



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

TUBERKULOOSIPOTILAAN OHJAUKSEN PROSESSIKUVAUS
MEILAHDEN KOLMIOSAIRAALAN KEUHKOSAIRAUKSIEN
POLIKLINIKALLA



Viinämäki, Anna

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
 Laurea Otaniemi
 Hoitotyön koulutusohjelma
 Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tiivistelmä

Anna Viinamäki

Tuberkuloosipotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla

Vuosi 2011

Sivumäärä 46

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla prosessikuvausten keinoin. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa tuberkuloosipotilaan ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyö toteutetaan osana Kolmiosairaala-hanketta, joka on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS/HYKS ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyöhanke. Hankkeessa pyritään tutkimaan, mallintamaan, kehittämään ja tuottamaan sairaalan ohjaus- ja neuvontapalveluja, toimintaprosesseja, ohjausmateriaaleja sekä hyvinvointiteknologiaratkaisuja.

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus. Aineistonkeruu tehtiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin kahta keuhkosairauksien poliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa, joilla oli eniten kokemusta tuberkuloosipotilaan ohjauksesta. Osastonhoitaja auttoi valitsemaan sopivimmat henkilöt. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, jossa sairaanhoitajat olivat yhdessä haastateltavana. Haastattelu rakentui ennalta suunniteltujen teemojen ympärille. Asiantuntijasairanhoitajat tuottivat tietoa tuberkuloosipotilaan ohjausprosessista, ohjauksen keskeisistä sisällöistä sekä ohjaukseen osallistuvista ammattiryhmistä. Saatua informaatio analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin ja tiedon pohjalta luonnosteltiin alustava prosessikaavio. Aineistonkeruun toisessa vaiheessa prosessikaavion alustava versio esiteltiin sairaanhoitajille kaavion paikkansapitävyyden varmistamiseksi. Sairanhoitajat havaitsivat kaaviossa muutamia puutteita, jonka seurauksena kaaviota tarkennettiin ja täydennettiin. Lisäksi kaavion graafista ulkonäköä selkeytettiin.

Opinnäytetyön tulosten mukaan ohjausprosessi jakautuu ohjauksen valmisteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjauksen valmistelu sisältää hoidon käynnistymisen ja vastaanoton valmistelun. Ohjauksen toteutus koostuu hoidon aloituksesta polikliinisesti, valvotusta lääkeshoidosta, tutkimuskäynneistä sekä kontrollikäynneistä. Ohjauksen arviointiin kuuluu hoidon arviointi ja hoidon päättäminen. Potilasohjauksen keskeisimmäksi tavoitteeksi osoittautui potilaan motivoituminen ja sitoutuminen lääkehoitoon. Sairanhoitajan konkreettinen tavoite on varmistaa, että potilaan lääkehoito toteutuu. Potilasohjauksen keskeisiä sisältöjä ovat ohjaus sairaudesta, lääkeshoidosta ja sen valvotusta toteutuksesta, mahdollisista sivuvaikutuksista, hoitoon kuuluvista tutkimuksista sekä potilaan motivointi. Motivoinnin kannalta on olennaista, että potilas ymmärtää hoidon tarpeellisuuden, siksi hoidon perustelemine on tärkeä osa ohjausta. Ohjauksessa edetään yksilöllisesti potilaan vastaanottokyvyn mukaan, olennaisimmista asioista aloittaen. Hyvän ohjauksen lisäksi hoidon onnistumista edesauttaa, että valvottu lääkehoito järjestetään potilaalle mahdollisimman helpoksi toteuttaa ja lääkkeitä aiheutuvat sivuvaikutukset minimoidaan.

Prosessikuvausta voidaan käyttää välineenä tuberkuloosipotilaan ohjauksen kokonaisuuden hahmottamiseen, arviointiin ja tarpeen mukaan kehittämiseen. Työnjakoa selkeyttämällä, työtapoja yhtenäistämällä ja yhteistyötä lisäämällä voidaan poistaa päällekkäistä työtä parantaen tehokkuutta ja sairaanhoidollista laatua.

Asiasanat: potilasneuvonta, potilasohjaus, prosessikuvaus, tuberkuloosi

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Otaniemi
 Nursing education
 Nursing

Abstract

A process description of a tuberculosis patient's counselling at the pulmonary clinic in Meilahti Triangle Hospital

Anna Viinamäki

Year 2011

Pages 46

The purpose of this thesis is to describe a tuberculosis patient's counselling at the pulmonary clinic in Meilahti Triangle Hospital by using the method of process description. The objective is to produce information that can be used to develop patient education. This thesis is a part of the Triangle Hospital -project, which is implemented in partnership with the Hospital District of Helsinki and Uusimaa and Laurea University of Applied Sciences. The objectives of the project are to research, describe, develop and produce patient guidance services, operational processes, materials for patient education and solutions for wellness technology.

This thesis is a qualitative study in which the data collection was conducted in two phases. The first phase was to interview two nurses working at the pulmonary clinic with the most experience of tuberculosis patient's counselling. The head nurse helped to select the most suitable persons. The interview was conducted in a group so that both nurses were present at the same time. The interview was structured around the themes planned in advance. Specialist nurses provided information on a tuberculosis patient's counselling process, the main content of counselling and the professional groups participating in the counselling. The obtained information was analyzed by using content analysis method and a preliminary process description was outlined on basis of the gathered information. In the second phase, the preliminary version of the process description was introduced to the nurses to assess its accuracy. The nurses noticed some shortcomings in the description, which led to corrections. In addition the graphical layout of the description was clarified.

The findings of the thesis show that counseling process is divided in three. Preparation of counseling includes initiation of treatment and preparation of appointment. Implementation of guidance consists of an outpatient treatment initiation, DOT (Directly Observed Treatment), physical examinations and control appointments at the clinic. Evaluation includes assessment and closure of the treatment. The central goal in patient education proved to be the patient's motivation and commitment to medical treatment. The nurse's concrete goal is to ensure that the patient's medical treatment is achieved. The main contents of the patient education are knowledge of the disease, medical treatment and DOT, possible side effects of treatment, treatment-related tests and the patient's motivation. To motivate the patient, it is essential that he understands the need for treatment, therefore, explanation and justification is an important part of counseling. Guidance is given according to the individual patient's capacity to take in information, starting with the most important facts. In addition to good guidance other factors also contribute to the success of the treatment. DOT should be arranged to be as easy as possible for the patient to adhere to and the side effects caused by drugs minimized.

The process description can be used as a tool to perceive, assess and develop a tuberculosis patient's counseling. The efficiency and quality of nursing can be improved by clarifying the division of duties, unifying working practices and increasing co-operation between professionals.

Key words: patient counselling, patient education, patient guidance, process description, tuberculosis

Sisälllys

1	Johdanto	5
2	Tuberkuloosi	6
2.1	Tuberkuloosi – yleisvaarallinen tartuntatauti	6
2.2	Tuberkuloosi ennen ja nyt	7
2.3	Tuberkuloosipotilaan hoitotyö.....	8
2.4	Tuberkuloosipotilaan hoitotyön haasteet	9
3	Potilasohjaus	11
3.1	Ohjaus käsitteenä.....	11
3.2	Laadukas potilasohjaus	12
3.3	Potilaiden näkemyksiä ohjauksesta.....	15
3.4	Ohjauksen merkitys tuberkuloosipotilaan hoidon onnistumiselle	16
4	Prosessikuvaus.....	18
4.1	Prosessi ja prosessin kuvaaminen	19
4.2	Prosessikuvauksen hyödyt	20
4.3	Prosessikuvauksen hyödyntäminen terveydenhuollossa.....	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	22
6	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	22
6.1	Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä.....	23
6.2	Aineistoanalyysimenetelmä.....	24
7	Opinnäytetyön tulokset.....	27
7.1	Ohjauksen valmistelu	27
7.1.1	Hoidon käynnistyminen	27
7.1.2	Vastaanoton valmistelu.....	28
7.2	Ohjauksen toteutus.....	29
7.2.1	Hoidon aloitus polikliinisesti.....	29
7.2.2	Valvottu lääkehoito	30
7.2.3	Tutkimuskäynnit	31
7.2.4	Kontrollikäynnit.....	31
7.3	Ohjauksen arviointi.....	32
7.3.1	Hoidon arviointi.....	32
7.3.2	Hoidon päättäminen	32
8	Pohdinta.....	32
8.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	32
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	33
8.3	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset	35
	Lähteet	39
	Liitteet.....	42
	Liite 1 Haastatteluteemat ja -kysymykset.....	42
	Liite 2 Saatekirje haastatteluun osallistujille	43
	Liite 3 Haastattelusuostumus	44
	Liite 4 Haastateltavien taustatietolomake	45
	Liite 5 Tuberkuloosipotilaan ohjauksen prosessikuvaus.....	46

1 Johdanto

Tuberkuloosi on bakteerin aiheuttama yleisvaarallinen tartuntatauti, joka leviää pisaratartuntana. Tuberkuloosin esiintyvyys Suomessa on alhainen. Vuonna 2008 Suomessa todettiin 346 uutta tautitapausta, kun maailmanlaajuisesti tuberkuloosia sairastaa arviolta lähes 16 miljoonaa ihmistä. Tuberkuloosin hoidon perusta on vähintään kuuden kuukauden mittainen yhdistelmä lääkehoito, joka on myös yksi hoidon toteutumisen suurimmista haasteista. Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tiedollisen ohjauksen lisäksi keskustelu, tuki, ymmärtäminen ja rohkaisu ovat potilaan elämänhallinnan kannalta tärkeitä ohjauksen osa-alueita. Ohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan hoitomyöntyvyyteen ja hoitoon sitoutumiseen, luomaan perustaa itsenäiselle päätöksenteolle ja hälventämään sairauteen ja tulevaisuuteen liittyviä pelkoja. Potilaslähtöisyys, vuorovaikutteisuus sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta ovat laadukkaan ohjauksen kulmakiviä. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta ym. 2007.)

Prosessikuvaus on ollut perinteisemmin teknisen alan työväline, jonka tarjoamia mahdollisuuksia terveydenhuollolle on alettu tunnistaa vasta hiljattain. Parhaimmillaan prosessikuvaus tarjoaa toimintayksikölle välineen valitun prosessin kokonaisuuden hahmottamiseen, arviointiin ja tarpeen mukaan kehittämiseen. Kehittämistyö vaatii toteutuakseen aina toimintayksikön omaa mielenkiintoa ja panosta. Prosessikuvausta voidaan käyttää organisaation toiminnan esittelemiseen ja esimerkiksi uuden työntekijän perehdytykseen. Samoin sitä voidaan käyttää yhteisten ja yhteneväisten ohjauk käytäntöjen varmistamisen tarkistuslistana, jota seuraamalla varmistetaan potilaiden tasalaatuinen ohjaus ja riittävä tiedonsaanti. (Laamanen 2007, 75-76.)

Sisätautien hoitotyön harjoittelujaksolla Meilahden tornisairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla mielenkiintoni sekä keuhkosairauksia että tulevaa Kolmiosairaalaan kohtaan heräsi. Kolmiosairaalassa sairaanhoitajan työnkuvaa kehitetään entistä enemmän potilasohjaukseen keskittyväksi, ja poliklinikoille perustetaan perinteisten lääkärin vastaanottojen lisäksi erillisiä sairaanhoitajan vastaanottoja. Potilaiden ohjaus- ja neuvontapalveluiden sekä toimintaprosessien kehittämisellä ja potilaan itsehoidon vahvistamisella pyritään laadunvarmistamisen ohella järjeistämään vastaanottojen määrää, optimoimaan hoitosuhteen kesto ja hyödyntämään käytettävissä olevat resurssit mahdollisimman tehokkaasti. Keuhkosairauksien poliklinikan osastonhoitaja pitää prosessikuvausta hyödyllisenä ohjauksen kehittämisen työvälineenä ja hyvänä aiheena opinnäytetyölle. Oma mielenkiintoni kehitysmaaläketiedettä kohtaan ohjasi valitsemaan prosessiksi juuri tuberkuloosipotilaan ohjauksen. (Kolmiosairaala-hanke 2008.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla prosessikuvauksen keinoin. Opinnäytetyö tehtiin Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalle. Opinnäytetyö toteutettiin osana Kolmiosairaala-hanketta, joka on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS/HYKS ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyöhanke. Hankkeessa pyritään tutkimaan, mallintamaan, kehittämään ja tuottamaan sairaalan ohjaus- ja neuvontapalveluja, toimintaprosesseja, ohjausmateriaaleja sekä hyvinvointiteknologiaratkaisuja. Kolmiosairaala on uusi sisätautien erikoisalojen sairaala, joka on valmistunut Meilahden sairaala-alueelle. Keuhkosairauksien poliklinikka siirrettiin Meilahden tornista Kolmiosairaalaan marraskuussa 2010 Kolmiosairaalan valmistuttua. (Kolmiosairaala-hanke 2008.)

2 Tuberkuloosi

Tässä kappaleessa kerrotaan lyhyesti millainen sairaus tuberkuloosi on ja miten se tarttuu. Kappaleessa tarkastellaan tuberkuloosin levinneisyyttä Suomessa ja maailmalla niin nykyaikana kuin menneisytydessäkin. Historian esiintuomisella on tarkoitus herättää ymmärrys sairautteen mahdollisesti liitettävistä peloista ja ennakoasenteista. Tuberkuloosipotilaan hoidon tavoitteet ja periaatteet kuvaillaan pääpiirteittäin, samoin hoidon tukipilarina toimiva lääkehoito. Lopuksi esitellään millaisia haasteita tuberkuloosipotilaiden käytännön hoitotyössä esiintyy.

2.1 Tuberkuloosi – yleisvaarallinen tartuntatauti

Tuberkuloosi on *Mycobacterium tuberculosis* -bakteerin aiheuttama yleisvaarallinen tartuntatauti. Tuberkuloosia esiintyy yleisimmin keuhkoissa mutta sitä voi ilmetä missä tahansa elimessä. Kohde-elimien mukaan tuberkuloosi luokitellaan kahteen ryhmään joko keuhkotuberkuloosiksi tai muun elimen tuberkuloosiksi. Vain keuhkotuberkuloosi on tarttuvaa, tartunnan tapahtuen ilmateitse suoraan ihmisestä toiseen. Hoitamaton keuhkotuberkuloosi sairastavan puhuessa, yskiessä tai aivastaessa ilmaan päätyy tuberkuloosibakteereja, joita läheisyydessä olijat hengittävät keuhkoihinsa. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 21–22; Liippo 2005, 402–403; Vasankari, Liippo & Ruutu 2007, 37–40.)

Tartunnan todennäköisyyttä lisää pitkä ja toistuva altistuminen, läheinen kanssakäyminen, altistumistilan koko ja ilmanvaihto sekä sairaan yskimistapa, tuberkuloosibakteerien määrä ja taudinaiheuttamiskyky. Etenkin perheenjäsenet ovat suuressa tartuntavaarassa. Iän puolesta suurin riski sairastua on lapsuudessa, nuoruudessa ja vanhuusiällä. Myös pienillä rokottamattomilla lapsilla, HIV-tartunnan saaneilla ja aids-potilailla on erityisen suuri riski sairastua. Tärkein sairastumiseen vaikuttava tekijä on tartunnan saaneen

immuunipuolustuskyky. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 21–22; Liippo 2005, 402–403; Vasankari ym. 2007, 37–40.)

Tuberkuloosi ei kuitenkaan ole kovin helposti tarttuva tauti. Tartuntavaaralliselle tuberkuloosipotilaalle altistuneista alle kolmannes saa tuberkuloosi-infektion. Kaikista infektion saaneista tuberkuloosiin sairastuu vain kymmenesosa ja suurin osa, jopa 90 % tartunnan saaneista, säilyy lopun elämänsä oireettomina latentin infektion kantajina. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 21–22; Liippo 2005, 402–403; Vasankari ym. 2007, 37–40.)

