutus voi kestää jopa 24 tuntia. Tänä aikana autolla ajo on kielletty, samoin ulkoilu ilman saattajaa.” (potilasohje 2016)

Osassa potilasohjeissa toiminnanohjeistus oli ilmaistu luettelomaisesti lyhyesti ja selkeästi ilmaistuna. Tällöin toiminta liittyi jostakin tehtävästä suoriutumiseen, kuten katetrihoidon yhteydessä tai haavahoidoissa.

”Rakonkoulutus:

- *Voitte pitää katetrin korkilla suljettuna, ellei lääkäri ole toisin määrännyt.*
- *Tyhjentäkää rakko useammin, jos normaalisti virtsattu ja katetrista laskettu virtsamäärä on yhteensä yli 400ml” (potilasohje 2011)*

”Näin huuhtelette:

- *Ottakaa pöydälle valmiiksi huuhteluneste, ruisku ja varakorkki....*
- *Peskää kädet saippualla ja kuivatkaa huolellisesti.*
- *Ottakaa huuhtelunestettä ruiskuun ja asettakaa ruisku suoja-paperiin odottamaan käyttöä.” (potilasohje 4005)*

”Haava on pidettävä puhtaana.

- *Kuivaa haavaa ei peitetä.*
- *Jos haava erittää, se peitetään puhtain haavataitoksin.*
- *Jos haava erittää runsaasti, sidos kastuu tai likaantuu, se vaihdetaan uuteen” (potilasohje 1015)*

5.3.2 Bio-fysiologinen ulottuvuus

Toiseksi eniten valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta oli bio-fysiologisella ulottuvuudella. Potilasohjeiden (N = 237) valmius tukea voimavaraistavassa potilasohjauksessa bio-fysiologista selviytymistä sai pisteiden keskiarvoksi 2,6 (asteikolla 1–4). Bio-fysiologinen ulottuvuus keskittyy potilaan fyysisten oireiden ja tuntemusten tunnistamiseen, ja siinä käsitellään sairauteen, terveyteen ja hoitoon liittyviä asioita. Tutkimuksen aineistona olevissa potilasohjeissa kerrottiin, miten kuuluu toimia terveyttä edistävästi ennen toimenpidettä ja sen yhteydessä. Lisäksi potilasohjeissa oli kerrottu toipumista edistävästä ja tulehduksia estävistä tekijöistä.

”Painoa voi pudottaa toimenpidettä edeltävästi, jotta leikkaus onnistuisi mahdollisimman hyvin” (potilasohje 1061)

”Lääkäri on suositellut Teille virtsarakon kaulan ja eturauhasen halkaisuleikkausta (TUIP = transurethral incision of prostate). Sitä käytetään lieväasteisen eturauhasen liikakasvun aiheuttaman virtatietukoksen hoidossa silloin kun lääkehoidolla ei ole saavutettu riittävän hyvää tulosta.” (potilasohje 3006)

”Hyvä ravitseminen ennen toimenpidettä nopeuttaa toipumista. Monipuolinen ravinto, joka sisältää paljon vitamiineja ja kivennäisaineita nopeuttaa haavan paranemista ja tekonivelen kiinnittymistä luuhun” (potilasohje 2001)

”Tulehduksen torjumiseksi annetaan antibioottia 2 vuorokauden ajan. Leikkauksen aikana teille asetetaan putki virtsateitä pitkin virtsarakkoon (kestokatetri).” (potilasohje 4012)

”Kestokatetrin poiston jälkeen virtsaa yleensä aluksi karkaa. Voimakasta karkailua tapahtuu ensimmäisten päivien ja joskus viikkojenkin aikana.” (potilasohje 4014, eturauhassyövän leikkauksen jälkeinen kotiohje)

Kuitenkin lähes neljänneksessä (n = 57) potilasohje ei sisältänyt ollenkaan tietoa, mistä sairaudesta on kyse tai mihin toimenpiteeseen potilas on tulossa. Näistä potilasohjeista yli puolet (n = 30) toimenpideyksikkö oletettavasti täyttää potilasohjaustilanteessa tai juuri sitä edeltävästi esitetyjen otsikoiden mukaan. Tällöin potilasohjeen tiedot käsittelivät toimenpidepäivää, yhteydenottoajankohtaa tai haavahoitoa.

”Haava: _____ Ottakaa yhteyttä: _____” (potilasohje 3001)

”Sidoksia voi tarvittaessa keventää ____/____.” (potilasohje 5039)

5.3.3 Taloudellinen ulottuvuus

Potilasohjeiden (N = 237) valmiudet tukea voimavaraistumisen taloudellista ulottuvuutta olivat hyvin vaihtelevat pisteiden keskiarvon ollessa 1,5 (asteikolla 1–4). Kyseisessä ulottuvuudessa tulisi käsitellä hoidon kustannuksia, sairaalamaksuja, sairauslomia ja kenen puoleen tulisi kääntyä taloudellisiin asioihin liittyen. Potilasohjeissa ei kuitenkaan ollut ohjeistusta, miten toimia ongelmatilanteissa, mistä saa tietoa etuuksista tai kehen tulee olla yhteyksissä, jos tulisi tarve esimerkiksi sairauslomalle, apuvälineille tai hoitotarvikkeille. Yleisintä oli viitata sairauslomaan kertomalla sen kesto. Vain yhdessä ohjeessa (3011) oli kerrottu KELAn matkakorvauksista.

”Sairasloman pituus on yleensä kaksi viikkoa.” (potilasohje 5063)

”Sairaalamatkat Kela korvaa yleisen kulkuneuvon taksan mukaan”.
(potilasohje 3011)

Viitattaessa taloudelliseen ulottuvuuteen potilasohjeiden sisältö koski toimenpiteestä toipumisen pituutta, sosiaalihoitajan palveluja ja korvauksia.

”Paraneminen kestää useita viikkoja.” (potilasohje 1054)

”Sairaalassa oloaika on yleensä noin 1-2vrk ja sairausloman kesto on noin 1-2viikkoa....Jälkitarkastus on urologian poliklinikalla noin 3 kuukauden kuluttua.” (potilasohje 4009)

”Sosiaalityöntekijä on käytettävissä mahdollisten sairaala-infektioon liittyvien asioiden selvittelyssä sekä kotiinpaluu- että mahdollisten jatko-hoito-ongelmien ratkaisemisessa.” (potilasohje 3002)

”Näytteenotosta ja hinnoista voitte tiedustella XXX puh. XXX”
(potilasohje 2009)

5.3.4 Kokemuksellinen ulottuvuus

Kokemuksellinen ulottuvuus esiintyi vain muutamissa potilasohjeissa keskiarvon ollen 1.4 pistettä (asteikolla 1–4). Ulottuvuuden alueella tarkastellaan aiempien kokemusten ja tunteiden vaikutusta nykyisen terveysongelman hoitoon, hallitsemiseen ja siitä selviytymiseen. Potilaan aikaisempia kokemuksia tai kyseisestä tilanteesta syntyneitä tunteita ja kokemuksellisuutta ei selkeästi potilasohjeissa esiintynyt. Potilasohje, jossa kokemuksellinen ulottuvuus esiintyi vahvana valmiutena tukea voimavaraistavaa potilasohjausta, oli yleensä kyseessä syöpäpotilaille kohdennettu potilasohje. Pääasiallisesti kokemuksellisen ulottuvuuden sisältö liittyi potilaan turvallisuuden tunteen varmistamiseen.

”Teiltä on poistettu toinen munuainen syövän tai muun syyn vuoksi. Jatkossa tulette toimeen yhdellä munuaisella. Sairaalassaoloaika on 5-7 vuorokautta.” (potilasohje 4006)

Kokemukselliseen ulottuvuuteen liittyvät aiheet olisivat voineet sopia myös muiden ulottuvuuksien valmiudeksi, erityisesti bio-fysiologisen ja sosiaalisen ulottuvuuden.

”Mieshormonitoiminnan vähentyessä myös seksuaalinen halukkuus ja erektiokyky heikkenee.... Alentunutta erektiokykyä voidaan hoitaa erilaisilla lääkkeillä ja apuvälineillä. Lisätietoja asiasta saatte tarvittaessa osastolla lääkäriltä tai hoitajalta. Näiden sivuvaikutusten hoitotarve arvioidaan myöhemmin tullessanne jälkitarkastukseen urologin vastaanotolle sairaalaan.” (potilasohje 5001, eturauhassyövän kivesten hormonia tuottavan osan poistoleikkaus)

5.3.5 Sosiaalinen ulottuvuus

Potilasohjeiden valmiudet tukea sosiaalisen ulottuvuuden kautta voimavaraistavaa potilasohjausta oli kohtuullisen heikkoa pisteiden keskiarvon ollessa 1,2 (asteikolla 1–4). Sosiaalisen ulottuvuuden alueella ohjeistetaan, miten toimia yhteisön jäsenenä kotona ja töissä, miten toimenpiteeseen liittyvät asiat vaikuttavat sosiaaliseen kanssakäymiseen, tai miten sosiaalinen verkko tukee potilaan selviytymistä. Aineiston potilasohjeissa sosiaalisen ulottuvuuteen viittaava sisältö liittyi turvallisuuteen kotona, seksuaalisuuteen, sosiaalisen elämän jatkumiseen sekä sosiaalisiin tukiverkkoihin.

”Teillä tulee olla aikuinen hakija, joka on tavoitettavissa puhelimitse leikkauksen jälkeen. Kotiinkuljetus tapahtuu hakijan autolla tai taksilla. Kotona Teillä tulee olla aikuinen seuralainen seuraavaan aamuun.”
(potilasohje 5015)

”Kotiutuessa on tärkeitä:... huolehtia kotona selviytymisestä.”
(potilasohje 3003)

”Seksuaalinen halukkuus ja erektiokyky heikentyvät. Kuumia aaltoja ja hikoilua esiintyy noin puolella potilaista.... Tarkempia tietoja saatte numerosta....” (potilasohje 4007)

”Normaalielämään kuten liikuntaan, työhön ja harrastuksiin voi palata heti, kun haavakipu hellittää.” (potilasohje1087)

”Katetri ei ole este ulkoilulle tai liikumiselle....Virtsankeräyspussi kiinnitetään aina virtsarakon alapuolelle esim. tarranauhoilla reiteen tai erilliseen reiteen kiinnitettävään taskuun.” (potilasohje 5014)

”Sosiaalityöntekijä voi auttaa tarvittaessa teitä järjestämällä tarvittavaa kotiapua ja antamalla tietoa sosiaaliturva-asioista (esim. lääkekustannuksista, sairaalamaksuissa).... Pyytäkää myös apua naapureilta, omaisilta tai ystäviltä päivittäisissä toiminnoissa.”
(potilasohje 1061)

5.3.6 Eettinen ulottuvuus

Aineistosta heikoimmat valmiudet tukea voimavaraistavaa potilasohjausta oli eettisellä ulottuudella, jonka keskiarvo oli 1,06 (asteikolla 1-4). Ulottuvuudessa tulisi käsitellä potilaan koskemattomuuteen, ainutkertaisuuteen sekä oikeuksiin, kuten potilasasiamieheen liittyviä asioita. Potilasohjeissa ei viitattu potilasasiamieheen edes haavainfektioita tai toimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden käsittelyiden

yhteydessä (potilasohjeet 3004, 1061). Potilasohjeiden eettiseen ulottuvuuteen liittyvä sisältö ilmeni rehellisyyteen tai omaan osallistuvuuteen kannustamisessa.

”On oikein muistuttaa, jos huomaat henkilökunnan, vierailijoiden tai muiden potilaiden laistavan käsihygieniasta.” (potilasohje 4001)

”Itse voit vaikuttaa hoitoosi aktiivisella osallistumisella, ja kyselemällä sinulle epäselvistä asioista.” (potilasohje 3002)

5.4 Potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö

Aineistosta (N = 237) pelkästään hygieniaohteita ja infektioiden torjuntaan liittyviä asioita käsitteli kolme potilaille tarkoitettua ohjetta. Yksi ohjeista oli yhdeksän (9) sivun pituinen ja käsitteli pelkästään haavainfektioita. Tämä potilasohje oli kohdennettu potilaille, joilla on jo haavainfektio. Kaksi muuta oli sairaalan infektioiden torjunnasta vastaavan yksikön tekemä käsihygieniaohte kaikkille sairaalaan tuleville potilaille. Toinen näistä oli vuonna 2012 tehty, ja se sisälsi kuvalliset ohjeet käsihuuhteen käytöstä sekä tietoa käsihygienian merkityksestä potilasturvallisuuteen. Kolmannessa potilasohjeessa oli kerrottu oman hygienian säännöistä ja käsihygienian merkityksestä ”taudinaiheuttajiin”. Kyseinen ohje ei sisältänyt tietoja organisaatiosta, tekijästä tai tekoajankohdasta. Sen perusteella ei voinut myöskään päätellä kenelle ohje on tarkoitettu.

”Hyvä käsihygienia estää sairaalainfektioita.” (potilasohje 4001)

”Käytä käsihuhdetta ohjeiden mukaisesti.” (potilasohje 3002)

”Pese kädet huolellisesti aina WC-käynnin jälkeen, ennen ruokailua ja jos kätesi ovat näkyvästi likaiset.” (potilasohje 4001)

”Vältä koskettelemasta turhaan sinussa olevia katetreja, laskuputkia, kanyyleitä ja haavasidoksia.” (potilasohje 1099)

Muutoin potilasohjeiden (N = 237) infektioiden torjuntaan liittyvä sisältöä esiintyi vaihtelevasti. Pääasiallisesti (77 %, n = 182) potilasohjeiden infektioiden torjuntaan

liittyvä sisältö oli esitetty epäsuorasti. Tällöin sisältö oli kerrottu ensisijaisen vaikutuskohteen kautta, eikä asiasisällön vaikutuksesta infektioiden syntyyn ollut viitattu.

”Ylipaino kuormittaa etenkin lanneselkää ja siten myötävaikuttaa myös leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen ja selkäongelmien syntyyn.”
(potilasohje 1100, 1101)

Potilasohjeista vain 23 % (n = 55) sisälsi suoran viittauksen infektioiden torjuntaan viittaamalla asiasisällön vaikutuksesta tai merkityksestä leikkausalueen infektiioon. Suoraan infektioiden torjuntaan liittyviä asioita sisältävistä potilasohjeista 80 % ohjeisti huolehtimaan käsihygieniasta käsiteltäessä haava-aluetta. Tällöin käsihygieniaa ohjeistettiin joko käsien pesun tai koskettelun välttämisen kautta.

”Tulehdusten välttämiseksi kädet pestään ennen katetrin käsittelyä ja myös sen jälkeen.” (potilasohje 4008).

”Välttää haavojen koskettelua tulehdusvaaran vuoksi.” (potilasohje 1080)

Kaiken kaikkiaan potilasohjeista oli nähtävillä kolme teemaa, joiden mukaan infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö luokiteltiin (taulukko 4). Ensimmäinen teema käsitteli potilaan riskitekijöitä, jotka usein oli esitetty epäsuorasti infektioiden torjuntaan liittyen. Sen lisäksi teemat jakautuivat ennen toimenpidettä (liite 7) ja sen jälkeen (liite 8) oleviin kokonaisuuksiin.

Taulukko 4. Kaikkien potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö sekä niiden esiintyvyys teemoittain

Infektioiden torjuntaan liittyvät sisältö (3) ja teemojen esiintyvyys		
	%	n=
Potilaan riskitekijät		
Ravitsemustaso	20	47
Diabeetikon verensokeritaso	15	36
Tupakointi	30	71
Ylipaino	40	95
MRSA kantajuus	20	47
Preoperatiivinen hoitotyö		
Mahdollisimman lyhyt sairaalahoito	50	116
Verensiirto	5	12
Ihon puhdistus	45	107
Ihokarvojen poisto	30	71
Postoperatiivinen hoitotyö		
Dreenit	25	59
Haavojen koskettelu	60	142
Haavojen hoito	40	95
Käsien pesu	60	141
Yhteystiedot	42	100
Haavainfektion tunnistaminen	30	71
Haavainfektioiden ilmoittaminen	3	7

5.4.1 Potilaan riskitekijät

Ensimmäinen teema käsitteli potilaan infektioiden torjuntaan liittyviä riskitekijöitä, jotka ajoittuivat niin toimenpiteen jälkeen kuin sitä edeltävästikin. Yleisin riskitekijä oli ylipaino, jonka kerrottiin vaikuttavan leikkauksesta toipumiseen, vaikka toissijainen vaikutus on myös infektioiden torjuntaan liittyvä sen vaikuttaessa infektioiden syntyyn, ja sitä kautta leikkauksesta toipumiseen.

”Ylipaino hidastaa leikkauksesta toipumista ja haavan paranemista.”
(potilasohje 2001)

Tyypillistä olikin, että perussairaudet kuten ylipaino, perusterveys tai diabeteksen kerrottiin vaikuttavan vain toimenpiteestä toipumiseen, eikä niiden vaikutusta infektioiden syntyyn vaikuttavana tekijänä korostettu.

”Ennen leikkausta:... Mahdollisten perussairauksienne (mm. sokeritauti, verenpainetauti) on oltava hallinnassa.” (potilasohje 1103)

”Monipuolinen ja terveellinen ravinto edistävät toipumistanne”
(potilasohje 1114, 1115, 1116, 1117)

Suoraan infektioiden torjuntaan liittyvät teemat potilaan riskitekijöissä liittyvät erityisesti vierasesinekirurgiaan.

”Koska tekonivel on vierasesine ihmisen kehossa, saattavat bakteerit aiheuttamat tulehdukset pesiä tekoniiveen.” (potilasohje 2001)

5.4.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Toinen teema käsitteli preoperatiiviseen hoitotyöhön liittyvää infektioiden torjunnan sisältöä. Yleisintä oli viitata epäsuorasti mahdollisimman lyhyen sairaalahoidon vaikutuksesta infektioiden syntyyn. Tämän lisäksi tyypillistä oli viitata ihon puhtauden ja kunnan vaikutuksesta infektioihin.

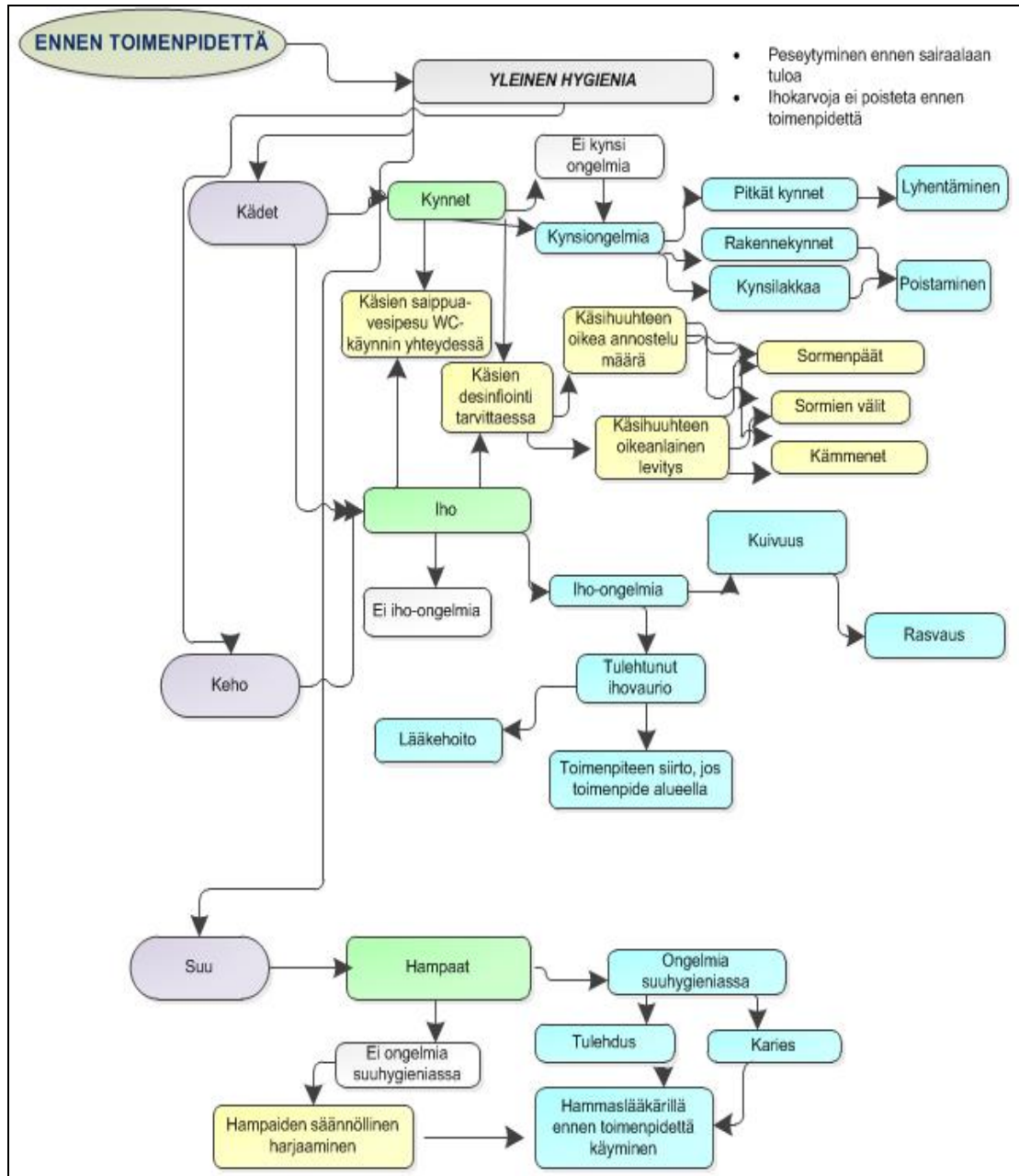
”Toimenpiteen jälkeen seuranta-aika on noin 3-6 tuntia.” (potilasohje 1053)

”Peseytykää edellisenä iltana saunassa tai suihkussa.” (potilasohje 2010)

”Leikkausta ennen tulee leikkausalueen ihon olla terve.” (potilasohje 1019)

”Vältä ihorikkoja (haavat, nirhaumat, rakot).” (potilasohje 2004)

Ennen toimenpidettä suoraan potilasohjeissa ilmenevä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö oli keskittynyt yleiseen hygieniaan, jolloin kategorioina oli nähtävillä käsiin, kehoon ja suunhoitoon liittyvät hygienia toiminnot (kuviot 18).



Kuvio 18. Potilasohjeessa ennen toimenpidettä suoraan esiintyvä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö (N = 237)

Suoraan infektioiden torjuntaan liittyvissä sisällöissä käsiteltiin tiettyjen tilanteiden suoraa vaikutusta infektoihin, kuten ihokarvojen poistoa. Yksittäisissä potilasohjeissa oli varsinaista potilaan toiminnan ohjaamista, neuvontaa tai opastamista erityisesti suun hoidon osalta.

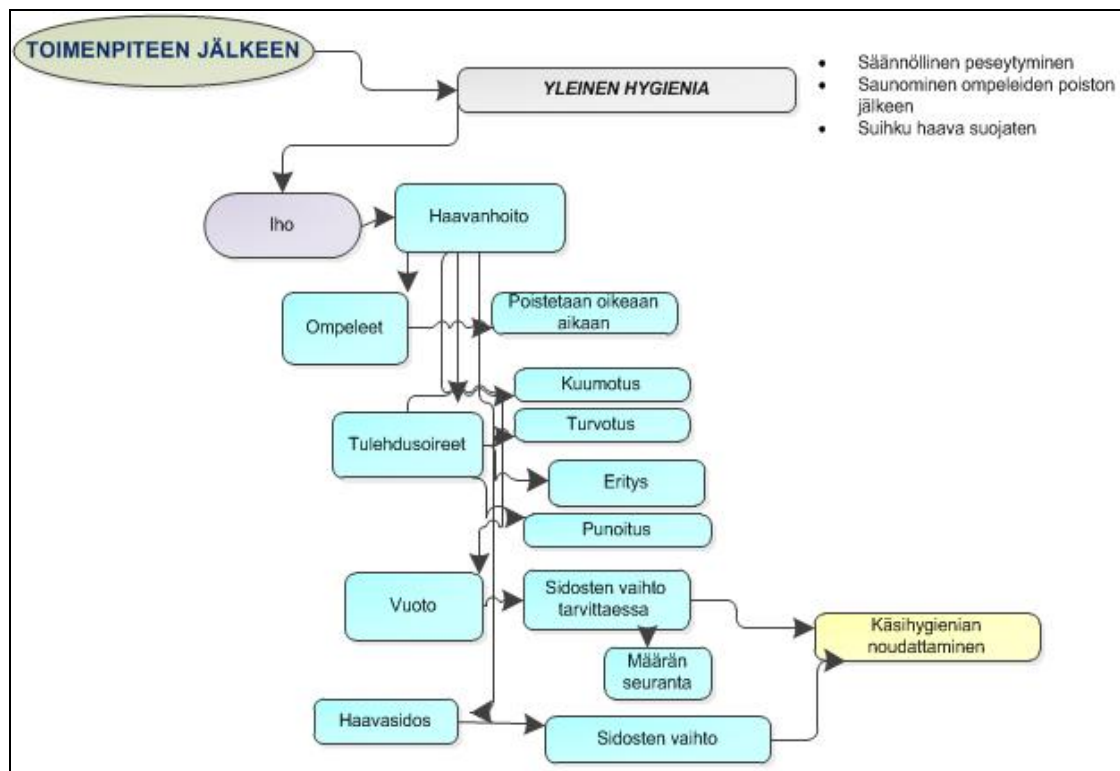
”Ihokarvat poistetaan polven alueelta osastolla juuri ennen toimenpidettä infektioriskin vähentämiseksi.” (potilasohje 5034)

”Myös hampaaton suu on tarkastettava tulehdusten poissulkemiseksi.

Hammaslääkärin tarkastus on voimassa puoli vuotta.” (potilasohje 2002)

5.4.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Kolmas teema, joka oli selkeästi yleisin, käsitteli postoperatiiviseen hoitotyöhön liittyvää infektioiden torjunnan sisältöä. Pääasiallisesti infektioiden torjuntaan liittyvät teemat oli esitetty suoraan ja usein ne liittyivät ihon tai haavan hoitoon (kuvio 19).



Kuvio 19. Potilasohjeessa toimenpiteen jälkeen suoraan esiintyvä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö (N = 237)

Toimenpiteen jälkeen ihon puhtauteen ja haavojen hoitoon, kuten peittämiseen oli kiinnitetty eniten huomiota.

”Puhtaus auttaa haavan paranemista.” (potilasohje 3012)

”Jos haava erittää runsaasti, sidos kastuu tai likaantuu, se vaihdetaan uuteen.” (potilasohje 1063, 1095)

”Kun haava on kuiva, voidaan se jättää avohoitoon ilman teippiä.”
(potilasohje 1110, 1113)

”Piikkien aluetta ei saa kastella ennen kuin iho on ehjä ja näyttää terveeltä.” (potilasohje 5040)

”Haavasidoksen voitte poistaa yhden päivän kuluttua.” (potilasohje 1082)

”Siteitä ei saa kastella, joten suihkussa käydessänne suojatkaa jalka tiiviisti muovipussilla.” (potilasohje 1079)

Myös käsihygienian toteuttamista oli ohjeistettu, vaikka vain yksittäisissä potilasohjeissa (n = 3).

”Ota huuhdetta kuiviin, puhtaisiin käsiin 2 painallusta (3-5ml), jota hierotaan joka puolelle käsiin, erityisesti sormenpäihin, peukaloihin ja sormien väliin, kunnes kädet ovat kuivat.” (potilasohje 1099)

”Kädet pestään ennen haavahoidon aloittamista. Haavan päältä poistetaan sidokset, jotka laitetaan suoraan suljettavaan pussiin. ...Kädet pestään haavahoidon jälkeen.” (potilasohje 1023)

Toimenpidepotilaalle tarkoitetuista potilasohjeista (n = 126) kolmannes sisälsi luettelon yhdestä tai useammasta oireesta, jolloin tuli olla yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisiin. Vain kaksi toimenpidepotilaalle tarkoitettua ohjeesta käsitteli haavainfektioita ja yhdisti oireet haavainfektioon sopiviksi. Näistä toinen oli preoperatiivisesti ja toinen postoperatiivisesti annettava potilasohje. Yhteydenottoon johtavat oireet olivat kipu (85 %), kuume (90 %), kuumotus (14 %), turvotus (20 %) ja punoitus (49 %).