2.2 Tuberkuloosi ennen ja nyt

Vaikka vanhimmat löydökset tuberkuloosista ovat peräisin yli 7000 vuotta vanhoista luurangoista, tautia aiheuttava tuberkuloosibasilli onnistuttiin löytämään vasta 1800-luvun loppupuolella. Suomessa tuberkuloosikuolleisuus oli korkeimmillaan 1800-luvun puolen välin jälkeen. Isorokko- ja punatautiepidemioiden laannuttua tuberkuloosista tuli 1870-luvulla Suomen yleisin kuolinsyy. Tautiin menehtyi erityisesti lapsia ja nuoria aikuisia. Alueelliset kasaumat olivat merkittäviä ja esimerkiksi Tampereella tuberkuloosi aiheutti tuohon aikaan jopa joka neljännen kaikista kuolemista. 1900-luvun alulla sairastuneille alettiin rakentaa erityisiä tuberkuloosiparantoloita, joissa terveellisen ympäristön ja perushoidon lisäksi annettiin ilmarintahoitoa, tehtiin kirurgisia toimenpiteitä joissa muovattiin rintakehää tai poistettiin sairas osa keuhkoa ja kokeiltiin lähes kaikkia olemassa olevia lääkkeitä, menestyksettä. Valkoisena ruttonakin tunnettu tuberkuloosi oli pelätty, tappava tauti, johon menehtyi 1930-luvulla yksi suomalainen joka tunti. (Liippo 2005, 399–400; Pukkila 2009, 59–63.)

1940-luvun puolivälissä keksittiin ensimmäiset tuberkuloosibakteeriin tehoavat lääkkeet. 1950-luvun alussa käynnistettiin lasten systemaattiset BCG-rokotukset. Samanaikaisesti aloitettiin pakolliset maanlaajuiset seulonnat, joissa kaikkien yli 15-vuotiaiden keuhkot kuvattiin kolmen vuoden välein. Tuberkuloosille altistavissa ammateissa työskentelevät sekä korkeakouluopiskelijat tutkittiin joka vuosi. Työnhakuun tarvittiin tuberkuloositodistus ja odottavien äitien oli käytävä röntgenkuvauksessa ollakseen oikeutettuja sosiaaliavustukseen ja äitiyspakkaukseen. Seulontojen vuotuinen huippu saavutettiin vuonna 1976, jolloin kuvattiin noin 1,8 miljoonaa suomalaista, kaikkiaan kuvauksia tehtiin yli 50 miljoonaa. Pakollisia kuvauksia harvennettiin 1980-luvun alussa ja niistä luovuttiin kokonaan lääkintöhallituksen päätöksellä vuonna 1989. Yhdistelmä lääkehoidot yleistyivät vähitellen 1960- ja 1970-luvuilla ja tappava tauti kyettiin vihdoinkin parantamaan. (Liippo 2005, 399–400; Pukkila 2009, 59–63.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n arvion mukaan tätä nykyä jopa kolmannes maapallon väestöstä on saanut tuberkuloositartunnan. Tällä hetkellä arviolta lähes 16 miljoonaa henkilöä sairastaa tuberkuloosia ja tautiin menehtyy vuosittain noin 2 miljoonaa henkilöä. Valtaosa, noin 95 % potilaista, on kehitysmaissa ja vain noin 5 % teollisuusmaissa. Suomi kuuluu tätä nykyä matalan ilmaantuvuuden maihin. Vuonna 2008 uusia tautitapauksia todettiin Suomessa yhteensä 346, joista suurin osa, noin 65 %, oli keuhkotuberkuloosia. Kaikista tapauksista lähes 60 % ilmoitettiin yli 60-vuotiailla ja 15 % ulkomailla syntyneillä tai ulkomaan kansalaisilla. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 9, 23; Liippo 2005, 400, 407; Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2009, 32–33.)

2.3 Tuberkuloosipotilaan hoitotyö

Tuberkuloosipotilaan hoidon tavoitteena on parantaa sairaus, hävittää tuberkuloosi-infektio potilaan elimistöstä ja ehkäistä taudin leviäminen muihin ihmisiin. Keuhkotuberkuloosin ehkäisyssä on keskeistä, että sairastunut henkilö löydetään mahdollisimman pikaisesti. Taudin varhainen epäily ja diagnoosi sekä tartuntavaarallisen potilaan eristys, tehokkaan lääkehoidon viipymätön aloitus ja oikean yskimistekniikan opettaminen ovat parhaita keinoja ehkäistä taudin leviämistä. Hoidon onnistumisen kannalta on olennaista, että hoito aloitetaan tehokkaalla lääkityksellä, mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja hoito jatkuu riittävän pitkään. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 50, 95.)

Tuberkuloosin hoidon perusta on lääkehoito. Lääkkeiden tehtävänä on tuhota aktiivisesti jakautuvat tuberkuloosibakteerit ja steriloida kudokset eliminoimalla jaksoittain jakautuvat bakteerit. Lisäksi tulee estää tuberkuloosibakteerin lääkeresistenssin kehittyminen. Koska eri lääkkeillä on erilaisia vaikutustapoja, lääkehoito toteutetaan aina yhdistelmähoitona, yleensä 3-5 lääkkeen yhdistelmänä. Onnistuakseen lääkehoidon on toteuduttava säännöllisesti ja jatkuttava riittävän pitkään, vähintään kuuden kuukauden ajan. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 50–53.)

Keuhkotuberkuloosipotilaiden hoito suositellaan aina aloitettavaksi sairaalassa. Värjäyspositiivisten potilaiden hoito aloitetaan tartuntavaaran ehkäisemiseksi eristyshuoneessa keuhko- tai infektio-osastolla. Eristystä jatketaan kunnes tartuntavaara on ohi. Osastohoidon aikana toteutetaan valvottua lääkehoitoa (Directly Observed Treatment, DOT), jossa sairaanhoitaja seuraa, että potilas nielee kaikki hänelle määrätyt lääkkeet. Hyvin toteutuneessa lääkehoitoon reagoivassa tuberkuloosissa potilaan yskimistiheys laskee ja tartuntavaara vähenee merkittävästi kahdessa viikossa, jonka jälkeen eristys voidaan purkaa. Suositeltavaa on, että myös värjäysnegatiivisten potilaiden hoito aloitetaan osastoseurannassa. Käytännöllä pyritään varmistamaan, että potilaan ja omaisten ohjaukseen käytetään riittävästi aikaa. Samalla pystytään seuraamaan mahdollisia lääkkeiden aiheuttamia

haittavaikutuksia ja tarvittaessa tarkistamaan lääkitystä. Potilaan hoitomotivaatiota ja hoitoon sitoutumista arvioidaan lääkehoidon tulevan toteutumisen näkökulmasta. Potilaan yksilöllisiä, hoitoa vaikeuttavia ominaisuuksia kuten päihteiden käyttöä, elinolosuhteita, kulttuurieroja tai kieliongelmia, pyritään kartoittamaan ja selvittämään mahdollisuuksien mukaan. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 50–53, 101.)

Lääkehoidon aloitus, seuranta, mahdolliset lääkemuutokset ja lääkehoidon lopetus tehdään aina erikoissairaanhoidon piirissä. Vastuu hoidosta ja hoidon ohjauksesta on koko hoidon ajan erikoissairaanhoidon lääkärillä. Hoito toteutuu pääasiassa avohoidossa, jolloin perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöllä on yhdessä potilaan ja erikoissairaanhoidon kanssa vastuu valvotun lääkehoidon toteutuksesta. Hoitoryhmän ja potilaan sitoutuminen yhteistyöhön on tärkeää vaativan lääkehoidon onnistumiseksi. Mikäli potilaan katsotaan hyötyvän tuesta lääkkeiden otossa, järjestetään hänelle valvottu lääkehoito. Näin menetellään aina, jos kyseessä on päihdeongelmainen, mielenterveysongelmainen, sosiaalisesti marginalisoitunut, muistamaton, huonokuntoinen tai iäkäs potilas tai, jos lääkitys otetaan vain kolmesti viikossa. Tällöin lääkehoito toteutetaan joko terveyskeskuksessa tai kotisairaanhoidon avuin potilaan kotona. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 52–53.)

Taiwanilaisessa tutkimuksessa kartoitettiin tekijöitä, joilla on vaikutusta keuhkotuberkuloosihoidon onnistumisessa. Tutkimus paljasti, että keuhkosairaalassa tai keuhkolääkärin hoitamien tai valvotussa lääkehoidossa olevien potilaiden hoito oli merkittävästi tuloksekkaampaa kuin muiden. Keuhkosairaalassa hoidettujen potilaiden parempien hoitotulosten arvioitiin johtuvan lääkärin erityisosaamisesta tuberkuloosin hoidossa, tiukemmasta avopotilaiden seurantajärjestelmästä sekä kehittyneemmästä potilasneuvonnasta. Keuhkolääkäreiden hoitamien potilaiden hoidon varmemman onnistumisen pääteltiin johtuvan keuhkolääkäreiden tottuneisuudesta tuberkuloosin hoidossa. Lisäksi huomattiin, että keuhkolääkärin keuhkosairaalassa hoitaman potilaan hoito onnistui todennäköisemmin kuin keuhkolääkärin muussa instituutiossa hoitaman potilaan hoito. Sekä hoitohenkilöstön koulutuksella että hoitoa tarjoavalla instituutiolla on merkitystä hoidon laatuun. Tuberkuloosipotilaiden valvottu lääkehoito ja hoitohenkilökunnan kouluttaminen potilasneuvonnassa ja potilaiden hoitoon sitouttamisessa ovat tärkeässä asemassa hoidon onnistumisessa. (Chung, Chang & Yang 2007.)

2.4 Tuberkuloosipotilaan hoitotyön haasteet

Tuberkuloosin harvinaistuminen tuo mukanaan uusia haasteita: terveydenhuoltohenkilöstön tieto-taito heikkenee ja kyky löytää ja hoitaa tautia huononee. Myös väestön kyky tunnistaa tuberkuloosin oireita heikkenee, mikä johtaa hoitoon hakeutumisen, diagnoosin sekä hoidon aloittamisen viivästymiseen lisäten samalla tartuntavaaraa yhteisössä. Myös terveydenhuollon

käytännön järjestelyillä, sillä miten palvelut on organisoitu, onko asiantuntemusta saatavilla, onko linkkejä potilaiden tukemiseksi ja joustavuutta aukioloajoissa, on merkitystä hoidon käytännön toteutumisessa. (World Health Organization 2003, 123–124; Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 33–35.)

Suomessa tuberkuloosin tärkeimpiin riskiryhmiin kuuluvat iäkkäät, päihdeongelmaiset ja sosiaalisesti syrjäytyneet sekä korkean ilmaantuvuuden maista tulevat henkilöt. Samalla kun tuberkuloositapaukset keskittyvät riskiryhmiin, myös tuberkuloosin hoito vaikeutuu. Päihdeongelmaisia ja kodittomia on usein vaikea tavoittaa ja saada hoidon piiriin, hoitamattomana tauti leviää epidemian lailla. Päihdeongelmaisten hoito keskeytyy usein rinnakkaisairauksien ja hoitoon sitoutumattomuuden vuoksi. Sosiaalisten tukiverkoston puute ja epävakaa elinolosuhteet saattavat vaikeuttaa hoitoon sitoutumista entisestään. Monisairaiden vanhusten lääkehoitoa hankaloittavat rinnakkaiset lääkitykset, joiden vaikutuksia tuberkuloosilääkkeet heikentävät. Ulkomaalaissyntyisillä kulttuurierot tai yhteisen kielen puute voivat vaikeuttaa hoidon toteutusta. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 29, 33–35; World Health Organization 2003, 123–124.)

Lääkehoidon monimutkaisuus asettaa omat haasteensa hoidon toteutumiselle. Lääkkeiden määrä ja lääkkeenottotiheys, intensiivivaiheessa yleensä kolmesta viiteen lääkkeeseen päivittäin ja jatkohoidon aikana yleensä kahdesta kolmeen lääkettä päivässä, sekä lääkehoidon kokonaispituus, joka on lyhimmillään kuusi kuukautta, vaativat melkoista sitoutumista hoitoon. Tämän lisäksi lääkkeitä saattaa aiheutua sivu- tai haittavaikutuksia, jotka hankaloittavat tai jopa estävät joidenkin lääkkeiden käytön. (World Health Organization 2003, 123–124.)

Suomen lähialueilla, Venäjällä ja Baltian maissa, esiintyy kasvavassa määrin lääkeresistenttiä tuberkuloosia. Lisääntyneen matkustamisen ja muuttoliikenteen myötä resistentti kanta saattaa yleistyä myös Suomessa. Yleisimmin lääkeresistenssi on kuitenkin seurausta huonosti toteutuneesta lääkehoidosta. Lääkeresistentit bakteerit alkavat lisääntyä, jos potilasta lääkitaan vain yhdellä tehokkaalla lääkkeellä kerrallaan. Näin voi tapahtua, jos potilas jättää osan lääkkeitään ottamatta esimerkiksi sivuvaikutusten takia. Tämän vuoksi onkin tärkeää että etenkin hoidon alkuvaiheessa lääkehoito toteutetaan valvotusti. Tarvittaessa valvontaa voidaan tehdä koko hoidon ajan. (Liippo 2005, 417; Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 3–4, 50.)

Potilaskohtaisten tekijöiden, kuten etnisyyden, sukupuolen ja iän vaikutusta hoidon toteutumiseen on pohdittu useissa tutkimuksissa. Potilaan tiedot tuberkuloosista ja hänen uskonsa lääkityksen tehoon vaikuttavat suuresti päätökseen lääkehoidon loppuunsaattamisesta. Lisäksi esimerkiksi kulttuuriset uskomukset ja perinteiseltä parantajalta saadut neuvot saattavat olla ristiriidassa länsimaisen lääketieteen kanssa. Myös

päihteiden käytön, masennuksen tai stressin aiheuttama henkinen epätasapaino saattavat vaikuttaa potilaan kykyyn sitoutua pitkään lääkehoitoon. (World Health Organization 2003, 123–124.)

Potilaan tyytyväisyys sairaanhoitajan osoittamaan tukeen sekä sairaanhoitajan ja potilaan välinen tukeva ja kannustava suhde ovat tärkeitä vaikuttavia tekijöitä hoitoon sitoutumisessa. Maailman Terveysjärjestön raportissa todetaan kuitenkin myös, että empaattista suhdetta voi käytännössä olla vaikea luoda tilanteessa jossa sairaanhoitaja on alikoulutettu, ylityöllistetty, vailla riittävää ohjausta ja tukea, niin kuin asian laita usein korkean tuberkuloosi esiintyvyyden maissa on. (World Health Organization 2003, 123–124.)

3 Potilasohjaus

Tässä kappaleessa käydään läpi ohjauksen käsitettä arkikielessä ja hoitotieteessä. Kappaleessa esitellään näkökulmia laadukkaaseen potilasohjaukseen sekä potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Lopuksi referoidaan muutamia tutkimuksia, jotka käsittelevät ohjauksen merkitystä tuberkuloosipotilaiden hoidon onnistumiselle. Suurimmassa osassa Länsi-Eurooppaa tuberkuloosi on harvinainen, jonka vuoksi aiheesta on vaikea löytää spesifistä paikallista tutkimusta. Tämän vuoksi kappaleeseen valitut tutkimukset sijoittuvat Aasiaan.

3.1 Ohjaus käsitteenä

Puhekielessä ohjaaminen ymmärretään yleensä ohjauksen antamisena jollekin sekä jonkin suuntaamisena, johdattamisena ja johtamisena. Ohjauksen rinnalla käytetään opetuksen, koulutuksen, kasvatuksen ja valmennuksen käsitteitä. Synonyymeinä käytetään myös käsitteitä johtaa, opastaa, neuvoa, perehdyttää, osoittaa ja hoidella. Hoitotieteessä ohjaus esiintyy yleensä osana ammatillista toimintaa tai hoito- tai opetusprosessia. (Kääriäinen 2007, 27, 106.)