”Mahdollisen haavatulehduksen merkkejä ovat leikkauksen jälkeen haava-alueelle ilmestyvä punotus, kuumetus, turvotus, voimakas kipu tai lämmönnousu. edellä mainitut oireet edellyttävät lääkärissä käyntiä.”
(potilasohje 5036, 5045)

”Leikkaushaava voi tulehtua. Mikäli haava erittää märkää tai punoittaa voimakkaasti tai Teille tulee kuumetta, Teidän on syytä ottaa yhteys leikkaukseensa lääkäriin tai sairaalan vuodeosastolle.” (potilasohje 1112)

”Ottakaa yhteyttä, jos rautojen seudussa tuntuu lisääntyvää kipua.”
(potilasohje 5040)

”Mikäli Teille ilmaantuu kuumetta, ottakaa yhteys omaan terveyskeskukseen.” (potilasohje 2015)

”Mikäli haavan ympäristö alkaa punoittaa, tuntuu kipua tai haava erittää märkäistä eritettä tulee ottaa yhteyttä...” (potilasohje 3008)

Vaikka yhteyttä kehoitettiin ottamaan erilaisissa tilanteissa, vain alle 20 % (n = 25) ohjeista sisälsi yhteystiedot. Tyypillisesti yhteystietoina olivat toimenpideyksikön tiedot, jotka oli sijoitettu joko potilasohjeen loppuun tai alaviitteeseen. Pääsääntöisesti kuitenkin tekstissä ei ollut viitattu oikeaan tahoon ottaa yhteyttä esimerkiksi päivystysaikana.

”Ottakaa yhteyttä, jos teillä ilmenee: kuumetta (yli 38C yli 1 vrk), katetrin juuresta valuu virtsaa tai katetria huuhdellessa huuhteluneste valuu iholle katetrin juuresta...” (potilasohje 4005)

”Mikäli haavassa tuntuu lisääntyvää kiristystä ja kipua, kuumotusta, turvotusta, haava vuotaa verta tai märkää tai Teille nousee kuumetta, ottakaa yhteys kotipaikkakuntanne terveyskeskukseen.” (potilasohje 2013)

”Jos tulee kuumetta tai jatkuvaa kovaa kipua, joka ei mene ohi kotilääkityksellä, on hakeuduttava oman alueen sairaalan päivystyspoliklinikalle.” (potilasohje 1069)

Potilasohjeista kaksi (n = 2) ohjeisti ottamaan yhteyttä infektioiden rekisteröintiä varten ja tällöinkin vain lääkärin toteamista infektioista.

”Mikäli lääkäri toteaa tulehduksen, ilmoittakaa siitä Lyhki-osastolle infektiotietojen rekisteröintiä varten.” (potilasohje 4015, 4016)

Virtsateihin liittyvien toimenpiteisiin liittyvistä potilasohjeista lähes kaikissa (85 %) oli ohjeistettu katetrin hoidosta ja puhtauden merkityksellisyydestä.

”Tulehdusten ehkäisemiseksi Teidän tulee huolehtia päivittäisestä alapesusta.” (potilasohje 5022)

”Kädet on pestävä ennen ja jälkeen katetrin hoidon.” (potilasohje 1066)

”Avatkaa katetrin korkki kiertämällä, älkää koskettako katetrin ja korkin – yhtymäkohtaa. Asettakaa korkki pöydälle ”puhtaasti” yhtymäkohta ylöspäin.” (potilasohje 4005)

”Nukkumaan mennessä virtsapussi ripustetaan virtsapussitelineeseen virtsarakon alapuolelle siten, että virtsa pääsee valumaan pussiin.” (potilasohje 5014)

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Aineisto koostui kirurgisessa hoidossa käytettävistä potilasohjeista (N = 237). Aineistoa voidaan pitää kuvaavana yliopistollisten sairaaloiden osalta, joskaan ei ole tietoa siitä, miten suuri osa potilasohjeista on saatu. Yleisellä tasolla potilasohjeet olivat yhden tai kahden sivun pituisia ja ne olivat tarkoitettu postoperatiiviseen käyttöön. Noin kolmas osa potilasohjeista oli päivitetty tai tehty viimeisen kolmen vuoden aikana. Tyypillisesti

potilasohjeita ei ollut kohdennettu lukijalle, vaan yleisimpänä verbimuotona käytettiin passiivia. Tässä kuitenkin oli eroavaisuuksia koko aineiston sekä osaotoksen suhteen, kun osaotoksessa oli enemmän käytetty aktiivimuotoa. Potilasohjeiden ulkoasu oli osassa organisaatioista yhtenäinen ja visuaaliseen ilmeeseen oli panostettu. Kuitenkin potilasohjeista vain murto-osa sisälsi toimintayksikön tiedot tai yhteystiedot, johon turvautua ongelmatilanteissa.

Potilasohjeiden (n = 50) laatua arvioitiin hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kautta (Salanterä ym. 2004). Parhaiten toteutuivat kielen ja rakenteen sekä ulkoasun ominaisuudet. Ulkoasullisesti potilasohjeissa oli käytetty selkeästi luettavaa kirjasintyyppiä, jonka koko oli 12 ja ISOJA kirjaimia oli käytetty vain vahvistamaan tiettyjä asioita. Potilasohjeiden sisällöt olivat suurissa määrin esitetty pääkohdittain ja ne myös tukivat suurella määrällä potilaan tiedollista selviytymistä. Lauseet olivat yksinkertaisia ja lyhyitä aktiivimuodoissa olevia. Kielen ja rakenteen ominaisuuden toteutuessa myös sisällön ominaisuudet ja opetuksellisuus toteutuivat hyvin, vaikka ominaisuuksien toteutuminen sisällön osalta oli kapeaa.

Potilasohjeiden (N = 237) valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta arvioitiin voimavaraistumisen kuuden ulottuvuuden ilmenemisen kautta. Ulottuvuuksista toiminnallinen ja bio-fysiologinen ulottuvuus ilmenivät huomattavasti muita enemmän. Potilasohjeiden välittämien lääketieteellisiä tietoja sekä kehottaessa ottaa yhteyttä. Potilasohjeissa oli kuitenkin niukasti kerrottu, neuvottu, kuvattu tai ohjeistettu, miten potilas voisi itse toimia edistääkseen terveyttä, hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen tai omalla toiminnallaan torjua infektioita. Näin olleet potilasohjeilla ei ollut kokonaisvaltaista valmiutta tukea voimavaraistavaa potilasohjausta yhdenkään voimavaraistumisen ulottuvuuden alueelta.

Infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä oli suoraan ilmaistu potilasohjeissa niukasti. Pääosin infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö oli ilmaistu epäsuorasti. Tällöin tärkeimmät infektioiden torjunnan sisällöt käsittelevät infektion syntyyn vaikuttavia tekijöitä kuten ylipainoa, käsihygieniaa ja ihon käsittelyä. Potilasohjeissa oli kolme infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöaluetta. *Riskitekijöistä* potilasohjeissa oli eniten käsitelty ylipainon merkitystä toimenpiteeseen tai siitä toipumiseen. *Preoperatiivisessa*

hoitotyössä oli käsitelty infektioiden torjuntaan liittyen lyhyen sairaalahoidon merkitystä, ihon puhdistusta sekä ihokarvojen poistoa. *Postoperatiivisessa hoitotyössä* oli eniten infektiioon torjuntaan liittyviä teemoja, ja ne keskittyivät käsittelemään käsihygieniää ja haavan koskettelua.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa ja potilasturvallisuuden parantamisessa on infektioiden torjuntaan liittyvä ohjaus keskeisessä asemassa. Useat kirjallisuuskatsaukset ovat esittäneet hyviä infektioiden torjuntaan liittyviä ohjauskäytänteitä ja menetelmiä (Arrowsmith ym. 2001, Harbart ym. 2003, Farmer ym. 2008, Safdar & Abad 2008, Yokoe & Classen 2008, Gould ym. 2010, Hsu ym. 2010, Thomas ym. 2010). Aihealuetta ei kuitenkaan aiemmin ole systemaattisesti tarkasteltu potilaan tai potilasohjauksen näkökulmasta. Tukemalla potilaan omaa toimintaa potilasohjauksella voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua, joita uhkaavat leikkausalueen infektiot yleisimpänä hoitoon liittyvänä infektiona. Potilasohjauksessa merkityksellisessä roolissa ovat potilasohjauksessa käytettävät ohjeet ja materiaalit. Potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä ja laatua ei näytä aikaisemmin raportoidun. Tutkimuksessa keskityttiin potilasohjeiden välityksellä tapahtuvaan potilasohjaukseen, jonka infektioiden torjuntaan liittyvästä sisällöstä ei ole systemaattista tietoa (vrt. McGuckin ym. 2004, Maloney & Weiss 2008). Tutkimuksen tietoja voidaan käyttää potilasohjeiden sekä hoitotyön kehittämisessä.

Tässä tutkimuksessa ei kartoitettu, mitkä tahot ovat osallistuneet potilasohjeiden laatimiseen. Sisällön laatua voisi parantaa kohdistamalla potilasohjeet vielä selkeämmin potilaille esimerkiksi sinuttelun kautta. Potilasohjeissa tulisi minimivaatimuksena olla aina toimenpiteen suorittaneen yksikön yhteystiedot. Lisäksi tulisi ohjeistaa mihin tahoon otetaan yhteyttä tarvittaessa. Tämä voi madaltaa kynnystä ottaa yhteyttä, mutta toisaalta tukee potilaan omatoimista selviytymistä.

Tässä tutkimuksessa ei verrattu keskenään eri organisaatioita. Organisaation sisällä potilasohjeiden laadussa ei ollut suuriakaan eroja, vaan usein potilasohjeet olivat

rakennettu samalla formaatilla organisaation sisällä. Yhtenäinen ulkoasu ja rakenne antavat selkeän kuvan potilasohjeelle sekä helpottaa potilasohjeen käyttäjää. Selkeästi organisaatiot olivat vielä murroskaudessa ja potilasohjeiden kehittäminen oli kesken, eikä kaikkia ohjeita ollut päivitetty viime vuosina.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa käytettiin niin kuvailevaa (Sandelowski & Barroso 2007, Merriam 2009) kuin osittain eksploratiivista (Parahoo 2006, Polit & Beck 2012) tutkimusmenetelmää. Aineisto analysoitiin induktiivisella (Maltenud 2001, Munhall 2012) ja deduktiivisella (Hoskins & Mariano 2004, Sandelowski & Barroso 2007) sisällönerittelyllä. Lisäksi analysoinnissa käytettiin kuvailevia tilastotieteellisiä menetelmiä (Tappen 2011, Levine 2012), jossa oli yhden muuttujan tasavälinen satunnaisotos (Parahoo 2006, Polit & Beck 2012).

Tutkimusprosessin luotettavuutta tarkasteltaessa on käytetty soveltuvin osin sisällönanalyysiin ja -erittelyyn kehitettyä analysointikriteeristöä. Kriteeristö on kohdennettu haastatteluilla kerättyyn aineistoon, mutta luotettavuuden arvioinnin kohdat ovat siirrettävissä myös muiden keruutapojen kautta saatuun aineistoon. (Tong ym. 2007.) Kriteeristö koostuu kolmesta alueesta, joiden kautta arvioidaan aineiston analyysitapojen luotettavuutta vastata tutkimustehtäviin (Hsieh & Shannon 2005, Tong ym. 2007). Kriteeristöissä luotettavuuteen vaikuttavat alueet ovat tutkijaryhmä ja reflektiivisyys, tutkimusasetelma sekä aineiston analyysin ja raportointi (Hsieh & Shannon 2005, Tong ym. 2007).

Tässä tutkimuksessa näiden kolmen luotettavuuteen vaikuttavan alueen lisäksi arvioidaan tutkimuksen tuloksien luotettavuutta, uskottavuutta, vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä (Graneheim & Lundman 2004, Streubert 2011). Aineiston analyysin lisäksi tutkimusprosessin luotettavuutta arvioidaan tutkimusaineiston, aineiston keruun ja raportoinnin osalta (Thorne ym. 2004, Sandelowski & Barroso 2007).

6.1.1 Tutkijaryhmä ja reflektiivisyys

Tutkijan vaikutusta on pyritty vähentämään aineiston analyysimenetelmien monipuolisella käytöllä (Thorne ym. 2004, Streubert 2011). Aineiston keruussa on käytetty organisaatioiden nimeämää yhteyshenkilöä (WMA 2008). Yhteyshenkilö on saanut saatekirjeen (liite 4) organisaation kautta tutkimusluvan saannin jälkeen. Sen lisäksi saatekirje on lähetty sähköpostitse, tukien ja kannustaen tutkimuksen osallistumisessa (WMA 2008, TENK 2012). Yhteyshenkilön avulla voitiin välttää tutkijasta johtuvaa aineiston katoa, vaikka ei ole tarkkaa tietoa paljonko organisaation potilasohjeista on saatu tutkimuksen aineistoksi (Holloway & Wheeler 2010, Tappen 2011). Osaltaan välitön vuorovaikutus yhteyshenkilöiden kanssa edesauttoi kattavan aineiston keruussa (Maltenuid 2001).

Tämän tutkimuksen yhteyshenkilöt suhtautuivat myönteisesti tutkimukseen, ja siten sitoutuivat siihen (CIOMS 2009, Newell & Burnard 2011). Yhdysenkilöiden työkiireet pyrittiin huomioimaan suunnittelemalla aineiston keruuseen riittävän pitkä aika. Yhteyshenkilöille lähetettiin uudelleen saatekirje (CIOMS 2009) ja heihin oltiin yhteydessä, jos aineistoa ei ollut saapunut ensimmäisen yhteydenoton jälkeen. Tämä ei kuitenkaan johtunut organisaation haluttomuudesta osallistua tutkimukseen, vaan taustalla oli työkiireiden lisäksi inhimillisiä tekijöitä. Yhteyshenkilöä käytettäessä on kuitenkin huomioitavaa, että varmuutta ei ole, onko kaikki tässä tutkimuksessa tarkoitetut potilasohjeet lähetetty ja missä laajuudessa ne on organisaatioista löydetty (Houser 2008). Tämä osaltaan voi johtua aihealueen kriteerien epäselvyydestä, joihin yksi organisaatio pyysikin tarkennuksia (Maltenuid 2001, Levine 2012). Kuitenkin tarkennuksen taustalla ei ollut epäselvyys, vaan pikemminkin epäusko aineiston laajuudesta. Aineiston keruun lisäksi olisi pitänyt kyselyn kautta selvittää, paljonko kirurgisia potilasohjeita on olemassa ja onko käytössä ollut päällekkäisiä potilasohjeita. Tätä voidaan pitää tämän tutkimuksen heikkoutena.

Aineiston jakautumisessa eri organisaatioiden välillä oli eroja, joista osa on selitettävissä organisaatioiden kokoeroilla. Aineiston saamisen eroihin voi myös vaikuttaa, että yhden organisaation kohdalla aineiston keruu tapahtui osastonhoitajien kautta. Tällöin saatiin monipuolisesti potilasohjeita, joista osa oli päällekkäisiä toiminnan päällekkäisyyden johdosta. Vaikka näin toimimalla ei kaikilta osastoilta

tullut potilasohjeita, tuli niitä määrällisesti paljon ja ne olivat vaihtelevia, vaikka osa olikin päällekkäisiä. Tämä oli huomattavissa, kun osa potilasohjeista käsitteli samaa asiaa, vaikka olikin eri potilasohje (Mason 2002, Parahoo 2006). Potilasohjeiden sisällön päällekkäisyyttä oli havaittavissa myös muilla tavoin kerätyissä potilasohjeissa. Tämä kertoo organisaatioiden toimiyksiköiden osittaisesta päällekkäisestä toiminnasta (Melnyk & Fineout-Overholt 2011). Aineiston luotettavuuteen tämä puolestaan vaikuttaa, sillä voidaan olettaa aineiston saapuneen mahdollisimman laajasti eri yksiköistä (Graneheim & Lundman 2004, Merriam 2009).

6.1.2 Tutkimusasetelma

Potilaan omaa toimintaa ja siihen liittyvää toiminnan ohjeistusta liittyen infektioiden torjuntaan ei ole aikaisemmin laaja-alaisesti selvitetty. Tämä huomioitiin tutkimusasetelman suunnittelussa (Griffiths 2009, Melnyk & Fineout-Overholt 2011). Aineistoista haluttiin saada mahdollisimman kattava ja yleistettävä (Hoskins & Mariano 2004), joten kohderyhmäksi muotoutuivat kaikki Suomen yliopistosairaalat. Tämä puolestaan johti rajauksiin ja kriteerien yksityiskohtaisuuteen (Sandelowski & Barroso 2003). Aihealue rajattiin yleisiin elektiivisiin toimenpiteisiin (Maltened 2001) ja näin jäivät rajauksen ulkopuolelle sektio- ja gastrokirurgiset toimenpiteet. Kohderyhmä ja rajaukset ovat olleet onnistuneet aineiston antaessa vastaukset niihin kysymyksiin, joita haluttiin selvittää (Mason 2002, Houser 2008), vaikka se ei kuvaakaan kaikkia kirurgisia potilasohjeita. Tässä tutkimuksessa keskityttiin aikuispotilaiden ohjaukseen, joka voi erota lapsipotilaiden ohjauksesta. Organisaatioiden yhteistyön sujuvuus on ollutkin merkityksellinen tekijä tutkimusasetelman toimivuudessa (Thorne ym. 2004).

Tutkimusta varten tehtiin kirjallisuuskatsaus kartoittamaan infektioiden torjunnan potilasohjausta (Sandelowski & Barroso 2003, Thorne ym. 2004). Huolimatta hakulausekkeesta kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista yli 65 % käsitteli muita kuin potilaan toimintaan kohdistuvaa ohjausta (vrt. liite 4. Systemaattisen tiedonhaun flow - diagrammi). Kuitenkin haun rajausten tai hakusanojen muuttamisella olisi voinut tahattomasti rajata pois tutkimuksen kannalta oleellisia tuloksia. Kaiken kaikkiaan potilaisiin kohdistuvaa ohjausta ja erityisesti potilaan omatoimisuutta lisäävät tutkimukset eivät mahdollistaneet selkeän kuvan saamista aihealueen kirjallisuudesta (Streubert 2011, Holloway & Wheeler 2010). Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset

käsittelivät laaja-alaisesti hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa koskevaa potilasohjausta. Tutkimusalueiden hajanaisuus haittasi infektioiden torjunnan sisällön kohdentamista esimerkiksi pelkästään leikkausalueen infektioihin. Näin ollen on suhtauduttava varauksella kirjallisuuskatsauksen tuloksiin (Streubert 2011, Levine 2012).

Tutkimusasetelman mukaisena tehtävänä oli kartoittaa vähemmän painotettua tutkimusaluetta (Maltenud 2001, Levine 2012). Tämä tutkimus pyrki edistämään potilaan osallistuvuuden lisäämistä (vrt. EU 2009). Tutkimuksen analysointimenetelmiksi oli mielekästä yhdistää erilaisia analysointimenetelmiä (Streubert 2011). Näin aineistosta saatiin laajempi kuva ja tehtäviin vastaukset useammasta näkökulmasta (Mason 2002). Aineiston koko määräytyi organisaatioiden potilasohjeista. Alustavan tiedustelun perusteella oli odotuksena saada noin 1000 potilasohjetta. Näin ollen osaotokseksi tuli 20 % eli joka viides potilasohje.

6.1.3 Aineiston analyysi ja raportointi

Tutkimuksen luotettavuutta aineiston analyysi ja raportointi vaiheessa on arvioitu uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden kautta (Graneheim & Lundman 2004, Streubert 2011). Tuloksien uskottavuutta on pyritty parantamaan käyttämällä suoria lainauksia potilasohjeista (Denzin & Lincoln 2005, Streubert 2011). Tutkimuksen vahvistettavuutta on pyritty parantamaan kuvaamalla, miten analyysissä on päädytty eri kategorioihin (Graneheim & Lundman 2004, Sandelowski & Barroso 2007). Tutkimuksen siirrettävyyttä on parannettu kattavalla valtakunnallisella aineiston keruulla (Sandelowski & Barroso 2007, Tappen 2011). Lisäksi rajauksista huolimatta tulokset ovat osittain yleistettävissä kirurgisen hoidon potilasohjaukseen pääasiasisältöjen koskettaessa kaikkien kirurgisten potilaiden hoitotyötä (Maltenud 2001, Hsieh & Shannon 2005).

Aineiston koko ja laajuus on ollut haaste analyysin toteuttamisessa (Holloway & Wheeler 2010). Aineisto on ollut toisaalta sisällöllisesti vaihteleva ja monipuolinen, mutta toisaalta hyvin nopeasti itseään toistava (vrt. Parahoo 2006, Polit & Beck 2012). Tämä samankaltaisuus on nähty aineiston saturoitumisena (Patton 2002, Levine 2012),

joka osaltaan kertoo kerätyn aineiston kyvystä antaa mahdollisimman hyvää kuvaa tilanteesta (Newell & Burnard 2011, Munhall 2012). Vaikka aineisto onkin ollut hyvin laaja ja sisällöllisesti monipuolinen, on sen anti ollut suppeaa eivätkä potilasohjeet kannustaneet potilaan osallistuvuutta (Bradbury-Jones ym. 2008). Jatkotutkimuksen kannalta tämä tutkimus tuottaa perusteltuja kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita (Melnyk & Fineout-Overholt 2011, Polit & Beck 2012).

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten aikuisille suunnatuissa kirurgisissa potilasohjeissa on kerrottu, kuvattu, ohjeistettu tai neuvottu potilasta toimimaan kotonaan edistääkseen terveyttään, hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen tai torjuakseen infektioita. Tätä varten tutkimuksen tehtävänä oli tarkastella kirurgisessa hoitotyössä käytettäviä potilasohjeita yleisellä tasolla sekä kuvata ja analysoida potilasohjeiden infektion torjuntaan liittyvä sisältö, voimavaraistumisen ulottuvuuksien (Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Leino-Kilpi ym. 2005) ilmeneminen valmiutena tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä potilasohjeiden laatu hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisen kautta (Salanterä ym. 2004).

Tutkimus kuvaa hyvin aineiston laajuuden ansiosta kansallisesti käytössä olevien kirurgisen hoidon potilasohjeiden laadusta ja valmiudesta tukea voimavaraistumista potilasohjauksessa sekä infektioiden torjuntaan liittyvästä sisällöstä. Infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö oli potilasohjeista löydettävissä lähinnä epäsuorien viittausten kautta ja laadussa oli suuriakin vaihteluja. Potilasohjeet eivät antaneet suoranaisesti potilaille selkeitä neuvoja tai toimintaohjeita välttääkseen infektioita tai hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen. Näin ollen antaen valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta vain yksittäisten ulottuvuuksien osalta. Potilasohjeissa käsihygienian toteuttaminen oli suurin yksittäinen tapa torjua infektioita, jonka ohjauksellisuutta voisi parantaa kuvien kautta. Potilasohjeissa voisi enemmän huomioida erilaisia ohjausmenetelmiä lisäämällä niin toiminnallisia kuin visuaalisia elementtejä.

Toimenpiteen jälkeistä infektioiden seuranta ei ollut ohjeistettu riittävästi. Tämä voi osaltaan johtua jatkohoidon jakautumisesta yliopistosairaaloiden ja

perusterveydenhuollon pariin. Aikaisemman kirjallisuuden (Mangram ym. 1999, Harbarth ym. 2003, KTL 2005, Pittet ym. 2005, Sparling ym. 2007, Anderson ym. 2008, Owens & Stoessel 2008, Yokoe & Classen 2008, Young ym. 2008, EU 2009, Galway ym. 2009, Kirby & Mazuski 2009, Matthaïou ym. 2009, Török ym. 2010, Allegranzi ym. 2011, Brenner & Nercelles 2011, ECDC 2011, Pittet ym. 2011, WHO 2011) perusteella infektioiden torjunnassa pääpainopisteenä on kartoittaa syntyneet infektiot. Toimenpiteen jälkeisen seurannan ollessa puutteellista, ei kaikkia syntyneitä infektioita tiedetä. Tämä voi vaikuttaa infektion torjuntatoimien kohdentamiseen, jolloin seurannan tavoitteet eivät toteudu (vrt. L935/2003).

6.2.1 Yleistä potilasohjeista

Tutkimuksen aineiston (N = 237) potilasohjeissa pääasiallisesti käytettiin verbin passiivimuotoa ja teitittely esiintyi lähinnä käskymuotoisena toimintona. Aikaisemman kirjallisuuden perusteella tulisi potilasohjeet kohdistaa lukijalle käyttäen joko teitittely- tai sinuttelumuotoa (Hyvärinen 2004, Cronin ym. 2011). Huomioitavaa on, että suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa ollaan potilasohjeiden kohdentamisessa siirrytty teitittelystä sinutteluun. Lisäksi aikamuodot tulisi esittää aktiivimuotoisina (Aldridge 2004, Hyvärinen 2004, Hoffmann & Worall 2004). Tämän osalta oli eroavaisuuksia tämän tutkimuksen sisällä, kun osaotoksella saadussa aineistossa pääasiallisesti oli käytetty verbinsanamuotona aktiivimuotoa. Osaotos oli sattumanvaraisesti otettu aineistosta. Potilasohjeet tulisikin tältä osin tarkistaa. Potilasohjeiden ikä voi olla myös yksi selittävä tekijä, nimittäin uusimmissa potilasohjeissa oli eniten käytetty teitittely- ja sinuttelumuotoja sekä aktiivimuotoa. Potilasohjeet tulisi päivittää säännöllisesti ja potilasohjeista tulisi ilmetä viimeinen päivityskerta (Hoffmann & Worall 2004, Hyvärinen 2004, Cronin ym. 2011). Myös organisaatioiden tiedot on hyvä ilmetä potilasohjeista (Hyvärinen 2004, Salanterä ym. 2004), jolloin yhteyttä otettaessa olisi helpompia toimia. Tämä vahvistaisi myös turvallisuuden tunnetta (Hoffmann & Worall 2004, Chronin ym. 2011) ja luottamusta hoitoon (Jones ym. 2011). Organisaatioiden toimintayksiköiden muuttuessa potilasohjeet tulisi olla päivitetty uusien yhteystietojen osalta (vrt. Cronin ym. 2011), joka tämän tutkimuksen aineistossa oli osassa potilasohjeissa oli jäänyt tekemättä. Potilasohjeista voidaan myös tehdä riittävän yleisiä (vrt. Aldridge 2004, Hoffmann &

Worall 2004, Chronin ym. 2011), jolloin yhtä potilasohjetta voidaan käyttää useissa toimipisteissä poistaen päällekkäisiä ohjeita.

Kolmas havainto potilasohjeista (N = 237) liittyi niiden potilasohjauksellisuuteen. Tutkimuksen potilasohjeista ei ollut selkeästi nähtävillä, miten potilasohjauksella olisi vaikutettu potilaan tietoon siitä, miten tulisi toimia tai miten tietoa käytettäisiin. Nämä kuitenkin ovat aikaisemman kirjallisuuden perusteella potilasohjauksen tärkeimpiä tavoitteita (Johansson 2006, EU 2009, Anderson & Funnell 2010, Heikkinen 2011). Potilasohjeet täyttävätkin sisällön ja ulkoisten piirteiden pohjalta lähinnä ohjauksen lähikäsitteiden ominaispiirteitä neuvovana ja tietoa antavana (Kääriäinen & Kyngäs 2005), eikä niinkään potilaan osallistumista lisäävänä tekijänä. Voidaankin kysyä, miten paljon potilasohjeet lisäävät tiedonmäärää, joka on Potilaslain (L785/1992) ja Terveystieteiden lain (L1326/2010) mukaan oleellista potilasohjauksessa, ja miten paljon potilasohjeet kannustavat potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa, joka on keskeinen terveystieteellinen tavoite (EU 2009, WHO 2011).

6.2.2 Potilasohjeiden laatu

Tutkimuksen osaotoksessa (n = 50) potilasohjeiden laatua tarkasteltiin Salanterän ja kumppaneiden (2004) kehittämällä mittarilla ”Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutuminen”. Kyseinen mittari on julkaistu ”*Hoitotiede*” lehdessä (Salanterä ym. 2004), ja sen käyttöön saatiin suullinen ja kirjallinen lupa. Kyseinen mittari on kehitetty kirjallisuusperustaisesti, ja sitä on testattu. Tältä osin kriteeristö mittaa sitä, mitä on tarkoitettukin (Parahoo 2006, Polit & Beck 2012).

Leikkausalueen infektioiden torjunnassa käytettävät kirjalliset potilasohjeet ovat hyvin merkityksellinen osa potilasohjausta (Mangram ym. 2009). Potilasohjeissa tulisi toteutua hyvien potilasohjeiden ominaisuudet (Salanterä ym. 2004, Hyvärinen 2005, Cronin ym. 2011). Tällöin voitaisiin tiedon lisäämisen ja neuvomisen ohella (Cronin ym. 2007) kannustaa sekä ohjeistaa potilasta toimimaan itse (Sahlsten ym. 2005, Coulter & Ellins 2007, EU 2009, Wong ym. 2010, Car ym. 2011).