Käytäessä tavoitteellista keskustelua potilaan tilanteesta ja oppimisesta kyseessä on ammatillisena toimintana tapahtuva ohjaus. Autettaessa ja tuettaessa potilasta oman tilanteensa käsittelemisessä puhutaan ohjausprosessista. Ohjaus voi olla joko aktiivista merkitysten luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä tai toisaalta potilaan kokemusten reflektointia ja niistä oppimista. Tieteellisessä käytössä ohjauksen synonyymeina voidaan käyttää neuvontaa, tiedonantamista ja opetusta. Suomenkielistä ohjaus-käsitettä vastaamaan käytetään englanninkielisiä käsitteitä counselling, guidance ja education. Käsitteiden välillä on todettu olevan eroavaisuuksia vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. (Kääriäinen 2007, 27, 106.)

Ohjausprosessi koostuu ohjauksen tarpeen määrittelystä, ohjauksen kulun suunnittelusta, ohjauksen toteutuksesta sekä ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arvioinnista. Ohjausprosessin käsitettä voidaan hyödyntää tarkasteltaessa potilaan hoitopolkua ja ohjausta kokonaisuudessaan. Hyvässä potilaslähtöisessä ohjauksessa ohjauksen tarvetta uudelleen arvioidaan jatkuvasti ja ohjauksen suunnittelua, toteutusta ja arviointia räätälöidään sen mukaisesti. Näin ohjausprosessin vaiheet toistuvat hoitopolun sisällä hoidon kaikissa vaiheissa. Potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistamiseksi ohjausprosessin vaiheiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on tärkeää. Potilaalle annettun ohjauksen lisäksi on hyvä kirjata ohjauksen vaikuttavuuden arviointi, kuten potilasohjauksella saavutettu hoitotyön tulos. (Hallila 1998, 40-43; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10-16.)

3.2 Laadukas potilasohjaus

Ohjauksen toteuttaminen hoitotyössä on paitsi potilaan oikeus myös sairaanhoitajan velvollisuus. Useat lait, ammattikäytänteet sekä kansalliset ohjelmat ja suositukset määrittävät potilasohjausta. Toukokuussa 2011 voimaan astuu uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010), jossa yhdistyvät nykyinen kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopalveluihin sisältyy ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja oma-hoitoa. Laissa potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) säädetään, että potilaalle on annettava ymmärrettävästi tietoa hänen sairaudestaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista hoitoon liittyvistä tekijöistä, jotta hän on kykenevä itsenäiseen ja perusteltuun päätöksentekoon omassa hoidossaan. (L 30.12.2010/1326; L 17.8.1992/785.)

Kääriäinen ja Kyngäs (2007) ovat määritelleet ohjauksen asiakkaan ja hoitohenkilökunnan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi vuorovaikutuksessa tapahtuvaksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Laadukkaan potilasohjauksen on havaittu edistävän potilaan terveyttä. Hyvällä ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti muun muassa potilaan toimintakykyyn, itsehoitoon ja itsenäiseen päätöksentekoon. Masentuneisuuden ja yksinäisyyden tunteen vähentyessä myös potilaan mieliala paranee. Potilaan tietomäärän ja ymmärryksen kasvaessa hänen kykynsä toteuttaa hoitoa parantuu ja hoitoon sitoutuminen lisääntyy. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella joko yksilön tai yhteisön kannalta. Yksilön näkökulmasta keskiössä ovat yksilön subjektiiviset kokemukset ohjauksen tuomasta tuesta ja tiedosta. Yhteisön näkökulmasta kiinnostavia ovat kansanterveydelliset, kansantaloudelliset ja yhteiskunnalliset hyödyt. (Kyngäs ym. 2007, 145-147.)

Potilaslähtöisyys, vuorovaikutteisuus sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta ovat laadukkaan ohjauksen kulmakiviä. Potilaslähtöisessä ja yksilöllisyyttä kunnioittavassa ohjauksessa on lähtökohtana potilaan ja sairaanhoitajan taustatekijät. Erilaiset potilaat

tarvitsevat erilaista tietoa ja tukea. Sairaanhoidajan tehtävänä on, yhteistyössä potilaan kanssa, tunnistaa ja arvioida ohjaustarpeita. Ohjauksen sisältö rakentuu potilaan hyvinvoinnin, terveyden tai sairauden kannalta tärkeistä tekijöistä. Sairaanhoidajan on tunnistettava myös omat taustatekijänsä, ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä voidakseen toimia potilaan parhaaksi. Ohjauksen lähtötilanteen arviointi on ohjauksen toteutumisen kannalta tärkeää. Ohjaustarpeita voidaan selvittää erilaisten kyselylomakkeiden avulla tai yksinkertaisesti pyytämällä potilasta nimeämään asioita, joihin hän kokee tarvitsevansa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.)

Potilaan ja sairaanhoidajan taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli sekä sairauden tyyppi ja terveydentila. Potilaan kyky vastaanottaa ohjausta vaihtelee näiden fyysisten tekijöiden mukaan. Sairaanhoidajan tehtävänä on asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen huomioiden samalla potilaan kyky ja valmius sisäistää ohjausta. Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä ovat muun muassa potilaan käsitys omasta terveydentilastaan, hänen terveystuskomukset, mieltymykset, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Potilaan motivaatiosta riippuu kokeeko hän ohjauksen itselleen tärkeäksi ja haluaako hän oppia hoitonsa kannalta keskeisiä asioita. Myös sairaanhoidajan omalla motivaatiolla ja asennoitumisella on vaikutusta ohjauksen onnistumiseen. (Kyngäs ym. 2007, 29–35.)

Sosiaaliset taustatekijät muodostuvat potilaan ja sairaanhoidajan maailmankatsomuksesta, heidän sosiaalisista, kulttuurisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä arvoistaan. Arvot vaikuttavat sekä potilaan että sairaanhoidajan tapoihin käyttäytyä ja suhtautua ohjauksessa käsiteltäviin asioihin ja ohjaustavoitteisiin. Mahdollisista näkemyseroista huolimatta sairaanhoidajan tulee tukea ja kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Ympäristössä olevat tekijät, hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö, voivat joko tukea tai heikentää ohjaustilannetta. Rauhallinen ja kiireetön ympäristö vailla keskeytyksiä, sekä avoin, luottamuksellinen ja kaksisuuntainen vuorovaikutus tukevat ohjaamisen onnistumista. (Kyngäs ym. 2007, 35–38.)

Kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa sekä potilas että sairaanhoidaja ovat aktiivisessa roolissa. Sairaanhoidaja rohkaisee potilasta kertomaan taustatekijöistään, tarpeistaan, odotuksistaan ja pyrkimyksistään. Sanallisen viestinnän lisäksi sairaanhoidaja kiinnittää huomiota myös potilaan sanattomaan viestintään. Sairaanhoidaja on vastuussa vuorovaikutuksesta mutta tavoitteet asetetaan yhdessä. Molemminpuolinen kunnioitus on toimivan ohjaussuhteen edellytys, potilas on oman elämänsä, sairaanhoidaja ammattinsa asiantuntija. Ohjaussuhde, potilaan tarpeiden huomioiminen sekä hänen aktiivisuudensa ja

tavoitteellisuuden tukeminen ennustavat ohjauksen vaikuttavuutta. (Kyngäs ym. 2007, 38–40.)

Onnistunut ohjaus edellyttää sairaanhoitajan ja potilaan aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. Sairanhoitajan tulee rohkaista potilasta uskomaan omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Kun potilas tuntee itsensä ohjaussuhteessa arvostetuksi ja saa tarpeellista tietoa ja tukea, ymmärtää hän paremmin itseään ja tilannettaan ja on valmiimpi ottamaan vastuuta hoidostaan. Jos potilas on passiivinen eikä vuorovaikutusta synny, on sairaanhoitajan otettava vastuu sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamisesta sosiaalisen tuen muodot huomioiden. (Kyngäs ym. 2007, 41–42.)

Ohjausinterventioilla lisätään potilaan tietämystä terveydentilastaan, sairaudesta ja omahoidosta. Samalla vähennetään terveysongelmien vaikutusta elämänlaatuun ja psyykeeseen. Potilastyytyväisyyden on todettu kasvavan informaation myötä. Potilasohjauksella pystytään tutkitusti vaikuttamaan positiivisesti potilaan voimaantumiseen ja omahoitoon. Voimaantuminen voidaan määritellä yksilön kykyä hallita elämäänsä ja elinolojaan, ratkaista mahdollisia ongelmatilanteita sekä tuntea elämänsä tasapainoiseksi. Voimaantumista voidaan tarkkailla kahdesta näkökulmasta. Psykologinen voimaantuminen kuvaa yksilön sisäistä hallinnantunnetta. Ulkoinen voimaantuminen tarkoittaa sitä, miten yksilöä voidaan ulkoapäin tukea toimenpiteillä, jotka ovat hänen itsensä ulottumattomissa. Terveystietä puhuttaessa voimaantuminen voidaan yksinkertaisesti ymmärtää potilaan toiminnallisena kokonaisuutena, jonka avulla hän hallitsee terveysongelmiansa sekä niiden vaikutuksia elämäänsä. (Johansson, Leino-Kilpi, Salanterä ym. 2002; Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 138–139.)

Voimaantuminen voidaan jakaa seitsemään ulottuvuuteen: *Biofyysinen* voimaantuminen tarkoittaa, että potilas tuntee sairauden fyysiset merkit ja oireet ja omaa riittävästi tietoa kyetäkseen kontrolloimaan oireista aiheutuvia ongelmia. *Toiminnallisessa* voimaantumisessa on kyse potilaan kyvystä, uskosta ja jaksamisesta liikkua ja toimia ja tuntea pystyvänsä hallitsemaan ongelmaansa. *Kognitiivinen* voimaantuminen on potilaan tunnetta siitä, että hänellä on riittävästi ymmärrettävää tietoa sairaudestaan ja hän pystyy halutessaan etsimään lisätietoa aiheesta ja arvioimaan sen hyödyllisyyttä tilanteessaan. (Johansson ym. 2002; Leino-Kilpi ym. 1999, 138–139.)

Sosiaalisessa voimaantumisessa on keskeistä, että potilas kokee sairaudestaan huolimatta olevansa edelleen osa sosiaalista piiriään ja että hoitoympäristö ja hoitohenkilökunta tukevat hänen sairautensa hallintaa. Voimaantumisen *kokemuksellisessa* ulottuvuudessa pyritään hyödyntämään potilaan aikaisempia kokemuksia sairauden kanssa selviämiseksi. *Eettinen* voimaantuminen käsittää potilaan oikeudet ja tunteen siitä, että häntä arvostetaan ja

kunnioitetaan yksilönä ja että hoidon tavoitteena on hänen hyvinvointinsa. *Taloudellisessa* voimaantumisessa on keskeistä, että potilas pystyy selviytymään sairauden aiheuttamista kuluista ja että hoito järjestetään potilaalle mahdollisimman edullisesti. (Johansson ym. 2002; Leino-Kilpi ym. 1999, 138-139.)

3.3 Potilaiden näkemyksiä ohjauksesta

Turun yliopistollinen keskussairaala, Turun ammattikorkeakoulu ja Turun yliopisto työskentelevät yhdessä tutkimusprojektissa, jonka tavoitteena on kehittää näyttöön perustuvaa potilasohjausta Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Osana projektia tehtiin tutkimus, jonka avulla kartoitettiin potilaiden näkemyksiä ja arvioita saamastaan potilasohjauksesta. Tutkimuksen perusteella tehtiin neljä käytännön ehdotusta potilasohjauksen kehittämiseksi. Ensimmäiseksi, potilasohjauksen tulisi olla vieläkin yksilöllisemmin suunniteltua ja potilaskeskeisempää. Potilaalta tulisi aina aluksi kysyä, mitä hän jo tietää ja millaista tietoa hän tarvitsee, ja perustaa ohjaus näille tiedoille. Kolmasosa potilaista koki, ettei saanut näkemystään esiin potilasohjauksen suhteen. Lähes puolet potilaista koki, ettei heille annettu mahdollisuutta ilmaista näkemyksiään potilasohjauksen tavoitteiden suhteen. (Johansson ym. 2002.)

Toiseksi, ohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota nuorten sekä naisten ohjaukseen. Tutkimus osoitti, että vanhemmat potilaat ja miehet saivat enemmän huomiota ja konkreettista ohjausta. Kolmanneksi, potilasohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota kokemuksellisiin, eettisiin ja taloudellisiin seikkoihin. Vaikka suurin osa potilaista koki saaneensa riittävästi potilasohjausta ja tietoa hoidostaan, lähes kolmannes koki, ettei saanut riittävästi tietoa hoidon sivuvaikutuksista, hoitoon liittyvistä ongelmista ja jatkohoidosta. Lisäksi potilasohjauksessa toivottiin käytettäväksi useampia erilaisia ohjausmenetelmiä. Tutkimuksessa paljastui yllättäen, ettei kirjallisen materiaalin jakaminen ole itsestäänselvyys. Tutkimukseen osallistujista vain hivenen yli puolet oli saanut kirjallista materiaalia osana ohjausta. (Johansson ym. 2002.)

Kuopion yliopistolla valmistuneessa pro gradu -tutkielmassa selvitettiin tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden näkemyksiä elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittämisestä. Tutkielman tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien vastaavien tutkimusten kanssa. Potilaat kokivat ohjauksen keskittyvän tietoon sairaudesta ja sen hoidosta, kun taas potilaan yksilöllinen elämäntilanne ja voimavarat selviytyä sairauden kanssa jäivät vähäiselle huomiolle. Tiedollisen ohjauksen lisäksi potilaat odottavat keskustelua, tukea, ymmärtämistä ja rohkaisua. Tutkielmassa nousi esille kolme pääteemaa

ohjauksen kehittämiseksi: arkielämässä selviytymistä tukeva tieto, rohkaiseva ohjaus ja yksilöllinen ohjaus. (Sonninen, Kinnunen & Pietilä 2006, 18–21.)

Arkielämässä selviytymistä tukeva tieto sisälsi perustietoa sairaudesta, sairauden syistä, oireista, hoidosta, hoitoon hakeutumisesta, sairauden vaikutuksesta arkielämään, ennusteesta ja lääkkeistä. Tiedon sairauden tyypillisistä oireista koettiin vähentävän turhaa huolestumista ja helpottavan hoitoon hakeutumista tarvittaessa. Kotiutuksen yhteydessä kaivattiin tietoa siitä, mihin ottaa yhteyttä oireiden pahentuessa sekä miten määrättyjen lääkkeiden voi odottaa vaikuttavan. Kertominen sairauden vaikutuksista jokapäiväiseen elämään sekä sairauden ennusteesta auttaa suunnittelemaan arkielämää ja tulevaisuutta. Konkreettisten neuvojen saaminen arkitilanteisiin lisää tunnetta oireiden hallinnasta. Potilaat toivoivat mahdollisuuksia vertaistukeen ja tietoa potilasyhdistystoiminnasta. (Sonninen ym. 2006, 18–21.)

Rohkaiseva ohjaus käsitti keskustelemisen muustakin kuin sairaudesta. Elämänhallinnan tukeminen, tulevaisuuteen suuntautuminen, sairauden kanssa jaksaminen, hoitovaihtoehtoista keskusteleminen, kirjallisten ohjeiden läpikäyminen ja omien voimavarojen tunnistaminen olivat aihepiirejä, joista potilaat halusivat keskustella sairaanhoitajan kanssa. Erityisen tärkeäksi koettiin toivon luominen ja ylläpitäminen sekä tukeminen uskossa tulevaisuuteen ja mahdollisuuteen selviytyä sairauden kanssa. Hoitovaihtoehtoista keskusteleminen koettiin rohkaisevana ja mieltä rauhoittavana. Sairauden kanssa jaksamiseen auttavista tekijöistä, kuten perheestä, ystävistä ja harrastuksista, tulisi puhua sekä rohkaista potilasta avoimuuteen sairautessaan, jotta läheiset voisivat ymmärtää hänen tilannettaan paremmin. (Sonninen ym. 2006, 18–21.)