Tutkimuksen aineiston potilasohjeiden (n = 50) laadussa oli suurta vaihtelua potilasohjeen hyvien ominaisuuksien toteutumisen osalta. Potilasohjeet tulisikin rakentaa huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet paremmin sekä kohdistamalla potilasohjeet juuri tietylle henkilölle (Hyvärinen 2005, Cronin ym. 2011). Hyvien potilasohjeiden ominaisuuksien toteutuminen etenee johdonmukaisesti, jolloin parhaimmat potilasohjeet toteuttavat useita ominaisuuksia (vrt. Salanterä ym. 2004). Aineistossa olikin nähtävillä, miten eri ominaisuuksien ulottuvuuksien toteutuminen tuki toisia. Tämä tuli esille esimerkiksi kielen ja rakenteen ominaisuuksien toteutuessa hyvin, myös sisällölliset ominaisuudet toteutuivat paremmin. Eniten kehitettävää on kuitenkin sisällön osalta, kun tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuuden lisäämistä (vrt. Salanterä ym. 2004, Leino-Kilpi ym. 2005). Hyvin rakennettu potilasohje kertoo, kuvaa, ohjeistaa sekä neuvoo, miten potilas voi itse toimia kotonaan edistääkseen terveyttä, hoitaakseen itseään toimenpiteeseen liittyen tai omalla toiminnallaan torjua infektioita (vrt. Chronin ym. 2011, Pittet ym. 2011, WHO 2011). Näin voidaan parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta (vrt. EU 2009, WHO 2009, WHO 2011).

6.2.3 Potilasohjeiden valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta

Potilasohjeiden (N = 237) valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta arvioitiin käyttämällä itse kehittämää analysointirunkoa. Potilasohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan voimavaraistumista (Rankinen ym. 2007, Heikkinen ym. 2010, Montin ym. 2010). Apuna potilasohjauksessa voidaan käyttää kirjallista paperisena (Johansson ym. 2004b, Johansson 2006, Demir ym. 2008) tai sähköisenä (Suhonen ym. 2005, Yeh ym. 2005, Theroux 2009, Heikkinen ym. 2010, Car ym. 2011, Heikkinen 2011) olevaa potilasohjetta. Tällöin potilasohjeilla tulisi olla valmiudet tukea voimavaraistavaa potilasohjausta. Analysointirunko kehitettiin aikaisemman kirjallisuuden perusteella potilasohjauksen ideaalitalanteesta (Leino-Kilpi ym. 2000, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Salanterä ym. 2004, Johansson 2006, Montin 2007, Rankinen ym. 2007, Bradbury-Jones ym. 2008, Heikkinen ym. 2010, Montin ym. 2010). Analysointirunkoa ei ole ennen käytetty, eikä sitä ole esitettävä.

Tämän tutkimuksen potilasohjeilla (N = 237) olivat parhaimmat valmiudet tukea toiminnallista ja bio-fysiologista selviytymistä voimavaraistavassa potilasohjauksessa. Nämä tulokset ovat samansuuntaiset aikaisemman kirjallisuuden kanssa, kun

potilasohjauksen voimaraistumisen kuudesta ulottuvuudesta painottuvat erityisesti toiminnallinen, bio-fysiologinen ja taloudellinen ulottuvuus (Hess 1984, Gibson 1991, Foucault 1995, Freire 1996, Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Leino-Kilpi ym. 2000, Johansson ym. 2004a, Johansson 2006, Coulter & Ellins 2007, Bradbury-Jones ym. 2008, Farmer ym. 2008, Heikkinen ym. 2010, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011).

Potilasohjeiden tulisi kannustaa omahoitoisuuteen ja antaa valmiuksia toimia kotona (Sahlsten ym. 2005, Coulter & Ellis 2007, EU 2009, Wong ym. 2009, Cary m. 2011). Siltä osin aineiston voimavaraistumista tukeva anti oli rajoittunutta, kun vain osassa potilasohjeista ilmeni valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasohjausta (vrt. Johansson 2004b, Leino-Kilpi ym. 2005) voimavaraistumisen kuuden ulottuvuuden osalta (vrt. Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011).

Tämä löydös tukee aikaisempaa tietoa (Suhonen ym. 2005, Rankinen ym. 2007, Montin 2007, Maloney & Weiss 2008, Montin ym. 2010, Heikkinen 2011), jonka perusteella on tarpeen vielä kehittää potilasohjeita. Erityisesti tulisi kannustaa potilaan omatoimisuutta (Wong ym. 2010) ohjeistamalla selkeämmin, miten potilaan tulisi toimia eri tilanteissä eikä pelkästään antamalla yleistietoa (vrt. Anderson & Funnell 2010). Infektioiden torjunnassa sisällön osalta valmiudet tukea voimavaraistavaa potilasohjausta tulisi painottaa postoperatiiviseen potilasohjaukseen (vrt. Whitby ym. 2007). Tällöin potilasohjeet voisivat keskittyä vain tiettyihin aihealueisiin, ja siten olla yksilöllisesti kohdennettuja (Cronin ym. 2011). Tällöin voitaisiin selkeämmin huomioida yksilölliset tarpeet ja eroavaisuudet (L785/1992, Pittet ym. 2005, EU 2009, L1326/2010, Pittet ym. 2011, WHO 2011). Infektioiden torjunnan näkökulmasta erityisen tarpeellista olisi potilasohjeiden kautta ohjeistaa, miten tulisi suoriutua haavanhoidosta (Anderson ym. 2008, Gould ym. 2010, Török ym. 2010, IHI 2012). Myös muita interaktiivisia potilasohjausmenetelmiä tulisi kehittää (Heikkinen ym. 2010, Cary ym. 2011, Heikkinen 2011).

Tämän tutkimuksen löydösten samankaltaisuus aikaisemman kirjallisuuteen antaa viitteitä, että tässä tutkimuksessa kehitetty analysointirunko olisi hyvä ja toimiva

arvioimaan voimavaraistumisen eri ulottuvuuksien esiintymisen kautta potilasohjeiden valmiuksia tukea voimavaraistavaan potilasohjausta (vrt. Leino-Kilpi ym. 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Salanterä ym. 2004, Leino-Kilpi ym. 2005, Rankinen ym. 2007). Tulevaisuudessa tulisi vielä kehittää analysointirunkoa, jolloin siitä voisi tulla potilasohjeiden rakentamiseen työkalu.

6.2.4 Infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö

Tämän tutkimuksen potilasohjeissa (N = 237) infektioiden torjuntaan liittyvät ohjeistukset olivat pääasiallisesti postoperatiivisesti käytettävissä potilasohjeissa. Tämä sisältö oli ajoitettu mahdollisimman ideaalisesti, koska preoperatiivisella infektioiden torjuntaan keskittyvällä potilasohjauksella voidaan vaikuttaa toimenpiteen jälkeisten infektioiden liian herkkään diagnosointiin (Whitby ym. 2007), ja siten myös turhien antibioottihoitojen aloittamiseen (Broex ym. 2009, Mahmoud ym. 2009, Matthaiou ym. 2009).

Preoperatiiviset potilasohjeet (n = 43) keskittyivät käsittelemään infektioiden syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä, joka on myös aikaisemman kirjallisuuden mukaan oleellista preoperatiivisessa infektioiden torjunnassa (Mangram ym. 1999, Anderson ym. 2008, Galway ym. 2009, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011). Potilasohjeissa oli ohjeistettu tulemaan puhtaana sairaalaan, mutta ohjeissa ei kuitenkaan ohjeistettu peseytymään antiseptisellä aineella niin kuin tämän hetkinen suositus on (Mangram ym. 1999, Brenner & Nercelles 2011). Osassa potilasohjeissa oli kerrottu ihokarvojen poiston tapahtuvan sairaalassa, mutta useimmista puuttui joko viittaus ihokarvojen poistoon tai kielto poistaa niitä itse kotona. Ihokarvojen poistoon liittyy hyvin suuri infektoitumisen riski (Mangram ym. 1999, Anderson ym. 2008, Galway ym. 2009, Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011, IHI 2012), joten potilasohjeissa tulisi olla siihen liittyen ohjeistettu toiminnan tasolla esimerkiksi kieltämällä poistamasta ihokarvat.

Postoperatiiviset potilasohjeet (n = 126) keskittyivät haavan käsittelyyn ja hoitoon sekä käsihygieniaan. Erityisesti käsihygienian toteuttamiseen tähtäävä ohjauksen infektioiden torjunnan sisältö on yhteneväinen aikaisemman kirjallisuuden kanssa (McGuckin ym.

2004, Pittet ym. 2005, Farrington 2007, Le ym. 2007, Owens & Stoessel 2008, Kirby & Mazuski 2009, Brenner & Nercelles 2011). Vain muutamassa potilasohjeessa oli ohjattu, miten tulisi toimia käsihygienian toteuttamiseksi (vrt. von Schantz 2005, Brenner & Nercelles 2011), mutta käsien puhtauden merkitykseen oli useasti viitattu (vrt. Pittet ym. 2005, Farrington 2007, Le ym. 2007, Owens & Stoessel 2008, Kirby & Mazuski 2009). Käsien puhtaus ei ole pelkästään käsihygienian toteutumisen edellytys, vaan koko infektion torjunnan perusydin (Pittet ym. 2005, EU 2009, Kirby & Mazuski 2009, WHO 2011). Haavan hoidossa ei ollut viitattu haavan pitämiseen peitettyinä, vaikka näin tulisi toimia ensimmäisen vuorokauden ajan toimenpiteestä (Mangram ym. 1999). Potilasohjeissa oli kuitenkin painotettu haavan koskettelun välttämistä, joka toisaalta on myös leikkausalueen infektioiden ennaltaehkäisemisen kulmakivi (Török ym. 2010, Brenner & Nercelles 2011). Laskuputkien hoidosta oli hyvin vähän opastettu, vaikkakin niiden nopeaa poistoa oli painotettu. Nykyisessä kirjallisuudessa (Galway ym. 2009, Brenner & Nercelles 2011) korostetaan vierasesineiden, kuten dreerien nostavan infektoitumisen riskiä moninkertaisesti.

Infektio-oireiden tunnistamista ei ollut ohjeistettu, vaan tyypillisesti oli lueteltu yksi tai useampi leikkausalueen infektiosta kertova oire. Oleellista on tunnistaa infektiosta kertova oire, jolloin voi hakeutua hoitoon, sekä myös ilmoittaa infektiosta rekisteröintiä varten (Mangram ym. 1999, Whitby ym. 2007, Anderson ym. 2008, Brenner & Nercelles 2011, Merle ym. 2011). Toimenpiteen jälkeistä infektioiden seuranta tai infektioiden rekisteröimistä oli maininta vain yksittäisissä potilasohjeissa. Potilasta tulisikin antaa työkaluja, joilla voisi kannustaa enemmän oman itsensä hoitamisessa. Tämä on myös tällä hetkellä merkittävin terveystavoitteellinen tavoite infektioiden torjunnassa ja potilasturvallisuuden parantamisessa (EU 2009, WHO 2009, ECDC 2010, L1326/2010, ECDC 2011, WHO 2011, IHI 2012). Näin ollen toimenpiteen jälkeisestä systemaattisesta infektioiden seurannasta tulisi olla potilasohjeissa maininta (Mangram ym. 1999, Anderson ym. 2008, Brenner & Nercelles 2011).

Kaiken kaikkiaan potilasohjeista (N = 237) oli johdateltavissa infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö, joka on myös aikaisemman kirjallisuuden mukaan oleellista (Mangram ym. 1999, IHI 2012). Potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä ei ollut esitetty suoraan. Onkin suuri riski, että tutkijan oma perehtyneisyys on mahdollisesti

vaikuttanut liian herkästi huomaamaan epäsuorat viittaukset ja tunnistamaan nämä infektioiden torjuntaan liittyväksi sisällöksi. Nämä ilmaukset eivät välttämättä potilaalle ilmene infektioiden torjuntaan liittyvänä sisältönä esimerkiksi liikunnan merkitystä infektioiden torjuntaan on vaikeaa yhdistää infektioiden torjuntaan liittyväksi, jollei huomioida liikunnan merkitystä toimenpiteestä toipumiseen. Vaikkakin tutkimuksen infektioiden torjuntaan liittyvät sisällöt ovat myös aikaisempaa kirjallisuutta vastaavat (Mangram ym. 1999, Török ym. 2010, IHI 2012), oli potilasohjeissa nähtävillä, ettei potilasta ollut ohjeistettu, miten omalla toiminnalla voisi torjua infektioita. Tutkimuksen tulokset osoittavat lähinnä suurimmat puutteet potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyen, antaen siten potilasohjauksen ja -ohjeiden kehittämislle hyvän lähtökohdan.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tulokset antavat aihetta moneen lisätutkimukseen. Tämän tutkimuksen löydöksiin vahvistaminen organisaatioille suunnatun kyselyn avulla voisi saada luotettavamman kuvan aineiston paikkansapitävyyden osalta. Kyselyn kautta voisi saada täydentävää tietoa yleisesti potilasohjeista. Lisäksi voisi kartoittaa potilaiden tiedon tarpeen. Hoitoon liittyvien infektioiden ennaltaehkäisy ja torjunta on yksi suurimmista potilasturvallisuutta parantavista aihealueista (EU 2009, WHO 2011), jota on edelleen kehitettävä. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan infektioiden torjuntaan liittyvät toimet ovat keskittyneet pääasiallisesti muihin kuin potilaisiin (Harbarth ym. 2003, Farmer ym. 2008, Safdar & Abad 2008, Yokoe & Classen 2008, Gould ym. 2010, Hsu ym. 2010, Thomas ym. 2010). Huolimatta tehostuneesta käsihygieniasta ja infektioiden seurannasta ei hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys ole muuttunut (Pittet ym. 2011). Terveyspolitiikan tavoitteena on ollut kohdentaa ohjausta potilaisiin ja erityisesti lisätä potilaan osallistuvuutta (Pittet ym. 2005, EU 2009, WHO 2009, L1326/2010, WHO 2011), jolloin potilasohjaus ja siinä käytettävät menetelmät ovat oleellisessa asemassa infektioiden torjunnan näkökulmasta. Tämä tutkimus on ainutlaatuinen ja toimii päänavauksena juuri tähän.

Aikaisemmin ei ole systemaattisesti kartoitettu potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä eikä arvioitu potilasohjeiden valmiuksia voimavaraistavaan potilasohjaukseen. Tässä tutkimuksessa on tähän haettu vastausta, jota on lisäksi täydennetty tiedolla hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutumisella

suomalaisissa yliopistosairaaloissa. Tämän tutkimuksen perusteella olisi tarpeen kartoittaa, miten kirjallisuudessa on ohjeistettu potilasta toimimaan torjuakseen hoitoon liittyviä infektioita. Tarpeen olisi myös selvittää, miten organisaatioita tulisi ohjeistaa rakentamaan potilasohjeet laadukkaiksi, mutta myös miten ilmaista infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö muun potilasohjauksen kautta välitettävän tiedon lisäksi.

Tulokset antavat aihetta testata erilaisia interaktiivisia ohjausmenetelmiä (Suhonen ym. 2005, Yeh ym. 2005, Theroux 2009, Heikkinen ym. 2010, Car ym. 2011, Heikkinen 2011), joilla voitaisiin aktivoida potilasta itse toimimaan ennaltaehkäistäessä infektioita. Yhteiskunnan tiedon käsittelyn kehittyessä on myös oleellista kehittää ja testata multimedian mahdollisuuksia infektioiden torjuntaan liittyvässä potilasohjauksessa. Väestön ikääntyessä on tarpeen kohdentaa tutkimusta myös ikääntyvien potilasohjaukseen, sekä sen mahdollisiin erityistarpeisiin. Erityisesti tämä on tärkeää hoidon pääpainon siirtyessä ikääntyneen kotiin.

Leikkausalueen infektiot ovat suurin hoitoon liittyvistä infektioista (ECDC 2010), on tarpeen tutkia myös muita hoitoon liittyvien infektioiden torjuntakeinoja potilasohjauksella. Hoitoon liittyvät infektiot ovat terveydenhuollon kustannuksia nostava (Sparling ym. 2007, Allegranzi ym. 2011) ja yhteiskunnallisesti merkittävä potilasturvallisuutta vaarantava haitta (EU 2009, WHO 2011), johon voidaan helposti vaikuttaa hoitotyön keinoin (von Schantz 2005, Mahmoud ym. 2009, Matthaiou ym. 2009). Ensisijaisesti kannattaa keskittyä sairaalahoitoa saavien potilaiden ohjeistukseen, mutta on tarpeen myös lisätä potilaan omassa kodissa tapahtuvan toiminnan ohjeistusta hoidon pääpainon siirtyessä lyhytaikaiseen hoitoon sekä myös kotihoitoon.

Tärkein jatkotutkimusaihe on kuitenkin selvittää, mitä tietoa hoitoon liittyvistä infektioista potilaat tarvitsevat ja minkälaista potilasohjausta tarvitaan. Lisäksi voidaan tutkia tätä erityisryhmissä, joiden riski infektioihin on suurentunut kuten traumapotilaat sekä ikääntyneet. Toimenpiteen jälkeiseen infektioiden seurantaan tulisi kehittää toimiva menetelmä, jota voisi käytännössä testata (vrt. L935/2003, Petherick ym. 2006). Tämän tutkimus on keskittynyt kansallisen tilanteen kartoittamiseen. Jatkossa olisi kansallisen tutkimuksen lisäksi hyvin tärkeää kartoittaa asiaa kansainvälisesti sekä

tuottaa enemmän kansainvälisesti vertailtavaa tutkimusta. Tässä tutkimuksessa esille tulleista jatkotutkimusehdotuksista on tehty koonta (taulukko 5).

Taulukko 5. Koonta jatkotutkimusehdotuksista

Potilasohjeiden laatu ja rakenne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisaation tasolla kartoittaa potilasohjeiden rakenteen ohjeistusta 2. Kehittää ohjeistus potilasohjeiden laadun parantamiseksi ja testata intervention tehokkuus 3. Testata potilasohjeen hyvien ominaisuuksien toteutuminen myös muilla kuin kirjallisilla potilasohjeilla 5. Kartoittaa webbi tai mobiili pohjaisen potilasohjeen laadukas rakenne ja sen vaikutus erilaisiin oppijatyyppisiin
Valmiudet voimavaraistavaan potilasohjaukseen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Testata erilaisia ohjausmenetelmiä, joilla aktivoitaisiin potilaan omatoimisuutta ja osallistuvuutta 2. Kartoittaa, mitä erilaisia ohjaustarpeita eri ryhmillä on kuten ikääntyneillä 3. Kehittää kirurgisten potilaiden potilasohjeiden rakennetta, jotta niillä olisi paremmat valmiudet voimavaraistavaan potilasohjaukseen 4. Testata äänitetyn potilasohjauksen mahdollisuuksia voimavaraistavaan potilasohjaukseen
Infektioiden torjunnan sisältö	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kirjallisuuskatsaus potilaan osallistuvuudesta hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa 2. Kartoittaa, mitä tietoa potilaat tarvitsevat infektioiden torjunnasta 3. Kartoittaa, mikä infektioiden torjunnan sisältö on oleellisin potilasohjauksessa esim. focus group haastattelulla 4. Kirjallisuuden ja kartoittavan tutkimuksen perusteella tulisi kehittää ohjeistus, mitä infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä tulisi potilasohjauksessa käyttää 5. Selvittää, mikä potilasohjauksen menetelmä on tehokkain infektioiden torjunta keino 6. Tutkia leikkausalueen infektioiden lisäksi myös muita hoitoon liittyviä infektioita 7. Kehittää mobiilinen jälkiseuranta menetelmä ja testata sen vaikuttavuus

LÄHTEET

Agoritsas, T., Merglen, A., Courvoisier, D.S., Combescure, C., Garin, N., Perrier, A. & Perneger, T.V. 2012. Sensitivity and predictive value of 15 PubMed search strategies to answer clinical questions rated against full systematic reviews. *Journal of Medical Internet Research* 14(3), e85.

Aldridge, M.D. 2004. Writing and designing readable patient education materials. *Nephrology Nursing Journal* 31(4), 373–377.

Allegranzi, B., Nejad, S.B., Combescure C., Graafmans, W., Attar H., Donaldson, L. & Pittet, D. 2011. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 377(15), 228–241.

Anderson, D.J., Kaye, K.S., Classen, D., Arias, K.M., Podgorny, K., Burstin, H., Calfee, D.P., Coffin, S.E., Dubberke, E.R., Fraser, V., Gerding, D.N., Griffin, F.A., Gross, P., Klompas, M., Lo, E., Marschall, J., Mermel, L.A., Nicelle, L., Pegues, D.A., Perl, T.M., Saint, S., Salgado, C.D., Weinstein, R.A., Wise, R. & Yokoe, D.S. 2008. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 29 (Suppl 1), 51–61.

Anderson, R.M. & Funnell, M.M. 2010. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling* 79(3), 277–282.

Arrowsmith, V.A., Maunder, J.A. & Taylor, R. 2001. Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1.

Bachoura, A., Guitton, T.G., Smith, R.M., Vrahas, M.S., Zurakowski, D. & Ring, D. 2011. Infirmity and injury complexity are risk factors for surgical-site infection after operative fracture care. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 469(9), 2621–2630.

Bradbury-Jones, C., Sambrook, S. & Irvine, F. 2008. Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing* 62(2), 258–266.

Brenner, P. & Nercelles, P. 2011. Prevention of surgical site infections. Teoksessa Friedman, C. & Newsom, W. (toim.) 2011. *Basic concepts of infection control*. 2. painos. International Federation of Infection Control, UK. 225–236.

Broex, E.C.J., van Asselt, A.D.I., Bruggeman, C.A. & van Tiel, F.H. 2009. Surgical site infections: how high are the costs? *Journal of Hospital Infection* 72, 193–201.

Car, J., Lang, B., Colledge, A., Ung, C. & Majeed, A. 2011. Interventions for enhancing consumers' online health literacy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(6), CD007092.

Chen, T.Y., Anderson, D.J., Chopra, T., Choi, Y., Schmader, K.E. & Kaye, K.S. 2010. Poor functional status in an independent predictor of surgical site infection due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(3), 527–532.

CIOMS= The Council for International Organizations of Medical Sciences. 2009. *International ethical guidelines for epidemiological studies*. WHO, Geneva.

Coulter, A. & Ellins, J. 2007. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal* 335(7609), 24–27.

Cronin, M. O'Hanlon, S. & Connor, M. 2011. Readability level of patient information leaflets for older people. *Irish Journal of Medical Science* 180(1), 139–142.

Davis, R.E., Sevdalis, N., Pinto, A., Darzi, A. & Vincent, C.A. 2011. Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions: results of two exploratory studies. *Health Expectations* 14(4), 439–448.

Demir, F., Ozsaker, E. & Ozcan Ilce, A. 2008. The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of Clinical Nursing* 17(2), 259–265.

Denzin, K.N. & Lincoln, Y.S. 2005. *The SAGE handbook of qualitative research*. SAGE publications, London.

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. 2005. *Evidence based nursing: a guide to clinical practice*. Elsevier Mosby, St. Louis, MO.

ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control 2010. *Annual epidemiological report on communicable diseases*. ECDC, Stockholm.

ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control 2011. *Annual epidemiological report 2011. Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data*. ECDC, Stockholm.

Engemann, J.J., Carmeli, Y., Cosgrove, S.E., Fowler, V.G., Bronstein, M.Z., Trivette, S.L., Briggs, J.P., Sexton, D.J. & Kaye, K.S. 2003. Adverse clinical and economical outcomes attributable to methicillin resistance among patients with *Staphylococcus aureus* surgical site infection. *Clinical Infectious Diseases* 36(5), 592–598.

EU = European Union 2009. *Council recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. 2009/C151/01. Saatavilla <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:EN:PDF>, 20.8.2012.

Farmer, A.P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan J. & Wolf, F.M. 2008. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.

Farrington, M. 2007. Infection control education: how to make an impact – tools for job. *Journal of Hospital Infection* 65(2), 128–132.

Fawcett, J. & Garity, J. 2009. *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. F.A. Davis, Philadelphia.

- Foucault, M. 1995. *Discipline and punish: The birth of the prison*. Vintage Books, New York.
- Freire, P. 1996. *Pedagogy of the oppressed*. Penguin Books, London.
- Galway, U.A., Parker, B.M. & Borkowski, R.G. 2009. Prevention of postoperative surgical site infections. *International Anesthesiology Clinics* 47(4), 37–53.
- Gibson, C. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16, 354–361.
- Gould, D.J., Moralejo, S., Drey, N. & Chudleigh, J.H. 2010. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.
- Griffiths, F. 2009. *Research methods for health care practice*. SAGE Publications, UK.
- Harbarth, S., Sax, H. & Gastmeier, P. 2003. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of Hospital Infection* 54(4), 258–266.
- Heikkinen, K. 2011. *Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients*. Annales Universitatis Turkuensis D 973. University of Turku, Turku.
- Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2010. The creation and evaluation of an ambulatory orthopedic surgical patient education web site to support empowerment. *Computers, Informatics, Nursing* 28(5), 282–290.
- Herwaldt, L.A., Cullen, J.J., Scholz, D., French, P., Zimmerman, M.B., Pfaller, M.A., Wenzel, R.P. & Perl, T.M. 2006. A prospective study of outcomes, healthcare resource utilization, and costs associated with postoperative nosocomial infections. *Infection Control of Hospital Infections* 27(12), 1291–1298.
- Hess, R. 1984. Thoughts on empowerment. *Prevention in Human Services* 3, 227–230.
- Hoffmann, T. & Worall, L. 2004. Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disability and Rehabilitation* 26(19), 1166–1173.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. *Qualitative research in nursing and healthcare. 3. painos*. Wiley-Blackwell, Malesia.

Hopewell, S., Clarke, M., Moher, D., Wager, E., Middleton, P., Altman, D.G., Schulz, K.F. & the CONSORT Group 2008. CONSORT for reporting randomized trials in journal and conference abstract. *The Lancet* 371(9609), 281–283.

Hoskins, C.N. & Mariano, C. 2004. *Research in nursing and health: Understanding and using quantitative and qualitative methods*. 2. painos. Springer Publishing Company, New York.

Houser, J. 2008. *Nursing research: Reading, using, and creating evidence*. Jones and Bartlett Publishers, USA.

Hsieh, H.-F. & Shannon, S. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277–1288.

Hsu, J., Abad, C., Dinh, M. & Safdar, N. 2010. Prevention of endemic healthcare-associated *Clostridium difficile* infection: reviewing the evidence. *American Journal of Gastroenterology* 105(11), 2327–2339.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliäsu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 121(16), 1769–1773.

IHI = Institute for Healthcare Improvement. 2012. *How-to guide: Prevent surgical site infections*. IHI, Cambridge, MA.

Johansson, K., Salanterä, S., Heikkinen, K., Kuusisto, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2004a. Surgical patient education: assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasiexperimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8(2), 81–92.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2004b. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Education and Counseling* 52(2), 175–181.

Johansson, K. 2006. *Empowering orthopaedic patients through education*. Annales Universitatis Turkuensis D 728. University of Turku, Turku.

Jones, S., Alnaib, M., Kokkinakis, M., Wilkinson, M., St.Clair Gibson, A. & Kader, D. 2011. Pre-operative patient education reduces length of stay after knee joint arthroplasty. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 93(1), 71–75.

Kieffer, C. 1984. Citizens empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services* 3, 9–36.

Kirby, J.P. & Mazuski, J.E. 2009. Prevention of surgical site infection. *Surgical Clinics of North America* 89(2), 365–389.

KTL =Kansanterveyslaitos 2005. *Kansallinen sairaalainfektioiden prevalenssitutkimus 2005. Sairaalainfektio-ohjelma (SIRO)*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 24/2005. KTL, Helsinki.

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 235–241.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Oulun yliopisto, Oulu.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. *Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä*. *Hoitotiede* 17(5), 250–258.

L785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* 17.8.1992/785. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>, 16.8.2012.

L523/1999. *Henkilötietolaki* 22.4.1999/523. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>, 16.8.2012.

L935/2003. *Tartuntatautilaki* 25.7.1986/583. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>, 16.8.2012.

L1326/2010. *Terveystieteiden lakien muuttaminen* 30.12.2010/1326. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, 16.8.2012.

Le, T.A., Dibley, M.J., Vo, V.N., Archibald, L., Jarvis, W.R. & Sohn, A.H. 2007. Reduction in surgical site infections in neurosurgical patients associated with a bedside hand hygiene program in Vietnam. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 28(5), 583–588.

Leino-Kilpi, H., Luoto, E. & Katajisto, J. 1998. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 30(2), 116–123.

Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality* 20(4), 307–316.

Levine, E. 2012. Quantitative research. Teoksessa Fitzpatrick, J.J. & Wallace Kazer, M. (toim.) 2012. *Encyclopedia of nursing research*. 3. painos. Springer Publishing company, New York.

Lyytikäinen, O., Kanerva, M., Agthe, N. & Möttönen, T. 2005. Sairaalainfektioiden esiintyvyyttä Suomessa 2005. *Suomen Lääkärilehti* 60, 3119–3123.

Mahmoud, N.N., Turpin, R.S., Yang, G. & Saunders, W.B. 2009. Impact of surgical site infections on length of stay and costs in selected colorectal procedures. *Surgical Infections* 10(6), 539–544.

Maloney, L.R. & Weiss, M. E. 2008. Patients' perceptions of hospital discharge information content. *Clinical Nursing Research* 17(3), 200–219.

Maltened, K. 2001. Qualitative research standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358, 483–488.

Mangram, A.J., Horan, T.C., Pearson, M.L., Silver, L.C., Jarvis, W.R. & The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. 1999. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 20(4), 247–278.

Mason, J. 2002. *Qualitative Researching*. SAGE publications, Thousand Oaks, CA.