Yksilöllinen ohjaus sisälsi potilaan aikaisemman tietoperustan, yksilöllisten tarpeiden ja elämäntilanteen huomioimista ohjauksen suunnittelussa ja sairaanhoitajan kykyä eläytyä potilaan tilanteeseen. Henkilökohtaisista asioista puhumisen edellytyksenä pidettiin sairaanhoitajan aitoa kiinnostusta potilaasta ja hänen tilanteestaan, samoin kuin rauhallista kahdenkeskistä keskusteluympäristöä. Luottamuksellisessa ja avoimessa ohjaustilanteessa potilas uskaltaa kysyä häntä mietityttävistä asioista. Potilaat kokivat saaneensa riittävästi kirjallista materiaalia, mutta toivoivat keskustelua materiaalista sairaanhoitajan kanssa. Tietomäärän arvioitiin olevan yhdellä kertaa jopa liian suuri ja vaikeaselkoinen. (Sonninen ym. 2006, 18–21.)

3.4 Ohjauksen merkitys tuberkuloosipotilaan hoidon onnistumiselle

Lääkehoito on tuberkuloosin hoidon kulmakivi, jonka vuoksi lääkehoitoon sitoutuminen on hoidon onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Kyngäksen (2009) mukaan lääkehoitoon

sitoutumiseen vaikuttavat lääkehoidon kesto, lääkkeen sivuvaikutukset, lääkkeen toivottu ja koettu vaikutus, lääkkeen ottokerrat, muut samanaikaisesti toteutettavat hoidot, uskomukset sekä suhtautuminen lääkehoitoon. Useiden tutkimusten mukaan lyhytaikaiseen lääkehoitoon sitoutuminen on pitkäaikaista parempaa. Lääkehoidon määräaikaisuus ja tieto hoidon loppumisesta tiettyinä ajankohtana motivoivat noudattamaan hoitoa. Lääkkeen aiheuttamat sivuvaikutukset heikentävät hoitoon sitoutumista. Jos sivuvaikutukset häiritsevät potilasta, alkaa hän itsenäisesti muuttaa lääkehoitoa muuttamalla lääkemannosta, lääkkeen ottokertoja tai jopa lopettamalla lääkkeen ottamisen kokonaan. Potilas voi myös keskustella ongelmasta lääkärin kanssa mutta, jos sivuvaikutuksille ei tehdä mitään potilas ottaa todennäköisesti ohjat omiin käsiinsä. Tämän vuoksi potilaan huoliin lääkkeiden sivuvaikutuksista tulee aina suhtautua vakavasti. (Kyngäs 2009, 197-202.)

Sillä, miten potilas kokee lääkkeen vaikuttavan oireisiinsa ja sairauteensa on suuri vaikutus hoitoon sitoutumiseen. On tärkeää, että potilas pystyy selkeästi nimeämään miten lääke vaikuttaa hänen oireisiinsa tai hyvinvointiinsa. Oireettomalla potilaalla voi olla vaikeuksia sitoutua lääkehoitoon. Lääkehoitoon sitoutuminen on sitä helpompaa, mitä vähemmän lääkkeenottokertoja on ja mitä siistimpää, helpompaa ja huomaamattomampaa lääkkeenotto on. Pelkkään lääkehoitoon sitoutuminen on helpompaa kuin sitoutuminen useampaan yhtäaikaiseen hoitoon, esimerkiksi lääkehoitoon, ruokavaliohoitoon ja säännölliseen liikuntaan. Myös erilaiset uskomukset lääkettä kohtaan tai tuttavien kokemukset voivat estää lääkehoitoon sitoutumisen. (Kyngäs 2009, 197-202.)

Viime kädessä potilaan suhtautuminen lääkehoitoon ja sen merkityksen ymmärtäminen ratkaisevat lääkehoitoon sitoutumisen. Jos potilas on välinpitämätön itseään ja terveyttään kohtaan, tai jos hän ei jostain syystä pidä lääkehoitoa merkittävänä, on epätodennäköistä että hän sitoutuisi siihen. Jos lääkkeen vaikutusmekanismit ja oikean ja säännöllisen lääkkeenoton merkityksen ymmärtäminen on vajavaista eikä potilas täysin ymmärrä mihin lopputulokseen ohjeen mukainen lääkehoito johtaa, saattaa hän ajatella voivansa itse muuttella lääkitystään tuntemustensa mukaan. Lääkehoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa huolellisella ohjauksella. Tavoitteena on, että potilaalla on oikeat ja riittävät tiedot lääkehoidosta ja hän ymmärtää lääkehoidon merkityksen hyvinvoinnilleen. Potilaalle on hyvä tähdentää, että lääkäri on vastuussa lääkkeistä ja lääkemuutoksista eikä potilaan tule itsenäisesti tehdä mitään muutoksia lääkitykseensä. (Kyngäs 2009, 197-202.)

Malesiassa tehdyssä tutkimuksessa pyrittiin kartoittamaan äskettäin diagnosoitujen tuberkuloosipotilaiden asenteita ja tietoa sairaudestaan sekä hoitomyöntyvyyteen vaikuttavia tekijöitä. Useista muista tutkimuksista poiketen tutkimuksessa havaittiin, ettei potilaan yksilöllisillä ominaisuuksilla, kuten iällä, sukupuolella, etnisyydellä, koulutustasolla, ammatilla tai maahanmuuttajataustaisuudella, ollut juurikaan vaikutusta hoitoon

sitoutumiseen. Lääkehoidon pituudella ei myöskään todettu olevan erityistä vaikutusta. Tutkimuksessa paljastui, että potilailla oli niukasti tietoa sairaudestaan eivätkä he yhdistäneet oireitaan tuberkuloosiin. Lisäksi potilailla oli paljon virheellisiä käsityksiä taudin tarttumisesta ja hoidosta ja lääkityksen keskeyttäminen oireiden hävittyä oli yleistä. Tutkimuksen perusteella sekä potilaiden että heidän omaistensa neuvontaa ja ohjausta tulisi lisätä. Tuberkuloositietoutta kasvattamalla, vallitsevia virhekäsityksiä korjaamalla ja pitkän lääkehoidon tarpeellisuutta korostamalla voidaan motivoida potilaita seurantakäynneille sekä saattamaan hoidon loppuun. Hoidon toteutumisen vaikuttaessa epävarmalta tulee lisätä valvotun hoidon osuutta. (Liam, Lim, Wong & Tang 1999.)

Joukko madagaskarilaisia tutkijoita selvitti, mitkä tekijät määrittävät tuberkuloosihoidon epäonnistumista kaupunkiympäristössä, jossa terveydenhuollon palvelut ovat helposti tavoitettavissa. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa sekä terveydenhuoltojärjestelmän sisäisiä että potilaista itsestään johtuvia riskitekijöitä. Tutkimuksessa nousi esille, että hoidon keskeyttämällä ja potilaan ja sairaanhoitajan välisellä suhteella sekä kommunikoinnin laadulla oli merkittävä yhteys. Hoidon kesken jättäneet potilaat olivat huonosti selvillä hoidon pituudesta sekä hoidon jatkamisen tarpeellisuudesta, kun olo tuntui paremmalta. He pitivät tuberkuloosista ja sen hoidosta saamaansa tietoa huonona ja kokivat, etteivät saaneet tilaisuutta esittää kysymyksiä hoitajille. Hoitohenkilökunnan viestintätaitojen kehittämisen ja potilaiden paremman huomioimisen arvioitiin parantavan potilaiden hoitomyöntyvyyttä. (Comolet, Rakotomalala & Rajaonario 1998.)

Myös Nepalissa on tutkittu tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden valvotun lääkehoidon noudattamiseen. Tutkimus osoitti, että tärkeimmät vaikuttajat ovat mahdollisuus terveysneuvontaan sekä riittävä tieto tuberkuloosista ja sen hoidosta. Hoitomyöntyvyys paranee huomattavasti, jos valvottua hoitoa toteuttavissa instituutioissa on päivittäinen mahdollisuus terveysneuvontaan. Hoidon noudattaminen paranee, kun potilaat saavat riittävästi ohjausta. Tulokset ovat yhteneväisiä muiden tutkimusten kanssa, joissa on osoitettu, että hoidon loppuun suorittaneet potilaat olivat paremmin tietoisia hoidon pituudesta sekä hoidon loppuun jatkamisen tärkeydestä. Henkilökohtaisella potilasohjauksella pystytään vaikuttamaan hoitomyöntyvyyteen parhaiten. Potilasohjauksessa tulisi painottaa erityisesti hoidon loppuun viemisen tärkeyttä. (Bam, Gunneberg, Chamroomsawasdi ym. 2006.)

4 Prosessikuvaus

Tässä kappaleessa kuvaillaan prosessia käsitteenä ja toimintojen organisoinnin välineenä. Kappaleessa kerrotaan, miten prosessikuvauksia laaditaan ja millaisia etuja organisaatiot

niillä tavoittelevat. Lopuksi esitellään muutamia esimerkkejä siitä, miten prosessikuvauksia on hyödynnetty terveydenhuollon alalla.

4.1 Prosessi ja prosessin kuvaaminen

Yleiskielessä prosessi on monikäyttöinen termi, jolla voidaan viitata lähes mihin tahansa muutokseen, kehitykseen tai toimintaan. Organisaation kehittämistä puhuttaessa prosessilla ymmärretään organisaatiossa tapahtuvaa toimintaprosessia, joka koostuu toiminnasta, resurssista ja tuotosta sekä näihin liittyvästä suorituskyvystä. Laamasen (2007) mukaan ”toimintaprosessi on joukko loogisesti toisiinsa liittyviä toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset”. Prosessi on olemukseltaan jotain pysyvää ja toistuvaa, siitä voidaan sopia ja sitä pystytään mallintamaan ja kehittämään. Palveluprosessin, kuten terveystalouden, erityisominaisuus teollisuusprosessiin verrattuna on sen alttius jatkuvalla muutokselle. Asiakkaiden käyttäytymisen ennalta-arvaamattomuus palvelutilanteessa asettaa haasteen prosessin kaavailulle etenemiselle. (Laamanen 2007, 19-21.)

Prosessin mukaisen toiminnan siirtämisessä käytäntöön Laamanen (2007, 50) on erottanut neljä päävaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan organisaation avainprosessit. Toisessa vaiheessa kuvataan 2-4 prosessia, jonka jälkeen siirrytään prosessien soveltamiseen käytäntöön eli toiminnan organisointiin prosessien mukaisesti. Tämä vaihe sisältää prosessikuvausten analysointia ja menettelyiden parantamista, mittaamista, arviointia, hyväksymistä ja siirtämistä käytäntöön sekä osaamisen, työkalujen ja suorituskyvyn analysointia. Neljäs vaihe käsittää prosessien jatkuvan parantamisen ja kehittämisen. (Laamanen 2007, 50, 288.)

Prosessikuvaus on viestinnän väline, ei tavoite itsessään. Kuvauksen tarkoituksena on mallintaa organisaation toimintaa, jotta sitä voitaisiin ymmärtää, analysoida ja kehittää. Paraskin kuvaus jää organisaation kannalta vähämerkityksiseksi, ellei sitä pystytä hyödyntämään prosessin kehittämisessä. Prosessikuvaus koostuu prosessia havainnollistavasta vuokaaviosta eli prosessikaaviosta ja kirjallisesta, kaaviota selittävästä kuvauksesta. Hyvä kuvaus sisältää prosessin kannalta kriittiset asiat sekä niiden riippuvuussuhteet tiivistetyssä muodossa. Tarkoituksena on helpottaa kokonaisuuden ja yksilön roolin ymmärtämistä tavoitteiden saavuttamisessa ja edistää yhteistyötä. Hyvä kuvaus antaa tilaa toimia joustavasti tilanteen niin vaatiessa. (Laamanen 2007, 75-76.)

Prosessin alkaessa asiakkaasta ja päättyessä asiakkaaseen varmistetaan, että asiakas on toiminnan keskiössä ja siten edistetään asiakassuuntautuneisuutta. Jatkuvan kehittämisen periaatetta pyritään tukemaan aloittamalla prosessi suunnittelusta ja päättämällä se

arviointiin. Prosessit voidaan jakaa ydin- ja tukiprosesseihin. Ydinprosesseilla on suora yhteys asiakkaaseen ja tuotteen jalostaminen on niille luonteenomaista. Tukiprosessit luovat edellytyksiä varsinaisten ydinprosessien toiminnalle. Tällaisia prosesseja ovat esimerkiksi tilojen ja laitteiden huolto tai henkilöstöhallinto. (Laamanen, 2007, 53–58.)

Tekniseltä toteutukseltaan hyvä kuvaus on ymmärrettävä ja looginen eikä siinä esiinny ristiriitoja. Prosessikaavioon kirjataan roolit ja toiminta. On tärkeää, että prosessin toteutukseen osallistujat voivat tunnistaa omat roolinsa ja sijoittaa itsensä prosessiin. Asiakkaan sijoittaminen yhdeksi rooleista painottaa asiakkaan merkitystä prosessissa. Prosessikaavioon kuvataan konkreettista toimintaa ja tekemistä, ei tiedonkulkua. Tehtävien sarja etenee kaaviossa vasemmalta oikealle kuvaten prosessin kronologista etenemistä. Prosessi kuvataan sellaisella tarkkuudella, että sen toimintalogiikka tulee näkyviin. Jos kuvauksen avulla tavoitellaan prosessin ymmärrystä voi se olla pelkistetympi kuin jos pyrkimyksenä on kehittää prosessia kuvauksen pohjalta. Liian suuri määrä yksityiskohtia saattaa tehdä kaaviosta liian monimutkaisen ja hämärtää siten kokonaiskuvan. (Laamanen 2007, 76–81.)

4.2 Prosessikuvauksen hyödyt

Prosessin edetessä hyvin yhteistyö asiakkaan kanssa toimii sujuvasti ja asiakas kokee saavansa hyvää palvelua. Kun prosessi alkaa ja päättyy asiakkaaseen, prosessi käynnistyy asiakkaan tarpeesta ja hänen tarpeensa välittyvät koko prosessin ajan. Prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen auttavat organisaatiossa toimivia ihmisiä ymmärtämään prosessin kokonaisuutta ja omaa rooliaan siinä. Kokonaisuuden ymmärtäminen lisää työntekijän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä, sen kehittämiseen ja itseohjautuvuuteen. Samalla työn mielekkäisyys lisääntyy. Eri toimijoiden välisen työnjaon selkeyttäminen poistaa päällekkäistä työtä ja takaa hoitopolun olennaisten vaiheiden toteutumisen oikea-aikaisesti, parantaen sairaanhoidollista laatua ja tehokkuutta. Muiden ammattiryhmien ja sidosryhmien työtehtävien ja vastuun ymmärtäminen saa aikaan verkottumista ja pienimuotoista kehittämistä. Työkokonaisuuksien laajeneminen, monitaitoisuus ja kollegojen osaamisen arvostus kasvavat usein prosessien kuvaamisen myötä. (Laamanen 2007, 21–23; Aaltonen, Fyhr, Käpyaho ym. 2008, 62, 66.)

Prosessikuvauksia voidaan käyttää käytännön työn havainnollistamiseen organisaation johdolle tai rahoittajille. Prosessien jäsentäminen auttaa kohdentamaan toiminnan tarkoituksenmukaisesti ja organisaatiolle hyödyllisesti. Kun prosessit toimivat organisaation kehittämisen rakenteena, kehittämistyö ohjautuu automaattisesti organisaation ja asiakkaan tarpeista. (Laamanen 2007, 22–23, 39.)

Prosessikuvausta voidaan tarkastella kriittisesti ja järkeistää prosessia tunnistamalla ylimääräisiä mutkia, päällekkäisyyksiä ja pullonkauloja. Prosessiajattelussa kokonaisuuden sujuvuus on tärkeintä, tällöin kaikki prosessin osat toimivat saumattomasti yhteen ja ovat keskenään tasapainossa. Prosessin onnistumista voidaan mitata asiakastyytyväisyydellä, joustavuudella ja läpimenoajalla. Prosessien tehokkuus perustuu standardointiin, toistuvuus mahdollistaa erikoistumisen ja kokemuksista oppimisen. Kokemuksen myötä löydetään paras tapa toteuttaa palvelutapahtuma ja siitä tehdään yhteinen käytäntö. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 93–97.)

Terveystalossa palveluiden laatu on aina määrää tärkeämpää. Laadun arvioinnissa tulee asiakastyytyväisyyden lisäksi huomioida hoitotuloksen vaikuttavuus ja pysyvyys. Huonolaatuinen toiminta aiheuttaa tarpeen uusintahoidoille ja -toimenpiteille, joka on kallista ja laskee hoidon laatua. Hoidon pitkittyminen tai hoitamatta jättäminen nostaa joko suoraan hoitokustannuksia tai aiheuttaa inhimillistä kärsimystä. Hyvä laatu johtaa kokonaiskustannusten minimoitumiseen. Palvelut ovat sitä laadukkaampia, paremmin saatavilla ja edullisempia tuottaa, mitä tehokkaammin ja samankaltaisemmin palveluprosessi toteutuu. Potilasryhmäkohtaista ohjelmaa pitää silti pystyä muokkaamaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Prosessien kuvaamisella ja kehittämisellä pyritään yhdenmukaistamaan ja tehostamaan toimintaa tavoitteellisesti ja lisäämään samalla läpinäkyvyyttä. (Aaltonen ym. 2008, 59–60, 63.)

4.3 Prosessikuvauksen hyödyntäminen terveydenhuollossa

Prosessiajattelu on konsepti, jota käytetään tuotantojärjestelmän toimintaa kehitettäessä ja sitä on perinteisesti sovellettu teollisuuden ja tekniikan aloilla. Terveydenhuollon toiminnan suunnittelu ja ohjaus on tapahtunut pääasiallisesti lääketieteen näkökulmasta. Vasta viime aikoina on alettu tunnistaa yhdenmukaisuuksia terveystalosten ja teollisuuden tuotannossa, erityisesti toiminnanohjauksen saralla. Terveydenhuollon tuotantotaloutta ja prosessiajattelun soveltuvuutta ja käyttömahdollisuuksia terveydenhuollon tarpeisiin tutkitaan parhaillaan niin Suomessa kuin ulkomailla. (Lillrank ym. 2004, 5–6.)

Seinäjoen keskussairaalan keuhkosairauksien toimintayksikössä alettiin työstää valittuja kehityskohteita prosessikuvauksen keinoin. Keuhkosyöpäpotilaan hoitopolkua haluttiin täsmentää, kehittää sekä luoda tutkimuksiin ja hoitoihin toimivat, yhteisesti sovitut hoitokäytännöt. Hoitopolun mallintaminen toteutettiin moniammatillisessa työryhmässä keuhkolääkäriin, sairaanhoitajan ja osastosihteerin yhteistyönä. Mallinnuksen tavoitteena oli kuvata potilaan suunnitelmallista etenemistä hoitolaitoksen sisällä, tarkastella henkilöstöryhmien työn sisältöä sekä arvioida yhteistyön toimivuutta eri henkilöstöryhmien välillä hoitoprosessin aikana. Hoitoprosessia haluttiin tehostaa ja hoitomalleja yhtenäistää

yksikön parhaiden käytäntöjen mukaisiksi. Mallintamisen myötä ydinprosessit sekä toiminnan eri vaiheet erottuivat selkeästi, tuoden näkyviin myös prosessissa ilmenevät puutteet ja kehityskohteet. (Heinonen 2008, 36–37.)

Kyseinen kehittämisprojekti on johtanut keuhkosityöpotilaan hoitotyön laadun paranemiseen ja työ on koettu sujuvammaksi ja mielekkäämmäksi. Projektin myötä työnjakoa tarkistettiin, joitakin yksittäisiä tehtäviä siirrettiin lääkäriltä sairaanhoitajille ja koulutusta lisättiin. Poliklinikalla annettaviin hoitoihin tuotettiin selkeitä, toimivia toimintaperiaatteita ja -ohjeita. Keuhkopoliklinikan ja vuodeosaston henkilökuntaa motivoitiin lisäämään keskinäistä yhteistyötä. Keuhkosairauksien toimintayksikön toimintatapa on selkeytynyt ja henkilökunnan tietoisuus sen eri vaiheista on lisääntynyt. Tulevaisuuden haasteena on prosessikuvauksen ylläpitäminen ajan tasalla. (Heinonen 2008, 36–37.)

Prosesseja kuvattaessa kokonaisuus selkiytyy. Sen sijaan, että jokainen hoitaa vain oman tehtävänsä jokaisen tehtävän merkitys palveluketjun kokonaisuudessa tulee näkyviin. Tyydyttävän lopputuloksen saamiseksi prosessin tulee pystyä joustamaan ja uudelleen järjestäytymään asiakkaan ja tilanteen mukaan. Prosessi ei ole itsetarkoitus vaan apuväline paremman palvelun tuottamiseen. Prosessia toteuttava henkilöstö on avainasemassa asiakaslähtöisen palvelun toteutumisessa haastavissa tilanteissa. (Laamanen 2007, 21–22.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden kolmiosairaan keuhkosairauksien poliklinikalla prosessikuvauksen keinoin. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa tuberkuloosipotilaan ohjauksen kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen on tuberkuloosipotilaan ohjausprosessi keuhkosairauksien poliklinikalla?
2. Mitkä ovat potilasohjauksen keskeiset sisällöt?
3. Mitkä ammattiryhmät osallistuvat potilaan ohjaukseen?

6 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

Tässä kappaleessa kerrotaan opinnäytetyön menetelmällisistä ratkaisuista ja toteutuksesta. Kappaleessa kerrotaan lyhyesti mitä tarkoittaa kvalitatiivinen tutkimus tutkimusmenetelmänä, asiantuntijaryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä ja sisällönanalyysi aineistoanalyysimenetelmänä. Esimerkkien avulla kuvataan, miten menetelmiä on tässä opinnäytetyössä sovellettu.

6.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä

Tämä opinnäytetyö on laadultaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta syvällisesti ja saamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva todellisesta elämästä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 176-177). Tässä opinnäytetyössä pyrin selvittämään, mitä tuberkuloosipotilaan hoito kokonaisuudessaan sisältää, miten se etenee ja ketkä sitä toteuttavat.

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin kvalitatiivisen tutkimuksen käytetyimmän menetelmän, haastattelun. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli teemat ovat ennalta suunniteltuja. Merton, Fiske & Kendallin (1990) mukaan tutkijalla on taustatutkimukseensa perustuvia esioletuksia aiheen merkittävistä osista, rakenteista, prosesseista ja kokonaisuuksista, joiden analyysin pohjalta hän rakentaa haastattelurungon. (Hirsjärvi ym. 2007, 203; Hirsjärvi & Hurme 2000, 42-43, 47-48.) Nostin haastatteluteemat ja -kysymykset (Liite 1) opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä ja teoreettisesta viitekehystä. Haastatteluteemat perustuvat ohjausprosessin teoriaan, jonka mukaan ohjausprosessi käynnistyy ohjauksen tarpeen määrittelyllä ja ohjauksen suunnittelulla edeten ohjauksen toteutukseen ja lopuksi ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointiin (Hallila 1998, 40-43). Prosessin luonteeseen kuuluu jatkuvan kehittämisen periaate, jota tukee prosessin aloittaminen suunnittelusta ja päättäminen arviointiin (Laamanen 2007, 53-58).

Teemoja tarkentavilla haastattelukysymyksillä halusin varmistaa, että saan kerätyksi kattavasti opinnäytetyölle merkityksellistä tietoa. Haastattelukysymyksillä pyrin saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin ja riittävät tiedot prosessikaavion luomiseen. Prosessikaavion laatimisen kannalta on olennaista, että kaavion tekijällä on tiedossaan kaikki prosessiin osallistuvat toimijat, heidän konkreettinen toimintansa sekä prosessin kronologinen eteneminen, toisin sanoen kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekee (Laamanen 2007, 76-81).

Suunnitelmana oli tehdä opinnäytetyön aineistonkeruu kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa hankkisin tietoa asiantuntijaryhmähaastattelulla, jossa haastateltavien ryhmä koostuisi kahdesta keuhkosairauksien poliklinikalla työskentelevästä sairaanhoitajasta, joilla on eniten kokemusta tuberkuloosipotilaan ohjauksesta. Laadullisessa tutkimuksessa tiedon laatu korvaa sen määrän ja kun haastateltavat valitaan huolellisesti, jo pienellä otannalla voidaan saada tutkimukselle merkittävää tietoa. Tutkimusluvan saatuaani otin yhteyttä keuhkosairauksien poliklinikan osastonhoitajaan keskustellakseni opinnäytetyöni toteuttamisesta. Sovimme ensimmäisen haastattelun ajankohdan ja osastonhoitaja auttoi haastateltaviksi sopivien henkilöiden valitsemisessa. Lähetin kyseisille sairaanhoitajille sähköpostitse tietoa opinnäytetyöstäni (Liite 2) ja tiedustelin heidän halukkuuttaan osallistua haastatteluun, johon molemmat suostuivat. Myöhemmin toinen sairaanhoitajista otti minuun

yhteyttä siirtääkseen haastattelua sopivammaksi ajankohdaksi ja tiedusteli samalla minkälaisia kysymyksiä tulen haastattelussa esittämään. Sovimme uuden haastatteluajankohdan ja lupasin lähettää haastattelukysymykset sähköpostitse, jotta he voivat valmistautua haastatteluun.

Haastattelu tehtiin keuhkosairauksien poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanottohuoneessa. Sairaanhoitajat olivat haastateltavina yhdessä, koska ryhmähaastattelulla on todettu saatavan tavallista enemmän tietoa, kun osallistujat täydentävät ja jatkavat toistensa ajatuksia, muistelevat ja pohtivat asioita yhdessä, innostavat toinen toisiaan puhumaan ja usein myös jännittävät vähemmän. Jännitystä lievensi todennäköisesti myös se, että haastateltavat olivat tutustuneet haastatteluteemoihin ja -kysymyksiin etukäteen. Äänitin haastattelun haastateltavien hyväksynnällä, jotta saisin kaiken tiedon vaivattomasti talteen. Ohjasin haastattelua ennalta suunniteltujen teemojen ja kysymysten suuntaisesti, varoen puuttumasta liikaa keskustelun kulkuun. Haastattelu sujui luontevasti ja keskustelunomaisesti kestäen suunnitelmaa mukailleen vähän yli tunnin. Haastateltavat tuottivat tietoa tuberkuloosipotilaan ohjausprosessista, ohjauksen keskeisistä sisällöistä sekä ohjaukseen osallistuvista ammattiryhmistä. (Eskola & Suoranta 2000, 93-97; Hirsjärvi ym. 2007, 176-177; Hirsjärvi & Hurme 2000, 58-63; Vilka 2005, 102.)

6.2 Aineistoanalyysimenetelmä

Haastattelun jälkeisinä päivinä litteroin eli kirjoitin Word-dokumenttiin sanasta sanaan äänitetyn haastattelun. Saadun tiedon määrä oli 21 A4-sivullista tekstiä, josta osa oli tämän opinnäytetyön kannalta epäolennaista. Tutkimuskirjallisuuteen tutustuttuani valitsin aineistoanalyysimenetelmäksi sisällönanalyysin, jonka avulla pystytään systemaattisesti erottelamaan suuresta tietomäärästä tarkoituksenmukainen informaatio. Sisällönanalyysi on tutkimusaineiston analysoimista ja tiivistämisestä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistäen sekä tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään tutkimusaineistoa pelkistämällä löytämään niin sanottu tyypillinen tarina tai toiminnan logiikka. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset määrittävät olennaisen tiedon tutkimusaineistosta, jonka perusteella aineisto tiivistetään tai jaetaan osiin ja ryhmitellään sitten uudelleen johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21-23; Vilka 2005, 139-141.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Aloitin aineiston käsittelyn lukemalla tekstin läpi ja poimimalla tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmaisuja. Samalla karsin aineistosta opinnäytetyön kannalta epäolennaiset tiedot, täytelauseet ja toistot. Kokosin poimimani alkuperäisilmaisut listaksi ja siirsin ne allekkain taulukkoon. Jatkoin aineiston työstämistä tiivistämällä pitkät alkuperäisilmaukset

pelkistetyiksi ilmaisuiksi Taulukon 1 osoittamalla tavalla, kiinnittäen koko ajan huomiota siihen, etten kadota tärkeää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
<i>"No tavallaan että hoitaja siis me aina tutustutaan no edellisenä päivänä meil on tapana että me käydään läpi ne seuraavana päivänä tulevat potilaat ja tutustutaan siihen potilastapaukseen ihan."</i>	Sairaanhoitaja tutustuu etukäteen potilasasiakirjoihin.
<i>"Mistä hän tulee, mikä kulttuuri, tarvitaanko tulkkia ja sitte ihan tää että jos on lääkitys jo aloitettu ni mikä lääkitys hänellä on ja kuka valvoo sitä hoitoa."</i>	Sairaanhoitaja selvittää mahdollisen tulkin tarpeen. Sairaanhoitaja selvittää potilaan lääkityksen ja kuka lääkehoitoa valvoo.

Taulukko 1: Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa, aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa, pelkistetyistä ilmaisuista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia joiden perusteella ilmaiset sisällytetään yleisempiin käsitteisiin ja ryhmitellään alaluokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113). Aloin muodostaa alaluokkia ryhmittelemällä samansisältöisiä tai samaa aihealuetta kuvaavia ilmauksia peräkkäin. Kokosin ilmausten asiasisällön nimeämällä alaluokan ilmauksia kuvaavalla lauseella taulukon 2 esimerkin mukaisesti.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Sairaanhoitaja selvittää potilaalle tuberkuloosin lääkehoidon käytännön toteutuksen.	Potilas saa tietoa valvotusta lääkehoidosta.
Sairaanhoitaja kertoo potilaalle mitä valvottu lääkehoito tarkoittaa.	
Sairaanhoitaja kertoo potilaalle miksi lääkehoitoa valvotaan.	
Sairaanhoitaja kertoo potilaalle kuka hänen lääkehoitoaan valvoo.	
Sairaanhoitaja kertoo potilaalle minne, kenen luokse ja mihin aikaan hän terveysasemalle menee.	

Taulukko 2: Esimerkki alaluokkien muodostamisesta.

Alaluokkien valmistuttua jatkoin aineiston työstämistä järjestämällä alaluokat yläluokiksi (Taulukko 3) ja yläluokat edelleen pääluokiksi (Taulukko 4). Lopulta yhdistin pääluokat yhdistäväksi luokaksi, joka kokoaa aineiston (Taulukko 5). Tässä sisällönanalyysin viimeisessä

vaiheessa, abstrahoinnissa, luodaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä alkuperäisestä aineistosta nostetuista ilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108-113.) Teoreettisia käsitteitä voidaan peilata teoreettisessa viitekehysessä esiteltyihin aiempiin tutkimustuloksiin ja teorioihin.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Potilas saa tietoa valvotusta lääkehoidosta	Ensikäynti
Potilas saa tietoa hoidon kulusta	

Taulukko 3: Esimerkki alaluokkien yhdistämisestä yläluokiksi.

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ensikäynti	Ohjauksen toteutus
Valvottu lääkehoito	
Tutkimuskäynnit	

Taulukko 4: Esimerkki yläluokkien yhdistämisestä pääluokiksi.

PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Ohjauksen valmistelu	Tuberkuloosipotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla
Ohjauksen toteutus	
Ohjauksen arviointi	

Taulukko 5: Esimerkki yhdistävän luokan muodostumisesta.

Sisällönanalyysin pohjalta luonnostelin prosessikuvausten ja laadin alustavan prosessikaavion QPR ProcessGuide -ohjelmistolla, joka on luotu prosessien kuvaamiseen ja johtamiseen. Kaavion valmistuttua otin uudelleen yhteyttä poliklinikalle sopiakseni, milloin voin toteuttaa aineistonkeruun toisen vaiheen ja esitellä tähänastisen työni osaston henkilökunnalle. Koska keuhkosairauksien poliklinikka oli tässä välissä muuttanut Meilahden tornisairaalaan, Kolmiosairaalaan, osastonhoitaja ehdotti, että tulisin esittelemään työtäni osastokokoukseen, joka olisi avoinna myös muiden klinikoiden sairaanhoitajille tarjoten mahdollisuuden tutustua keuhkosairauksien poliklinikan toimintaan ja uusiin kollegoihin.

Tilaisuuden alussa esittelin lyhyesti itseni, Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämispohjaisen oppimisen mallin, Laurean ja HUS:in yhteistyöhankkeen sekä prosessikuvausten idean ja miten prosessikaaviota voidaan poliklinikalla hyödyntää. Tämän jälkeen kävimme yksityiskohtaisesti läpi prosessikaavion alustavan version. Tässä vaiheessa paikalta poistuivat muiden osastojen työntekijät. Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajat tutustuivat kanssani prosessikaavioon varmistaakseen sen paikkansapitävyyden. Sairaanhoitajat havaitsivat kaaviossa muutamia puutteita, joiden perusteella tarkensin ja täydensin kaaviota. Lisäksi he tekivät perustellun ehdotuksen kaavion graafisen ulkonäön selkeyttämiseksi.

7 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla prosessikuvauksen keinoin. Opinnäytetyön tuotos on asiantuntijasairaanhoitajien haastattelun pohjalta luotu prosessikuvaus (Liite 5) ja tämä kirjallinen kuvaus prosessista. Prosessikuvauksesta käy ilmi tuberkuloosipotilaan ohjausprosessi, potilasohjauksen keskeiset sisällöt sekä potilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät. Tuberkuloosipotilaan ohjaus Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla voidaan tämän opinnäytetyön tulosten mukaan jakaa kolmeen pääluokkaan: ohjauksen valmisteluun, toteutukseen sekä arviointiin. Ohjauksen valmistelu sisältää hoidon käynnistymisen ja vastaanoton valmistelun. Ohjauksen toteutus koostuu hoidon aloituksesta polikliinisesti, valvotusta läikehoidosta, tutkimuskäynneistä sekä kontrollikäynneistä. Ohjauksen arviointiin kuuluu hoidon arviointi ja hoidon päättäminen.

7.1 Ohjauksen valmistelu

7.1.1 Hoidon käynnistyminen

Keuhkosairauksien poliklinikan lääkäri vastaanottaa lähetteen potilaasta, jolla epäillään tuberkuloosia. Tutustuttuaan potilasasiakirjoihin lääkäri määrää potilaalle yskösnäytteet, keuhkokuvan sekä joukon verikokeita. Osastonsihteeri tilaa tutkimukset ja informoi potilasta kirjeitse tutkimuksista, niihin valmistautumisesta sekä vastaanottoajasta. Kiireellisessä tapauksessa sairaanhoitaja hoitaa asian puhelimitse jo samana päivänä. Kutsun saatuaan potilas menee ensi tilassa terveysaseman laboratorioon tutkimuksiin. Bioanalytikko ohjaa potilasta näytteenotossa, ottaa näytteet, tutkii ne ja kirjaa tulokset sähköiseen tietojärjestelmään. Keuhkosairauksien poliklinikan lääkäri seuraa tutkimustuloksia, etenkin yskösnäytteitä, joiden alustavat vastaukset valmistuvat vuorokaudessa. Yskösnäytteiden tulosten perusteella lääkäri tekee päätöksen hoidon aloituksen kiireellisyydestä ja ilmoittaa potilaalle tartunnasta puhelimitse. Lääkäri informoi sairaanhoitajaa ja vuodeosaston henkilökuntaa uudesta potilaasta sekä tekee lakisääteisen tartuntatauti-ilmoituksen.

Värjäyspositiivisen näytteen antanut potilas on tartuntavaarallinen ja ohjataan siksi viipymättä hoidon aloitukseen keuhkosairauksien vuodeosastolle. Tartuntavaaran vuoksi potilasta hoidetaan kahden viikon ajan eristyshuoneessa. Vuodeosastojakson aikana osaston henkilökunta ohjaa potilasta sairauteen ja sen hoitoon liittyen. Osastolta käsin tehdään miljöökartoitus, jonka avulla pyritään selvittämään tuberkuloosille altistuneet muut henkilöt, kuten potilaan läheiset. Potilaan kotiutumisvaiheessa osaston henkilökunta huolehtii valvottuun läikehoitoon liittyvät järjestelyt terveyskeskuksen kanssa. Osastohoidon päätyttyä potilaan hoitovastuu siirtyy takaisin keuhkosairauksien poliklinikalle. Hoito jatkuu samoin kuin

polikliinisessa hoidonaloituksessa olleen potilaan hoito, valvotulla lääkeshoidolla terveysasemalla, tutkimuskäynneillä laboratoriossa ja kontrollikäynneillä keuhkosairauksien poliklinikalla.

Viljelypositiivisen potilaan hoito pyritään mahdollisuuksien mukaan aloittamaan lyhyellä, kahden päivän mittaisella vuodeosastojaksolla. Hoidon aloitusta osastolla puoltavat tutkimustulokset, joiden mukaan potilaan motivoituminen ja sitoutuminen hoitoon kasvavat sairaalajakson myötä. Osastolla on aikaa käydä ohjausta läpi perusteellisemmin. Etenkin, jos potilaalla on kieliongelmiä takia vaikeuksia ymmärtää ohjausta, hoito halutaan aloittaa osastolla, jossa on enemmän aikaa selvittää asioita ja varmistaa, että potilas ymmärtää mistä hoidossa on kyse. Vieraskieliselle potilaalle hankitaan tulkki. Kun potilas ymmärtää hoidon periaatteet ja lääkeshoidon merkityksen hoidon onnistumiselle, hoitoon sitoutuminen lisääntyy. Tuberkuloosilääkkeet aiheuttavat usein sivuvaikutuksia. Osastolla oireet havaitaan helposti, niihin puututaan nopeasti ja muutetaan tarvittaessa lääkitystä. Potilaan siirtyessä polikliiniseen hoitoon, hoidon onnistumisen edellytykset ovat paremmat.

Tavoitteena on, että kaikkien tuberkuloosipotilaiden hoito aloitetaan osastolla mutta käytännön syistä se ei aina ole mahdollista. Jos vuodeosastolla ei ole tilaa voidaan viljelypositiivisen, ei-tartuntavaarallisen potilaan hoito aloittaa polikliinisesti keuhkosairauksien poliklinikalla.

7.1.2 Vastaanoton valmistelu

Saatuaan tiedon uudesta potilaasta, sairaanhoitaja alkaa valmistella vastaanottoa potilaan ohjausta varten. Sairanhoitaja tutustuu aina etukäteen potilasasiakirjoihin ja selvittää tarvitaanko vastaanotolla tulkkia ja järjestää sen tarvittaessa. Sairanhoitaja varaa käytettävän potilasohjausmateriaalin, Heli:n Tuberkuloosi-oppaan ja näöntarkastukseen tarvittavat välineet. Ensimmäistä tapaamista ei pysty paljoa valmistelemaan, koska vasta lääkärin vastaanotolla selviää aloitetaanko potilaalle hoito ja millainen se on. Sairanhoitaja saa tiedot potilaan hoitosuunnitelmasta ja lääkeshoidosta samanaikaisesti, kun potilas saapuu hänen vastaanotolleen. Sairanhoitaja ohjaa potilasta sen mukaan, mitä lääkärin vastaanotolta on selvinnyt. Tuberkuloosipotilaan ohjaus on aina yksilöohjausta, ryhmäohjausta ei käytetä. Ohjauksen apuna sairaanhoitaja käyttää tuberkuloosipotilaan ohjaukseen laadittua ohjausrunkoa.

Kontrollikäynnin valmisteluun kuuluu lähinnä selvittää, mikä lääkitys potilaalla on, kuka lääkeshoitoa valvoo ja onko sen toteutumisessa ollut poikkeuksia tai ongelmia. Lisäksi selvitetään onko lääkkeitä riittävästi. Potilaat ovat usein hoitajille tuttuja tässä vaiheessa.

7.2 Ohjauksen toteutus

7.2.1 Hoidon aloitus polikliinisesti

Viljelypositiivinen eli ei-tartuntavaarallinen potilas tulee joissain tapauksissa hoidon aloitukseen suoraan keuhkosairauksien poliklinikalle. Lääkäri tarkistaa yskösnäytteiden ja verikokeiden tulokset sekä keuhkokuvan. Tutkittuaan potilaan hän määrää lääkityksen sekä tulevat tutkimukset. Lääkäri kertoo potilaalle millainen sairaus tuberkuloosi on ja miten se on potilaalla todettu. Potilas saa tietoa lääkähoidosta ja sen pituudesta, jonka lisäksi lääkäri opettaa potilasta tunnistamaan lääkkeensä. Potilaalla on mahdollisuus kysyä lääkäriltä tuberkuloosiin ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Lääkärin vastaanotolta potilas jatkaa sairaanhoitajan vastaanotolle.

Sairaanhoitaja saa tiedot potilaan hoitosuunnitelmasta ja lääkähoidosta ja ohjaa potilasta niiden mukaisesti. Sairaanhoitaja kertoo tuberkuloosista ja sen yleisimmistä oireista sekä antaa potilaalle Helin Tuberkuloosi-oppaan. Potilaalle kerrotaan pääpiirteittäin hoidon kulusta sekä sen suunnitellusta kestosta. Ensikäynnillä tulee niin paljon uutta tietoa, että potilaan saattaa olla vaikea sisäistää se kaikki. Ohjauksessa edetään yksilöllisesti kunkin potilaan vastaanottokyky huomioiden. Hoitoon motivoituminen on ohjauksen keskeisin tavoite, johon pyritään antamalla tietoa sairaudesta ja perustelemalla lääkähoidon ja tutkimusten merkitystä hoidon onnistumiselle. Tärkeintä ensimmäisellä kerralla on, että potilas ymmärtää, mikä on tuberkuloosi, millainen lääkehoito hänellä on ja että hoito on pitkä ja tapahtuu valvotusti.

Sairaanhoitaja kertoo tuberkuloosin lääkähoidosta ja potilaalle määrätyistä lääkkeistä. Hän kertoo valvotusta lääkähoidosta, joka kestää onnistuessaan kuusi kuukautta ja toteutetaan päivittäin potilaan omalla terveysasemalla. Sairaanhoitaja korostaa lääkähoidon säännöllisyyden tärkeyttä sekä hoidon lakisääteisyttä ja maksuttomuutta. Koska lääkkeet aiheuttavat usein sivuvaikutuksia, on yleisimmistä sivuvaikutuksista hyvä informoida potilasta etukäteen. Sivuvaikutuksia ei kuitenkaan painoteta tarpeettomasti, jottei potilas ala odottaa niitä liikaa. Sivuvaikutuksiin puututaan enemmän vasta niiden ilmaannuttua. Sairaanhoitaja antaa potilaalle yhteystietonsa, jotta potilas voi ongelmatilanteissa soittaa ja pyytää apua. Myös potilaan yhteystiedot otetaan ylös, jotta häneen saadaan tarvittaessa yhteys.

Sairaanhoitaja valmistee valvotun lääkähoidon aloittamista ottamalla yhteyttä terveysasemalle, jonne hän ilmoittaa uudesta potilaasta. Samalla hän pyrkii saamaan yhteyden potilaan tulevaan hoitajaan sopiakseen missä ja mihin aikaan he potilaan kanssa tapaavat. Saatuaan tiedon tulevasta potilaasta, terveydenhoitaja alkaa osaltaan valmistella potilaan lääkähoidon käytännön järjestelyjä. Sairaanhoitaja faksaa potilaan lääkeresepit

sairaala-apteekkiin, tilaa lääkkeet ja sopii niiden toimittamisesta terveysasemalle. Poikkeustapauksessa lääkkeet voidaan antaa potilaan mukaan, jolloin hän vie ne itse terveysasemalle. Hoidon sujuvoittamiseksi lääkehoito voidaan potilaan elinolosuhteista riippuen järjestää myös vastaanottokeskuksessa, kouluterveydenhoitajalla, palvelutalossa tai kotisairaanhoidon puolesta.

Tarvittaessa potilaalle annetaan ravitsemusohjausta ja alkoholin käytön ohjausta. Lääkityksen niin vaatiessa potilaalle tehdään värinäön- ja näöntarkastus. Tarvittaessa hänelle hankitaan sairauslomatodistus tai tilataan sosiaalityöntekijän konsultaatio. Jos potilas on kovin limainen, opetetaan hänelle oikea yskimistekniikka. Tartuntavaaralliselle potilaalle ohjataan maskin käyttö. Sairaanhoidaja kertoo potilaalle hoitoon kuuluvista tutkimuksista, tilaa ne ja antaa potilaalle ajat laboratoriotutkimuksiin ja kontrollikäynnille lääkärin ja sairaanhoidajan vastaanotoille.

Sairaanhoidaja motivoi potilasta hoitoon kertomalla, että tuberkuloosi on parannettavissa. Kun potilas ei enää ole tartuntavaarallinen kerrotaan se hänelle, jotta hänellä on selvyys siitä, että hän voi tavata omaisiaan normaalisti ja käydä töissä. Potilas saa liikkua ja mennä omien voimiensa mukaan, kun hoito on hyvin alkanut. Sairaanhoidaja tuo positiivisuutta ja uskoa tulevaan ja rohkaisee potilasta elämään normaalia elämää.

7.2.2 Valvottu lääkehoito

Valvottu lääkehoito toteutetaan potilaan omalla terveysasemalla tai muussa sovitussa paikassa. Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoidaja järjestää lääkkeet terveysasemalle ja pitää huolen siitä, että terveysasemalla on riittävästi lääkkeitä. Jos lääkehoitoa joudutaan muuttamaan, sairaanhoidaja järjestää uudet reseptit ja lääkkeet sekä tiedottaa terveydenhoitajaa muutoksista. Terveysaseman terveydenhoitajan tehtävänä on toteuttaa ja valvoa lääkehoitoa, hoitovastuu säilyy poliklinikalla. Potilas tulee arkisin päivittäin terveysasemalle hakemaan lääkkeensä ja nielee lääkkeet terveydenhoitajan valvonnassa. Viikonlopun lääkkeet annetaan potilaalle mukaan.

Terveydenhoitaja on potilaan päivittäinen, säännöllinen kontakti terveydenhuoltoon. Terveydenhoitaja tarkkailee potilaan vointia ja kyselee mahdollisista sivuvaikutuksista tai muista ongelmista tarjoten potilaalle mahdollisuuden esittää huolenaiheitaan. Terveydenhoitaja auttaa potilasta kykynsä mukaan ja konsultoi ongelmatilanteissa keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoidajaa. Myös potilaalla on keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoidajan yhteystiedot, johon hän voi ongelmien ilmaantuessa olla suoraan yhteydessä. Jos potilaan lääkehoidon toteutuksessa ilmenee ongelmia, esimerkiksi potilas jättää lääkkeitä hakematta, terveydenhoitaja ottaa yhteyttä poliklinikalle, josta aletaan

selvittää asiaa. Jos lääkehoito etenee säännöllisesti ja ongelmitta terveydenhoitaja voi sopia potilaan kanssa, että potilas hakee jatkossa lääkkeet joka toinen päivä.