Matthaiou, D.K., Peppas, G. & Falagas, M.E. 2009. Meta-analysis on surgical infections. *Infectious Disease Clinics of North America* 23(2), 405–430.

McGuckin, M., Taylor, A., Martin, V., Porten, L. & Salcido, R. 2004. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *American Journal of Infection Control* 32(4), 235–238.

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. 2011. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2. painos. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins Health, Philadelphia.

Merle, V., Marini, H., Rongère, J., Tvolacci, M.P., Scotté, M. & Czernichow, P. 2011. Does an information leaflet about surgical site infection (SSI) improve recollection of information and satisfaction of patients? A randomized trial in patients scheduled for digestive surgery. *World Journal of Surgery* 35(6), 1202–1211.

Merriam, S.B. 2009. *Qualitative research. A guide to design and implementation*. 2. painos. John Wiley & Sons, Inc, USA.

Meyer, E., Weitzel-Kage, D., Sohr, D. & Gastmeier, P. 2011. Impact of department volume on surgical site infections following arthroscopy, knee replacement or hip replacement. *British Medical Journal of Quality & Safety* 20(12), 1069–1074.

Miller, S., Yardley, L., Little, P. 2012. Development of an intervention to reduce transmission of respiratory infections and pandemic flu: Measuring and predicting hand-washing intentions. *Psychology, Health & Medicine* 17(1), 59–81.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & the PRISMA Group 2009. Methods of systematic reviews and meta-analysis. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: The PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology* 62(10), 1006–1012.

Møller, T., Borregaard, N., Tvede, M. & Adamsen, L. 2005. Patient education - a strategy for prevention of infections caused by permanent central venous catheters in patients with haematological malignancies: a randomized clinical trial. *The Journal of Hospital Infection* 61(4), 330–341.

Montin, L. 2007. *Patients-perceived health-related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – as 6-month follow-up study*. Annales Universitatis Turkuensis D 765, University of Turku, Turku.

Montin, L., Johansson, K., Kettunen, J., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, T. 2010. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopaedic Nursing* 29(4), 246–253.

Munhall, P.L. 2012. *Nursing research. A qualitative perspective*. 5. painos. Jones & Bartlee Learning, LLC, USA.

Newell, R. & Burnard, P. 2011. *Research for evidence-based practice in healthcare*. 2. painos. Wiley-Blackwell, UK.

Niël-Weise, B.S., Wille, J.C. & van den Broek, P.J. 2005. Hair removal policies in clean surgery: systematic review of randomized, controlled trials. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 26(12), 923–928.

Owens, C.D. & Stoessel, K. 2008. Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention. *Journal of Hospital Infection* 70(2), 3–10.

Parahoo, K. 2006. *Nursing research. Principles, process and issues*. 2. painos. Palgrave MacMillian, New York.

Parker, M.J., Roberts, C.P. & Hay, D. 2004. Closed suction drainage for hip and knee arthroplasty. A meta-analysis. *Journal of Bone and Joint Surgery* 86(6), 1146–1152.

Patton, M.Q. 2002. *Qualitative research & evaluation methods*. 3. painos. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA.

Peterson, M.G., Cioppa-Mosca, J., Finerty, E., Graziano, S., King, S. & Sculpo, T.P. 2008. Effectiveness of best practice implementation in reducing hip arthroplasty length of stay. *The Journal of Arthroplasty* 23(1), 69–73.

Petherick, E.S., Dalton, J.E., Moore, P.J. & Cullum, N. 2006. Methods for identifying surgical wound infection after discharge from hospital: a systematic review. *BioMedCentral Infectious Diseases* 27(6), 170.

Pittet, D., Allegranzi, B., Sax, H., Bertinato, L., Concia, E., Cookson, B., Fabry, J., Richet, H., Philip, P., Spencer, R.C., Ganter, B.W.K. & Lazzari, S. 2005. Considerations for a WHO European strategy on health-care-associated infection, surveillance, and control. *The Lancet Infectious Diseases* 5 (4), 242–250.

Pittet, D., Panesar, S.S., Wilson, K., Longtin, Y., Morris, T., Allan, V., Storr, J., Cleary, K. & Donaldson, L. 2011. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a national patient safety agency feasibility study. *Journal of Hospital Infection* 77(4), 299–303.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. painos. Wolter Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2), 113–119.

Rantala, A. & Huotari, K. 2010. Leikkausalueen infektiot. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vueto, R. (toim.) 2010. *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. 6. painos. Suomen Kuntaliitto. WS Bookwell Oy, Helsinki. 212–218.

Rappaport, J. 1984. Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services* 3, 1–7.

Safdar, N. & Abad, C. 2008. Educational interventions for prevention of healthcare-associated infection: a systematic review. *Critical Care Medicine* 36(3), 933–940.

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Plos, K.A.E. & Lindencrona, C.S.C. 2005. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 19, 223–229.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2004. Yliopistosairaalan kirjallisten potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4), 217–228.

Sandelowski, M. & Barroso, J. 2003. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qualitative Health Research* 13, 781–820.

Sandelowski, M. & Barroso, J. 2007. *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer publishing company, USA.

von Schantz, M. 2005. *Sairaalainfektioiden torjunta hoitotyön toimintona; hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tiedot ja käsitykset*. Turun yliopiston julkaisu C 239. Turun yliopisto, Turku.

Schulz, K.F., Altman, D.G. & Moher, D. for the CONSORT Group 2010. CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine* 152(11), 1–8.

Smith, C.E., Curtas, S., Kleinberg, S.V., Werkowitch, M., Mosier, M., Seidner, D.L. & Steiger, E. 2003. Clinical trial of interactive and videotaped educational interventions reduce infection, reactive depression, and rehospitalization for sepsis in patients on home parenteral nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 27(2), 137–145.

Sparling, K.W., Ryckman, F.C., Schoettker, P.J., Byczkowski, T.L., Helpling, A., Mandel, K., Panchanathan, A. & Kotaqal, U.R. 2007. Financial impact of failing to prevent surgical site infections. *Quality Management in Health Care* 16(3), 219–225.

Streubert, H.J. 2011. Designing data generation and management strategies. Teoksessa Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (toim.) 2011. *Qualitative research in nursing*:

Advancing the humanistic imperative. 5.painos. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Kiina.

Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A. & Välimäki, M. 2005. Patients' information needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14(10), 1167–1176.

Tanner, J., Norrie, P. & Melen, K. 2011. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Review* 2011, issue 11.

Tanner, J., Woodings, D. & Moncaster, K. 2008. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, issue 4.

Tappen, R.M. 2011. *Advanced nursing research: From theory to practice*. Jones & Bartlett Learning, LLC, USA.

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. *Hyvä tieteellinen käytöntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (2012)*. Saatavilla http://www.tenk.fi/pdf/htk_ohje_verkko14112012.pdf, 14.11.2012.

Theroux, R. 2009. Using technology for patients education: evaluating its effectiveness. *Nursing for Womens Health* 13(3), 239–242.

Thomas, R.E., Russell, M. & Lorenzetti, D. 2010. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9.

Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M.H., Noblit, G. & Sandelowski, M. 2004. Qualitative metasynthesis: Reflections on methodological orientation and ideological agenda. *Qualitative Health Research* 14, 1342–1365.

Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interview and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 19(6), 349–357.

Török, M.E., Cooke, F.J. & Moran, E. 2010. *Oxford handbook of infectious diseases and microbiology*. 2. painos. Oxford University Press, New York.

Yardley, L., Miller, S., Schlotz, W., Little, P. 2011. Evaluation of a web-based intervention to promote hand hygiene: exploratory randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 13(4), e107.

Yeh, M.-L., Chen, H.-H. & Liu, P.-H. 2005. Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *Patient Education and Counseling* 57, 217–224.

Yokoe, D.S. & Classen, D. 2008. Improving patient safety through infection control: A new healthcare imperative. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 29(S1), 3–11.

Young, M.H., Washer, L., Malani, P.N. 2008. Surgical site infections in older adults: epidemiology and management strategies. *Drugs & Aging* 25(5), 399–414.

Visser, A., Deccache, A. & Bensing, J. 2001. Patient education in Europe: united differences. *Patient Education and Counseling* 44, 1–5.

Vonberg, R.P. & Gastmeier, P. 2012. Prevention of surgical site infections in bone and joint procedures. *Current Infectious Disease Reports* 14(3), 576–584.

Weber, W.P., Zwahlen, M., Reck, S., Feder-Mengus, C., Misteli, H., Rosenthal, R., Brandenberger, D., Oertli, D., Widmer, A.F. & Marti, W.R. 2008. Economic burden of surgical site infections at a European University Hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 29(7), 623–629.

Webster, J. & Osborne, S. 2007. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, issue 2.

Whitby, M., McLaws, M.L., Doidge, S. & Collepy, B. 2007. Post-discharge surgical site surveillance: does patient education improve reliability of diagnosis? *Journal of Hospital Infections* 66(3), 237–242.

WHO = World Health Organization 2009. *Global priorities for patient safety research*. Saatavilla http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf, 19.8.2012.

WHO = World Health Organization 2011. *Report on the burden of endemic Health Care-Associated infection worldwide*. WHO, Geneva, Switzerland.

Wilde, M.H. & Brasch, J. 2008. A pilot study of self-monitoring urine flow in people with long-term urinary catheters. *Research in Nursing & Health* 31(5), 490–500.

WMA = World Medical Association. 2008. *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Saatavilla <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>, 13.8.2012.

Wong, E.M.-L., Chan, S.W.-C. & Chair, S.-Y. 2010. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1120–1131.

Zarb, P., Coignard, B., Griskeviciene, J., Muller, A., Vankerckhoven, V., Weist, K., Goossens, M.M., Vaerenberg, S., Hopkins, S., Catry, B., Monnet, D.L., Goossens, H., Suetens, C., National Contact Points for the ECDC pilot point prevalence survey & Hospital Contact Points for the ECDC pilot point prevalence survey. 2012. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) pilot point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use. *Eurosurveillance* 17(46). Saatavilla <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20316>, 15.11.2012.

Liite 1. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutuminen

(Salanterä ym. 2004)

ULKOASU	Kyllä	Suuressa määrin	Vähäisessä määrin	Ei
Kirjallisessa potilasohjeessa	4	3	2	1
1 on selkeästi luettava kirjasintyyppi	4	3	2	1
2 kirjasinkoko on 12 tai suurempi	4	3	2	1
3 teksti on virheetöntä	4	3	2	1
4 kappalejako on selkeä	4	3	2	1
5 kirjaimet ovat pääasiassa pieniä	4	3	2	1
6 otsikot ovat selviä ja tiedottavia	4	3	2	1
7 painotettavat sanat on korostettu	4	3	2	1
8 on sisältöä kuvaavia kuvioita/taulukkoita	4	3	2	1
9 on visuaalisesti selkeät kuvat/taulukot	4	3	2	1

OPETUKSELLISUUS

Kirjallisessa potilasohjeessa on

1 esitetty sisältö pääkohdittain	4	3	2	1
2 kerrottu mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä	4	3	2	1
3 ilmoitettu kenelle ohje on tarkoitettu	4	3	2	1
4 kuvattu miten potilaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi	4	3	2	1
5 kuvattu miten hoidon onnistumista seurataan	4	3	2	1
6 opetettavaa asiaa selkeyttäviä esimerkkejä	4	3	2	1
7 kuvattu mikä on ohjeen tarkoitus	4	3	2	1

SISÄLTÖ

Kirjallisen potilasohjeen sisällössä käsitellään

1 potilaan tiedollista selviytymistä	4	3	2	1
2 potilaan toiminnallista selviytymistä	4	3	2	1
3 potilaan selviytymistä bio-fysiologisista ongelmistaan	4	3	2	1
4 potilaan ekonomista selviytymistä	4	3	2	1
5 potilaan sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä	4	3	2	1
6 potilaan kokemuksellista selviytymistä	4	3	2	1
7 potilaan eettistä selviytymistä	4	3	2	1

KIELI JA RAKENNE

Kirjallisen potilasohjeen

1 lauseet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia	4	3	2	1
2 sisältö on esitetty johdonmukaisesti	4	3	2	1
3 teksti on säilyttään ohjaava/neuvova	4	3	2	1
4 teksti on ilman lääketieteellisiä/vierasperäisiä/ammattisanoja	4	3	2	1
5 pääasia erottuu selvästi tekstissä olevat	4	3	2	1
6 lääketieteelliset/vierasperäiset/ammattisanat on määritelty	4	3	2	1
7 teksti on kirjoitettu aktiivimuodossa	4	3	2	1
8 alussa tai lopussa on yhteenveto sisällöstä	4	3	2	1

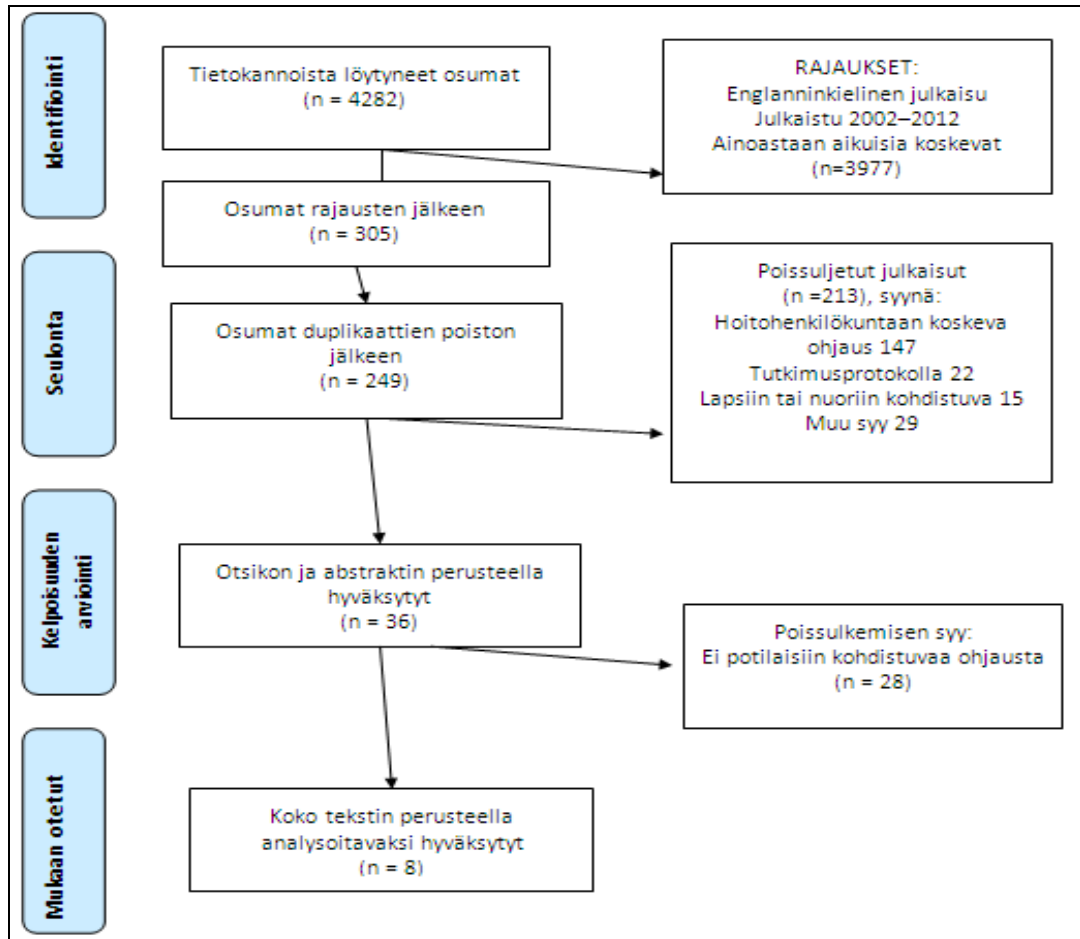
Liite 2. Tutkimuksen keskeiset käsitteet PICO-akronymin mukaisesti

PICO	Käsite
Population Potilasryhmä tai erityispiirteet ryhmästä kuten ikä tai terveysongelma	Leikkausalueen infektiot. Kirurginen potilas, jolla on uhka leikkausalueen infektiosta.
Intervention Hoitotyön toiminto	Potilasohjaus. Infektioiden torjuntaan liittyvä potilasohjaus.
Comparison Vertailu	Potilasohjauksen laatu. Hyvien kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksien toteutuminen.
Outcome Tavoitteellinen tulos tai hyöty	Infektioiden torjunta ja ennaltaehkäisy. Leikkausalue infektioiden esiintyvyyden muutos.