7.2.3 Tutkimuskäynnit

Potilaan tilannetta ja lääkehoidon vaikuttavuutta seurataan toistuvilla yskösnäytteillä, verikokeilla ja keuhkokuvilla. Lääkäri määrää tutkimukset, jotka sairaanhoitaja tai osastonsihteeri tilaa. Potilas voi käydä tutkimuksissa oman terveysasemansa laboratoriossa. Verikokeita otetaan aluksi kahden viikon välein, myöhemmin harvemmin.

Tuberkuloosilääkkeet kuormittavat maksaa, jonka vuoksi lääkäri seuraa tarkasti maksan arvojen kehitystä. Jos tuloksissa on jotain hälyttävää, lääkäri tekee tarvittavat lääkemuutokset ja informoi potilasta ja sairaanhoitajaa sekä tekee hoitopalautteen terveysasemalle. Yskösnäytteistä pystytään seuraamaan potilaan tartuntavaarallisuutta. Potilas käy keuhkokuvassa kuukauden ja kahden kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta. Kuvan perusteella lääkäri arvioi hoidon vaikuttavuutta.

7.2.4 Kontrollikäynnit

Potilas tulee kontrollikäynnille keuhkosairauksien poliklinikalle aluksi kuukauden, myöhemmin kahden kuukauden välein. Hänellä on aina aika sekä lääkärin että sairaanhoitajan vastaanotoille. Lääkäri tutkii potilaan, tiedustelee tämän vointia ja mahdollisia lääkehoidon sivuvaikutuksia. Tutkimustulosten ja potilaan voinnin mukaan lääkäri tekee tarvittaessa lääkemuutoksia. Potilaalla on mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa mieltä askarruttavista asioista. Lääkärin vastaanotolta potilas menee sairaanhoitajan vastaanotolle.

Sairanhoitaja katsoo, onko lääkärin vastaanotolla selvinnyt jotain uutta, esimerkiksi tehty lääkemuutoksia, jolloin sairaanhoitaja ohjaa uusista lääkkeistä. Sairanhoitaja kysyy aina potilaalta, onko hänellä jotain kysyttävää tai epäselvää sairauteen liittyen ja keskustelee asiasta. Sairanhoitaja kyselee potilaan voinnista ja mahdollisista lääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista. Yksi ohjauksen tavoitteista on, että potilaalla olisi mahdollisimman hyvä olo lääkehoidon ajan. Sairanhoitaja etsii lievityskeinoja potilaan oireisiin ja ohjaa hänet tarvittaessa takaisin lääkärin luo. Lääkehoidon niin edellyttäessä sairaanhoitaja testaa potilaan värinäön ja näön. Sairanhoitaja kertoo lääkehoidon ohjausta ja kyselee miten valvottu lääkehoito on sujunut. Jos lääkehoidossa on ollut ongelmia, sairaanhoitaja puuttuu niihin välittömästi. Sairanhoitaja arvioi potilaan ohjauksen tarvetta kuulostelemalla miten potilas on sisäistänyt ohjauksen sisältöjä ja miten lääkehoito on sujunut. Jos tarvetta ilmenee, voidaan kerrata ensikäynnillä läpikäytyjä asioita. Ohjaus on aina yksilöllistä ja siinä pyritään etenemään potilaan vastaanottokyvyn mukaisesti.

7.3 Ohjauksen arviointi

7.3.1 Hoidon arviointi

Lääkäri arvioi hoidon onnistumista lääkehoidon toteutumisen sekä yskösnäytteiden ja keuhkokuvan paranemisen perusteella. Sairaanhoidtaja arvioi ohjauksen onnistumista hoidon kuluessa sekä päättyessä. Ohjauksen onnistumista voidaan arvioida hoidon onnistumisen perusteella: jos lääkehoito on toteutunut moitteettomasti, on ohjaus onnistunut hyvin. Lisäksi sairaanhoidtaja tiedustelee potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Hoidon kuluessa ohjausta pyritään antamaan yksilöllisesti, potilaan vastaanottokyvyn mukaisesti.

7.3.2 Hoidon päättäminen

Kun potilaan lääkehoito on jatkunut kuuden kuukauden ajan, potilas saapuu lääkärin vastaanotolle. Jos lääkehoito on toteutunut suunnitelman mukaisesti ja keuhkokuva parantunut, hoito voidaan katsoa onnistuneeksi. Lääkäri tekee päätöksen hoidon lopettamisesta ja kertoo asiasta potilaalle. Lääkäri tiedottaa hoidon päättymisestä sairaanhoidtajaa, joka puolestaan informoi terveydenhoitajaa. Potilaalle ohjelmoidaan vielä jälkিতarkastusaika kuuden kuukauden päähän. Hoito poliklinikalla päättyy ja potilas siirtyy takaisin perusterveydenhuollon piiriin.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset näkemykset vaikuttavat tieteellisessä työssä tehtäviin päätöksiin. Katsontakannasta riippuen tutkimuseettiikka voidaan käsittää hyvin eri tavoin. Tutkimuseettiikkaan voidaan suhtautua normina, jolloin pohditaan millaisia keinoja tutkija saa käyttää sekä miten tutkimus teknisesti suoritetaan. Tällöin kiinnitetään huomiota muun muassa tutkimukseen osallistujien tiedottamiseen ja anonyymiteetin suojelemiseen, aineiston kokoamiseen, analyysimenetelmien luotettavuuteen ja tutkimustulosten esittämistapaan. Toisaalta tutkimuseettiikka voidaan ymmärtää kaikenkattavana arvosidonnaisena eettisenä pohdintana. Tällöin kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat, kuten tutkimuksen taustalla oleva tiedekäsitys ja käytetyt tutkimusmenetelmät, ovat myös moraalaisia valintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-129.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002) on laatinut kuvauksen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tieteenalan hyvä hallinta sekä huolellisuus tutkimuksen suorittamisessa, tulosten kirjaamisessa ja raportoinnissa kertovat tutkijan ammattitaidosta ja vahvistavat

tutkimustulosten luotettavuutta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja tieteellisen tutkimuksen kriteerit huomioiden. Tutkijan tulee kaikissa tutkimustyön vaiheissa noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja täyttää tieteellisen tutkimuksen vaatimukset. Tutkimustulosten julkaisussa tulee noudattaa avoimuutta ja muiden tutkijoiden työ tulee huomioida asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Tutkittavien suoja on olennaisen tärkeä osa tutkimusetiikkaa. Tutkimukseen osallistujien tulee ymmärtää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja heille aiheutuvat mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistuminen perustuu aina vapaaehtoisuuteen. Antaessaan suostumuksensa tutkittavien tulee olla tietoisia mistä tutkimuksessa on kyse. Halutessaan heillä on oikeus vetäytyä tutkimuksesta tai kieltää antamansa informaation käyttö. Tutkittavien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen on asetettava kaiken, myös tutkimuksen valmistumisen edelle. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia ja tutkittavien tulee voida luottaa tutkijan kanssa tehtyihin sopimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tämä opinnäytetyö on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen ja eettiset näkökulmat huomioon ottaen. Opinnäytetyön tiedonhankinnassa, tutkimuksen suorittamisessa ja tulosten arvioinnissa ja raportoinnissa on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta. Koko opinnäytetyöprosessissa on toimittu rehellisesti. Opinnäytetyöprosessin etenemisessä on pyritty läpinäkyvyyteen kuvaamalla esimerkein kuinka tulokset ovat syntyneet sisällönanalyysi menetelmällä. Muiden tutkijoiden tutkimustuloksia, artikkeleita ja kirjoituksia hyödynnettäessä on selkeästi lähdeviittein osoitettu tiedon alkuperä.

Opinnäytetyölle on haettu tarkoituksenmukainen tutkimuslupa HYKS-sairaanhoidon alueen medisiinisestä tulosyksiköstä. Haastatteluun osallistujille on ennen haastattelua toimitettu kirjeitse (Liite 2) tietoa opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta sekä kerrottu haastattelun käytännön toteutuksesta. Haastateltavilta on pyydetty suostumus (Liite 3) osallistumisesta haastatteluun.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden ensisijainen kriteeri on tutkija itse. Tutkijan ollessa tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline tulee hänen tunnistaa subjektiivisuutensa. Tuomi & Sarajärvi (2009) muistuttavat, että objektiivisuutta tarkasteltaessa on otettava huomioon tutkijan puolueettomuus, vaikuttaako esimerkiksi tutkijan ikä, sukupuoli, poliittinen asenne tai virka-asema siihen, miten hän saamaansa tietoa vastaanottaa.

Kvalitatiivisen aineiston luotettavuutta arvioitaessa on siksi otettava huomioon koko tutkimusprosessi. (Eskola & Suoranta 2000, 210.)

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta arvioidaan yleensä validiuden ja reliabeliuden käsitteillä. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata, kun taas reliabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraista tietoa. Käsitteitä on kritisoitu sopimattomiksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Koska laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä on kuitenkin jollain keinoa arvioitava, päätyvät tutkijat usein kuvailemaan tarkkaan, mitä he ovat tutkimuksessaan tehneet ja millä tavoin saadut tulokset ovat syntyneet. Luotettavuuden osoittamiseksi on keskeistä kuvata henkilöt, paikat ja tapahtumat, sekä osoittaa niihin liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus. Face-validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimustulokset esitetään henkilöille, joita aineistot koskevat, tai joille aihe on tuttu, jotta he arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 216-217; Tuomi & Sarajärvi 2009, 133, 139.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta pyrittiin varmistamaan usein eri keinoin. Teemahaastattelun runko laadittiin etukäteen. Tarkoituksena oli muotoilla kysymykset selkeästi ymmärrettäviksi ja kaikki tutkimuskysymysten aihealueet kattaviksi. Haastateltavat valittiin harkinnanvaraisesti siten, että haastatteluun osallistui kaksi eniten tuberkuloosipotilaan ohjauksesta kokemusta omaavaa sairaanhoitajaa. Osastonhoitaja auttoi valitsemaan sopivimmat henkilöt. Molemmat sairaanhoitajat täyttivät haastattelua edeltävästi haastateltavien taustatietolomakkeen (Liite 4), josta selviää heidän työuransa terveydenhuollon alalla, keuhkosairauksien poliklinikalla sekä tuberkuloosipotilaiden kanssa. Toisella haastateltavista on useamman vuosikymmenen mittainen kokemus terveydenhuollon alalta, tuberkuloosipotilaiden kanssa hän on työskennellyt erityisesti viimeisten kuuden vuoden aikana. Toinen haastateltavista on työskennellyt tuberkuloosipotilaiden parissa neljä vuotta.

Haastattelun ajankohta ja paikka valittiin niin, että haastattelulle olisi riittävästi aikaa ja mahdollisimman rauhallinen ympäristö. Aikaa oli varattu yli tunnin verran ja haastattelu suoritettiin sairaanhoitajan vastaanottohuoneessa suljetun oven takana. Haastattelun alussa soi puhelin, jonka jälkeen puhelut siirrettiin toisaalle. Haastattelun lopulla lääkäri tuli käymään vastaanottohuoneessa ja samalla toinen sairaanhoitajista huomasi seuraavan potilaan odottavan käytävässä. Haastattelu oli tässä vaiheessa käytännössä jo ohi, joten varsinaista häiriötä ei aiheutunut. Kaiken tiedon saamiseksi talteen, haastattelu äänitettiin. Myöhemmin haastattelu litteroitiin ja analysoitiin, ja saaduista tuloksista laadittiin alustava prosessikuvaus. Alustava prosessikuvaus esiteltiin poliklinikan sairaanhoitajille, jolloin heille tarjoutui mahdollisuus arvioida kuvauksen paikkansapitävyyttä ja tehdä korjaus- ja

parannusehdotuksia. Toisen haastattelun jälkeen prosessikuvaus korjattiin lopulliseen muotoonsa.

8.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden kolmiosairaan keuhkosairauksien poliklinikalla prosessikuvauksen keinoin. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa tuberkuloosipotilaan ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyössä saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tässä opinnäytetyössä esitellään tuberkuloosipotilaan tavanomainen ohjausprosessi. Koska potilaat ovat yksilöitä, ja hoidon kulku on aina riippuvainen potilaasta, on myös jokainen ohjausprosessi yksilöllinen ja altis muutoksille. Ohjausprosessiin vaikuttavat sairaudesta johtuvat tekijät, kuten esimerkiksi lääkeresistentti kanta, lääkkeitä johtuvat tekijät, kuten vaikeat sivuvaikutukset, ja potilaasta itsestään johtuvat seikat, esimerkiksi sitoutumattomuus lääkehoitoon. Yhtenäisen ja ymmärrettävän kokonaisuuden luomiseksi, prosessikuvaus on laadittu tavanomaista ohjausprosessia seuraten, samalla tiedostaen, että käytännössä hoidon kulussa esiintyy paljon vaihteluita.

Koska kyseessä on tuberkuloosipotilaan ohjauksen prosessikuvaus, on ohjauksen sisältöjä esitelty työssä muita toimintoja yksityiskohtaisemmin. Työssä haluttiin korostaa potilaslähtöisyyttä, jonka vuoksi prosessikuvaus määritettiin Laamasen (2007, 53-58) suosituksen mukaisesti alkamaan ja päättymään potilaaseen. Prosessikuvaus alkaa siitä, kun potilas alkaa oireilla ja hakeutuu hoitoon, ja päättyy potilaan hoidon päättymiseen poliklinikalla. Prosessikuvauksesta ilmenee selkeästi potilaan koko ohjausprosessi. Toimijoiksi ovat valikoituneet kaikki potilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät, joita ovat lähettävä lääkäri, keuhkosairauksien poliklinikan lääkäri, sairaanhoitaja ja osastonsihtööri, terveysaseman terveydenhoitaja tai muu valvottua lääkehoitoa toteuttava henkilö ja bioanalyttikko. Tietojärjestelmien käyttö ja asiakirjojen kulku on rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle.

Ensimmäisen haastattelun yhteydessä selvisi, että keuhkosairauksien poliklinikalla on aiemmin laadittu prosessikuvaus tuberkuloosipotilaan valvotun hoidon prosessista. Tällöin kuvattiin valvotun hoidon prosessin ylätaso, josta hahmottuu hoidon kokonaisuus, lähetteen käsittely, ensikäynti, uusintakäynti sekä hoitopalaute. Prosessikuvauksen toimijoita olivat potilas, lähettävä lääkäri sekä keuhkosairauksien poliklinikan henkilökunta, mukaan lukien osastonsihtööri, lääkäri ja sairaanhoitaja. Lisäksi kuvauksessa esitettiin hoitoprosessissa hyödynnettävien tietojärjestelmien käyttö sekä asiakirjojen kulku. Kuvauksessa

sairaanhoitajan toteuttama potilasohjaus oli tiivistetty ilmaisuilla "antaa ohjeet" ja "ohjaa potilasta". (Hodgson, Kerman-Hietalampi, Lillkung ym.)

Ensimmäisessä haastattelussa opinnäytetyön tekijälle välittyi virheellisesti kuva, että pääosa potilaista tulisi hoidon aloitukseen poliklinikalle, joka ei pidä paikkaansa vaan useiden potilaiden hoito aloitetaan keuhkosairauksien vuodeosastolla. Nähtyään alustavan prosessikuvauksen sairaanhoitajat ehdottivat, että kuvauksessa esitettäisiin selkeästi eri hoidonaloitus vaihtoehdot. Tämän seurauksena myös yläluokka "Ensikäynti" muutettiin yläluokaksi "Hoidon aloitus polikliinisesti". Lisäksi sairaanhoitajat ehdottivat, että prosessikuvauksen visuaalista ilmettä muutettaisiin siten, että potilas ja keuhkosairauksien poliklinikan henkilökunta näkyisivät kuvauksessa samalla värillä, joka helpottaisi kokonaisuuden hahmottamista poliklinikan näkökulmasta.