Liite 3. Tiedonhakuprosessi

Tietokannat	Hakulausekkeet	Osumat	Rajaukset	Osumat rajausten jälkeen	Otsikon ja abstraktin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt	Analysoitavaksi hyväksytyt
Cochrane Library (Wiley)	("infection control" OR "infection prevention" OR infection contro\$ OR infection pre\$) AND (Patient educ\$ OR "patient education" OR guidanc\$ OR guidance)	3246	2002-2012	151	14	4	4
Ebsco Host (Cinahl, ERIC)	((MM "Infection Control") OR "infection control" OR (MM "Infection Control Practitioners") OR (MM "Infection Control (Saba CCC)") OR (MM "Infection Control (Iowa NIC)") OR (MM "Knowledge: Infection Control (Iowa NOC)") OR (MM "Infection Protection (Iowa NIC)") OR (MM "Knowledge: Infection Control (Iowa NOC)") OR (MM "Cross Infection") OR (MM "Surgical Wound Infection") OR "infection prevention") AND (DE "Guidance" OR DE "Career Guidance" OR DE "Comprehensive Guidance" OR DE "Counseling" OR DE "Group Guidance" OR DE "Post High School Guidance" OR DE "School Guidance" OR DE "Teacher Guidance" OR DE "Guidelines" OR DE "Facility Guidelines") OR (DE "Patient Education") OR(MH "Teaching, Guidance, and Counseling (Omaha)") OR (MH "Health System Guidance (Iowa NIC)") OR (MH "Counseling+") OR (MH "Patient Education+") OR "patient education" OR (MH "Patient Education (Iowa NIC) (Non- Cinahl)+") OR (MH "Patient Discharge Education") OR (MH "Preoperative Education") OR (MH "Patients+") OR (MH "Patient Discharge+") OR (MH "Discharge Planning+")	173	English, All Adult: 19+ years, 2002-2012	59, joista 0 dublikaattia Cochrane- tietokannan kanssa	12	2	0
Medline (PubMed)	("infection control" OR "infection prevention" OR infection contro* OR infection pre* OR "Infection Control" [Mesh]) AND (Patient educ* OR "patient education" OR "Patient Education as Topic" [Mesh] OR guidanc* OR guidance)	863	English, All Adult: 19+ years, 2002-2012	95, joista 14 dublikaattia Cochrane- tietokannan ja 42 dublikaattia Ebsco Host-tietokantojen kanssa =39	10	4	4

Liite 4. Systemaattisen tiedonhaun flow -diagrammi (mukailten Moher ym. 2009)



Liite 5. Kirjallisuushaun taulukko

Tutkimuksen tekijät Julkaisuvuosi	Tavoite	Metodi Otos	Tulos
Le, T.A., Dibley, M.J., Vo, V.N., Archibald, L., Jarvis, W.R. & Sohn, A.H. 2007.	Vähentää SSI esiintyvyyttä alkoholipohjaisen käsihuuhteen käytöllä. Ohjata ja opastaa hoitajien lisäksi potilaita käsihygienian toteuttamisessa. Ohjausmateriaalina posterit, käsihygienian opastaminen sekä opaslehtinen.	Kvasikokeellinen n=786	SSI määrät pienenivät, erityisesti pinnalliset SSI:t Sairaalaoloaika lyheni Antibioottihoitojen kesto ja käyttö vähenivät
McGuckin, M., Taylor, A., Martin, V., Porten, L. & Salcido, R. 2004.	Vaikuttaa henkilökunnan käsihygienian toteuttamiseen ohjaamalla potilaita käsihygieniasta.	prospektiivinen pre- /post-interventio n=35	Käsihygienian toteutuminen parani huomattavasti myös 3kk seurannassa potilaiden voimavaraistumisen myötä.
Merle, V., Marini, H., Rongère, J., Tavolacci, M.P., Scotté, M. & Czernichow, P. 2011.	Arvioida sekä verrata kirjallisen ja suullisen potilasohjauksen vaikuttavuutta potilastyytyväisyyteen, tietoihin ja asenteisiin SSI:stä.	RCT, single-blinded n=161	Kirjallinen potilasohje ei lisännyt SSI:iin liittyvien tietojen muistamista. Kuitenkin se lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa.
Møller, T., Borregaard, N., Tvede, M. & Adamsen, L. 2005.	Arvioida potilasohjauksen vaikutusta katetri-infektioiden syntyyn.	RCT n=82	Yksilöllinen ja ohjattu potilasohjaus vähensi merkittävästi katetri-infektioita.
Peterson, M.G., Cioppa-Mosca, J., Finerty, E., Graziano, S., King, S. & Sculpo, T.P. 2008.	Arvioida postoperatiivisen potilasohjauksen käyttöön oton vaikutusta infektioiden esiintyvyyteen ja hoitoaikaan.	Seuranta, rekisteri tutkimus n=615	Postoperatiivisesti annettu potilasohjaus lyhensi merkittävästi hoitoaikoja sekä leikkausalueen infektioiden syntyä.
Smith, C.E., Curtas, S., Kleinberg, S.V., Werkowitch, M., Mosier, M., Seidner, D.L. & Steiger, E. 2003.	Arvioida interaktiivisen video-ohjatun potilasohjauksen (IEVI) vaikutusta katetri-infektioiden esiintyvyyteen, masennukseen ja ongelmanratkaisukykyyn.	RCT n=95	Video-ohjattu potilasohjaus vähensi katetri-infektioita, uudelleen sairaalaanottoja sekä masennusta. 18kk seurannassa katetri-infektiot ja uudelleen sairaalaanotot merkittävästi vähäisempiä interventioryhmällä.
Whitby, M., McLaws, M.L., Doindge, S. & Collopy, B. 2007.	Parantaa potilasohjauksella potilaiden itsensä havaitsemien haavainfektioiden merkkien ja oireiden paikkansapitävyyttä SSI hoidossa.	RCT n=588	Ennen toimenpidettä oleva potilasohjaus lisäsi toimenpiteeseen kuuluvien haava löydösten havaitsemista ja SSI liian herkkää diagnosointia
Wilde, M.H. & Brasch, J. 2008.	Itsehoitoisuuden lisääminen potilasohjauksella vähentää virtsakatetri-infektioita.	pilotti interventio n=11	Potilasohjauksella ja ohjekirjasilla lisättiin potilaiden itseohjautuvuutta joka vähensi virtsatiekatetri-infektioita.

Liite 6. Saatekirje

Infektioiden torjuntaan liittyvät kirurgisen hoidon potilasohjeet suomalaisissa yliopistosairaaloissa

Hyvä vastaanottaja,

Tutkin yliopistosairaaloiden potilasohjeiden sisältöä ja menetelmiä kirurgisen hoidon yhteydessä. Tutkimuksen aineistoa varten Teidät on nimetty organisaationne yhdyshenkilöksi. Teidän tehtävänne on avustaa aineiston keruussa teidän organisaatiostanne.

Tutkimuksen aineisto koostuu yliopistosairaaloissa käytössä olevasta kirjallisesta ja/tai elektronisesta potilasohjeesta. Aineistona ovat aikuispotilaille annettavat potilasohjeet kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä. Aineisto on rajattu koskemaan yleis-, urokirurgiseen tai ortopediseen ja traumatologiseen hoitoon liittyvät potilasohjeet. Kirurgisella toimenpiteellä tarkoitetaan suunniteltuja leikkaus- tai pienkirurgisia toimenpiteitä.

Pyydän Teitä ottamaan yhteyttä allekirjoittaneeseen sopiaksemme tarkemmin aineiston keruusta ja toimituksesta. Aineisto toimitetaan joko sähköisesti (dkarif@utu.fi) tai paperisena (Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, opiskelija Dinah Arifulla, 20014 Turun yliopisto).

Työaika on arvioitu kuluvan maksimissaan kaksi (2) tuntia yhdyshenkilönä toimiessa. Tutkimuksesta ei koidu riskejä potilaalle, organisaatiolle tai Teille.

Tutkimustuloksista julkaistaan Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksella TtM-opiskelija Dinah Arifullan pro gradu –opinnäytetyö. Myös yliopistosairaaloille toimitetaan julkaisu tutkimuksesta Teidän kauttanne.

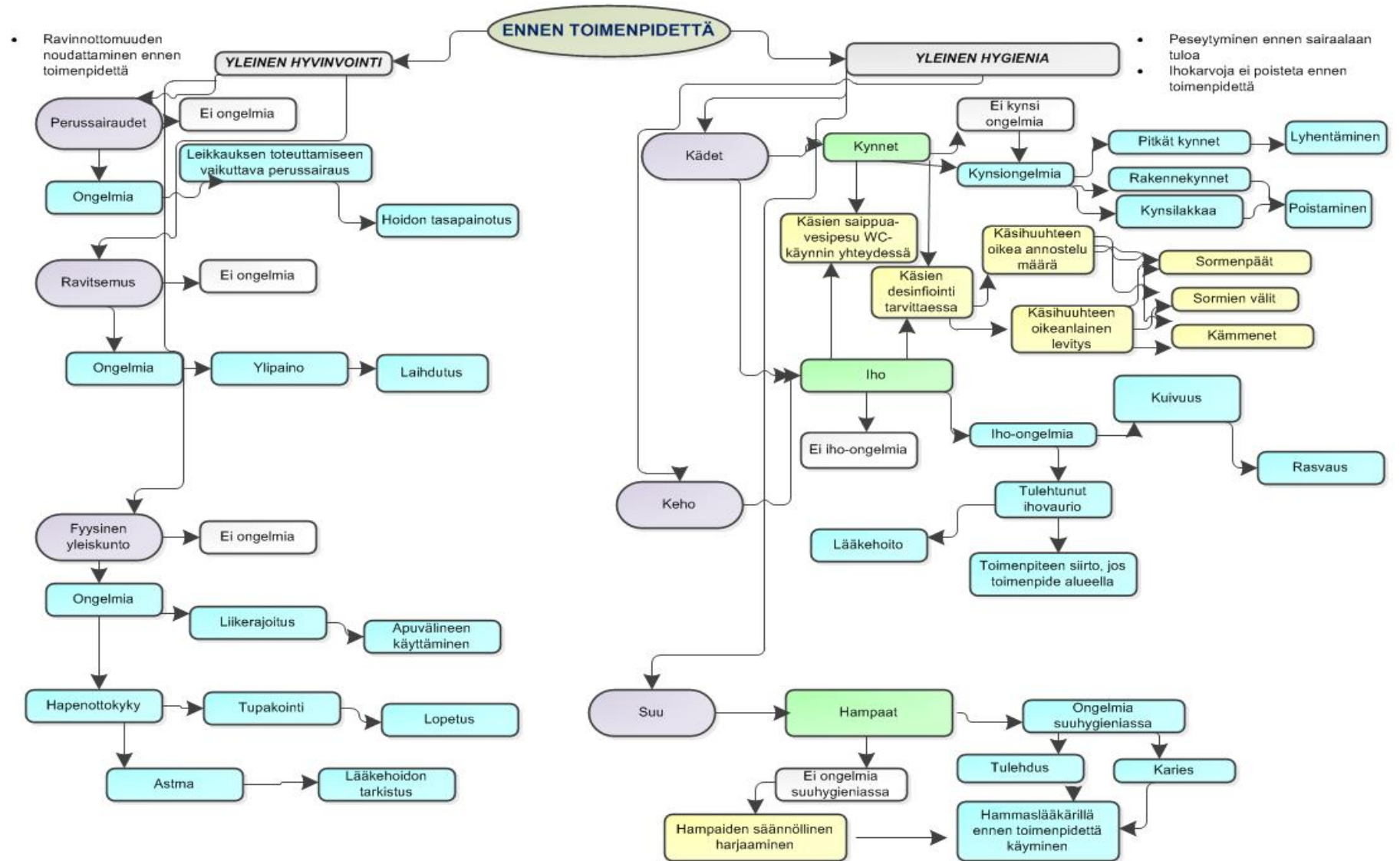
Teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta tutkija Dinah Arifullalle joko puhelimitse (puh. [REDACTED] arkipäivisin klo 8-18) tai sähköpostilla (dkarif@utu.fi).

Kunnioitavasti

Dinah Arifulla

Dinah Arifulla	Helena Leino-Kilpi	Heljä Lundgren-Laine
TtK, TtM-opiskelija	professori	yliopistotutkija, TtM
Turun yliopisto	Turun yliopisto	Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos	Hoitotieteen laitos	Hoitotieteenlaitos
dkarif@utu.fi	Tutkimuksen ohjaaja	Tutkimuksen ohjaaja
puh: [REDACTED]		hklula@utu.fi

Liite 7. Potilasohjeissa ilmenevä infektioiden torjuntaan liittyvä suora ja epäsuora sisältö ennen toimenpidettä



Liite 8. Potilasohjeissa ilmenevä infektioiden torjuntaan liittyvä suora ja epäsuora sisältö toimenpiteen jälkeen