Haastattelun perusteella potilasohjauksen keskeisin tavoite on potilaan motivoituminen ja sitoutuminen lääkehoitoon. Tuberkuloosin hoidon perustana on pitkä valvottu yhdistelmä-lääkehoito, joka edellyttää potilaalta päivittäisiä käyntejä terveysasemalla. Lisäksi hoitoa hankaloittavat lääkkeistä aiheutuvat sivuvaikutukset, jotka ovat varsin yleisiä. Hoidon onnistuminen vaatii näin ollen potilaalta melkoista sitoutumista. Koska valvottu lääkehoito on potilaalle muutenkin työläs, pyritään se järjestämään mahdollisimman helposti toteutettavaksi. Potilaalle pyritään turvaamaan mahdollisimman hyvä olo koko lääkehoidon ajan, jottei lääkehoitoon tulisi keskeytyksiä. Sairaanhoitajan yhtenä tärkeimmistä tehtävistä on varmistaa potilaan lääkehoidon toteutuminen.

Tuberkuloosipotilaan ohjauksen keskeisiä sisältöjä ovat haastattelun perusteella ohjaus sairaudesta, lääkehoidosta ja sen valvotusta toteutuksesta, mahdollisista sivuvaikutuksista, hoitoon kuuluvista tutkimuksista sekä potilaan motivointi. Sairaanhoitajat korostivat, että potilaan hoitoon motivoitumisen kannalta on erittäin tärkeää, että potilas ymmärtää sairauden luonteen ja lääkehoidon ja tutkimusten merkityksen hoidon onnistumiselle. Tämän vuoksi potilaalle pyritään selvittämään ymmärrettävästi ja hänen omalla kielellään millainen sairaus tuberkuloosi on, perustelemaan hoitoa ja kertomaan, että sairaus on parannettavissa. WHO:n (2003, 123-124) raportin mukaan potilaan tiedot tuberkuloosista ja hänen uskonsa lääkityksen tehoon vaikuttavat suuresti päätökseen lääkehoidon loppuunsaattamisesta. Myös Kyngäs (2009, 197-203) uskoo, että lääkehoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa huolellisella ohjauksella. Kun potilaalla on oikeat ja riittävät tiedot lääkehoidosta ja hän ymmärtää lääkehoidon merkityksen hyvinvoinnilleen on hoitoon sitoutuminen todennäköisempää (Kyngäs 2009, 197-203).

Sairaanhoitajat mainitsivat haastattelun aikana useampaan otteeseen, että ohjauksessa edetään yksilöllisesti potilaan vastaanottokyvyn mukaisesti, olennaisimmista asioista

aloittaen. Vastaanotto aloitetaan aina kysymällä, onko potilaalla jotain epäselvää sairauteen tai hoitoon liittyen ja keskustelemalla potilasta askarruttavista asioista. Sairaanhoitaja arvioi ohjauksen tarvetta kuulostelemalla, miten potilas on sisäistänyt ohjauksen sisältöjä ja miten lääkehoito on sujunut. Kyngäs ym. (2007, 26-28) korostaa ohjauksen yksilöllisyyttä ja potilaiden erilaista tiedon ja tuen tarpeen huomiointia ohjauksen toteutuksessa. Koska potilaat sisäistävät ohjausta eri tavoin, on sairaanhoitajan tehtävänä asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen potilaan vastaanottokyvyn mukaisesti. Kaksisuuntainen vuorovaikutus on hyvän ohjaussuhteen perusta. Potilaan tunniessa itsensä arvostetuksi ja saadessa tarpeellista tietoa ja tukea, ymmärtää hän paremmin tilannettaan ja ottaa siitä paremmin vastuuta. (Kyngäs ym. 2007, 29-42). Johansson ym. (2002) tutkimuksessa selvisi, että lähes puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista koki, etteivät he saaneet tilaisuutta tuoda esiin näkemyksiään potilasohjauksen tavoitteiden suhteen. Sonninen, Kinnunen & Pietilän (2006, 18-21) mukaan potilaat kaipaavat tiedollisen ohjauksen lisäksi enemmän yksilöllisen elämäntilanteensa ja voimavarojensa huomioimista sairauden kanssa selviämässä sekä keskustelua, tukea, ymmärtämistä ja rohkaisua.

Tuberkuloosipotilaan hoito- ja ohjausvastuu on aina erikoissairaanhoidolla. Sairaanhoitajalla on päärooli potilaan ohjauksessa. Hoidon aloituksen yhteydessä tapahtuva ohjaus on ensisijaisen tärkeää, koska silloin luodaan pohja hyvälle ja luotettavalle ohjaussuhteelle ja potilas saa perustiedot sairaudesta, hoidon kulusta ja kestosta sekä lääkehoidon toteutuksesta. Hoitoon motivoituminen ja sitoutuminen on ohjauksen tärkein tavoite. Jos potilaan hoito alkaa polikliinisesti, keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitaja vastaa lääkärin ohella alkuvaiheen ohjauksesta. Jos hoito aloitetaan vuodeosastolla, alkuohjauksen antaa vuodeosaston henkilökunta. Vuodeosastojakson jälkeen potilas siirtyy poliklinikan hoitoon, jolloin myös ohjausvastuu siirtyy poliklinikalle.

Opinnäytetyötä tehdessä syntyi vaikutelma, että poliklinikalla ei tiedetä kovin tarkasti miten tuberkuloosipotilasta ohjataan vuodeosastolla. Kehittämisehdotuksena on poliklinikan ja vuodeosaston sairaanhoitajien yhteistyön lisääminen. Keskusteltaessa yhdessä ohjauksen sisällöistä ja ohjaukskäytännöistä voitaisiin jakaa mielipiteitä ja hyväksi koettuja ohjausmenetelmiä. Samalla ohjaukskäytännöt yhdenmukaistuisivat ja hoitajien tutustuessa toisiinsa kanssakäyminen ja tiedonkulku lisääntyisivät, josta olisi etua myös yksittäisen potilaan hoidossa. Jatkotutkimusehdotuksena on tuberkuloosipotilaan ohjauksen kuvaaminen keuhkosairauksien vuodeosastolla. Toisena jatkotutkimusehdotuksena on tutkia Meilahden kolmiosairaalassa hoidettujen tuberkuloosipotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, kuinka pitkiä tuberkuloosipotilaiden hoitosuhteet poliklinikalla todellisuudessa ovat, mitkä tekijät vaikuttavat hoitosuhteiden mahdolliseen pitkittymiseen ja voitaisiinko niihin vaikuttaa potilasohjauksen keinoin.

Yksi tuberkuloosin hoidon haasteista Suomessa on sairauden harvinaistuminen ja sen myötä terveydenhuoltohenkilöstön tieto-taidon heikkeneminen (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 33-35). Valvotun lääkehoidon toteuttajana terveysaseman terveydenhoitaja, kouluterveydenhoitaja, palvelutalon ohjaaja, vastaanottokeskuksen ohjaaja tai kotisairaanhoidon sairaanhoitaja on vastuussa lääkehoidon päivittäisestä toteuttamisesta ja samalla potilaan säännöllinen kontakti terveydenhuoltoon. Valvotun lääkehoidon toteuttaja on aitiopaikalla ja avainasemassa paitsi lääkehoidon toteutumisen, myös potilaan hyvinvoinnin varmistajana lääkehoidon aikana. Lääkehoidosta vastuussa oleva henkilö kyselee ja seuraa potilaan vointia ja lääkkeiden sivuvaikutuksia ja on yhteydessä keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajaan heti ongelmien ilmaantuessa.

Koska kaikki valvottua lääkehoitoa toteuttavat henkilöt eivät välttämättä ole sairaanhoitajia eikä heillä väistämättä ole kokemusta tuberkuloosipotilaan hoidosta, pitäisi pystyä varmistumaan siitä, että heillä on riittävästi tieto-taitoa pystyäkseen toimimaan potilaan edun mukaisesti. Hyvä yhteistyö keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajan kanssa madaltaa kynnyksiä pyytää tarvittaessa apua. Kehittämisehdotuksena on yhteistyön syventäminen ja mahdollisen ohjeistuksen laatiminen valvottua lääkehoitoa toteuttavalle henkilölle.

Prosessikuvaus kuvaa tuberkuloosipotilaan tämänhetkistä ohjausta ja sen sisältöjä Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla. Prosessikuvaus auttaa organisaatiossa toimivia ihmisiä ymmärtämään prosessin kokonaisuutta ja omaa rooliaan siinä (Laamanen 2007, 21-23). Näin ollen se on oiva väline uuden työntekijän perehdytyksessä tai esiteltäessä osaston toimintaa esimerkiksi johdolle, rahoittajille tai muille osastoille. Aaltonen ym. (2008, 62, 66) mukaan työnjaon selkeyttäminen ja työtapojen yhtenäistäminen poistaa päällekkäistä työtä parantaen tehokkuutta ja takaa hoitopolun olennaisten vaiheiden oikea-aikaisen toteutumisen parantaen hoidon laatua. Hyvä laatu johtaa vuorostaan kokonaiskustannusten minimoitumiseen. Prosessikuvaus annetaan poliklinikan käyttöön, jolloin se tarjoaa välineen tuberkuloosipotilaan ohjauksen kokonaisuuden hahmottamiseen, arviointiin ja tarpeen mukaan kehittämiseen. Kehittämisessä avainasemassa on poliklinikan oma henkilökunta.

Lähteet

- Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. 2008. Ihannesairaala - Visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Bam, T. S. Gunneberg, C., Chamroonsawasdi, K., Bam D. S., Aalberg, O., Kasland, O., Shiyalap, K. & Srisorrachatr, S. 2006. Factors affecting patient adherence to DOTS in urban Kathmandu, Nepal. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 10(3):270-276.
- Chung, W-S., Chang, Y-C & Yang, M-C. 2007. Factors influencing the successful treatment of infectious pulmonary tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 11(1):59-64.
- Comolet, T. M., Rakotomalala, R. & Rajaonariora, H. 1998. Factors determining compliance with tuberculosis treatment in an urban environment, Tamatave, Madagascar. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2(11):891-897.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino.
- Heinonen, A. 2008. Keuhkosityöpöpotilaan hoitopolku täsmentyi Seinäjoella. *Sairaanhoitaja* 6-7/2008, 36-37.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otava.
- Hodgson, U., Kerman-Hietalampi, T., Lillkung, A., Saarelainen, P. & Almila, A. Keuhkopoliklinikan tuberkuloosipotilaan valvotun hoidon prosessi luonnos v02. HUS.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, K. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2002. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51 (2003) 239-245.
- Kolmiosairaalahanke. 2008. Viitattu 29.3.2009. <http://www.welllifecenter.fi/Kolmiosairaalahanke.htm>.
- Kyngäs, H. 2009. Lääkehoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen M. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Viitattu 15.2.2010. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 2.4.2011. Valtion tietosäädösrankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden laaki. Viitattu 2.4.2011. Valtion tietosäädös pankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkko: ideasta käytäntöön. Helsinki: Laatu keskus.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopedic Nursing* (1999) 3, 138-145.

Liam C. K., Lim K. H., Wong, C. M. M. & Tang, B. G. 1999. Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 3(4):300-309.

Liippo, K. 2005. Tuberkuloosi ja muut mykobakterioosit. Teoksessa V. Kinnula, P. Brander & P. Tukiainen (toim.) *Keuhkosairaudet*. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskenikäinen potilas. *Terveystieteiden tuotannon ohje*. Jyväskylä: Gummerus.

Pukkila, O. 2009. Röntgensäteilyn käyttö tuberkuloosin vastustamisessa. Viitattu 20.11.2009. *Duodecim* 2009;125(1):59-65. <http://nelli.laurea.fi:2056/xmedia/duo/duo97759.pdf>

Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. *Sairaanhoitaja* 10/2006, 18-21.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Tartuntataudit Suomessa 2008. Viitattu 23.11.2009. Raportti 10/2009, 32-33. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6223766d-ea1a-4a85-af48-339920ea9bb6>.

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

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 17.2.2011. Helsinki. <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>.

Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vasankari, T., Liippo, K. & Ruutu, P. 2007. Miten tartuttava tuberkuloosipotilas on? Tartuntaan liittyvät toimet. Viitattu 23.11.2009. *Suomen Lääkärilehti* 41/2007, 37-40. <http://nelli.laurea.fi:2254/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL412007-3737.pdf>.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

World Health Organization. 2003. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Viitattu 15.2.2010. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf.

Liitteet

Liite 1 Haastatteluteemat ja -kysymykset

Teema	Kysymys
Ohjauksen tarpeen arviointi	Kuka arvioi potilaan ohjauksen tarpeen? Milloin ohjauksen tarve arvioidaan? Miten ohjauksen tarvetta arvioidaan (arvioitte)?
Tavoitteiden asettaminen	Kuka asettaa ohjauksen tavoitteet? Milloin tavoitteet asetetaan? Tehdäänkö tavoitteet yhdessä potilaan kanssa? Millaisia tavoitteita ohjaukselle asetetaan?
Ohjauksen toteutus	Kuinka pitkään ohjaussuhde kestää? Missä vaiheissa ja kuinka usein potilas saa ohjausta? Ketkä kaikki potilasta ohjaavat? Millaisista sisällöistä ohjaus koostuu? Millaisia eri ohjausmenetelmiä käytetään (käytätte)? Missä (vastaanotolla/ puhelimitse/) ohjataan?
Ohjauksen arviointi	Kuka arvioi ohjausta, milloin? Miten ohjausta arvioidaan?

Liite 2 Saatekirje haastatteluun osallistujille

Hei!

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemestä.

Olen tekemässä opinnäytetyötä, jonka tarkoitus on kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden sairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla prosessikuvauksen keinoin.

Prosessikuvauksen laatimiseksi tarvitsen aineistoa tuberkuloosipotilaan ohjaamisesta osastollanne, potilaan hoitopolusta, ohjauksen sisällöistä ja ohjausta toteuttavista ammattiryhmistä. Kerään aineiston haastattelemalla kahta osastonne sairaanhoitajaa.

Haastattelun pohjalta luon QPR ProcessGuide ohjelmistoa hyväksi käyttäen prosessikaavion, jonka tulen esittelemään osaston henkilökunnalle. Jos kaaviossa havaitaan tällöin epäkohtia, sitä voidaan muuttaa, tarkentaa tai täydentää. Valmis prosessikaavio luovutetaan osastonne käyttöön, jolloin voitte tahtoessanne käyttää sitä tuberkuloosipotilaiden potilasohjauksen analysointiin, arviointiin ja kehittämiseen.

Pyydän teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun opinnäytetyötäni varten. Haastattelu toteutetaan osastollanne etukäteen sovittuun aikaan. Haastattelu kestää noin 1-1½ tuntia.

Ystävällisin terveisin,

Anna Viinamäki

anna.viinamaki@laurea.fi

tel. 050 344 1599

Liite 3 Haastattelusuostumus

Pyydän suostumustanne haastatteluun. Haastattelulla kerätään tietoa opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvata tuberkuloosipotilaan ohjausta Meilahden sairaalan keuhkosairauksien poliklinikalla. Haastattelu nauhoitetaan ja haastattelumateriaali tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Osallistun vapaaehtoisesti haastatteluun.

___/___ 2010

Allekirjoitus

Liite 4 Haastateltavien taustatietolomake

Koulutus:

Työkokemuksen pituus:

- terveydenhoitoalalta:
- keuhkosairauksien poliklinikalla:
- tuberkuloosipotilaiden kanssa:

Liite 5 Tuberkuloosipotilaan ohjauksen prosessikuvaus

TUBERKULOOSI POTILAAN OHJAUksen PROSESSI KUVAUS MEILAHDEN KOLMIOSAIRAALAN KEUHKOSAIRAUKSIEN POLIKLINIKALLA 1/2

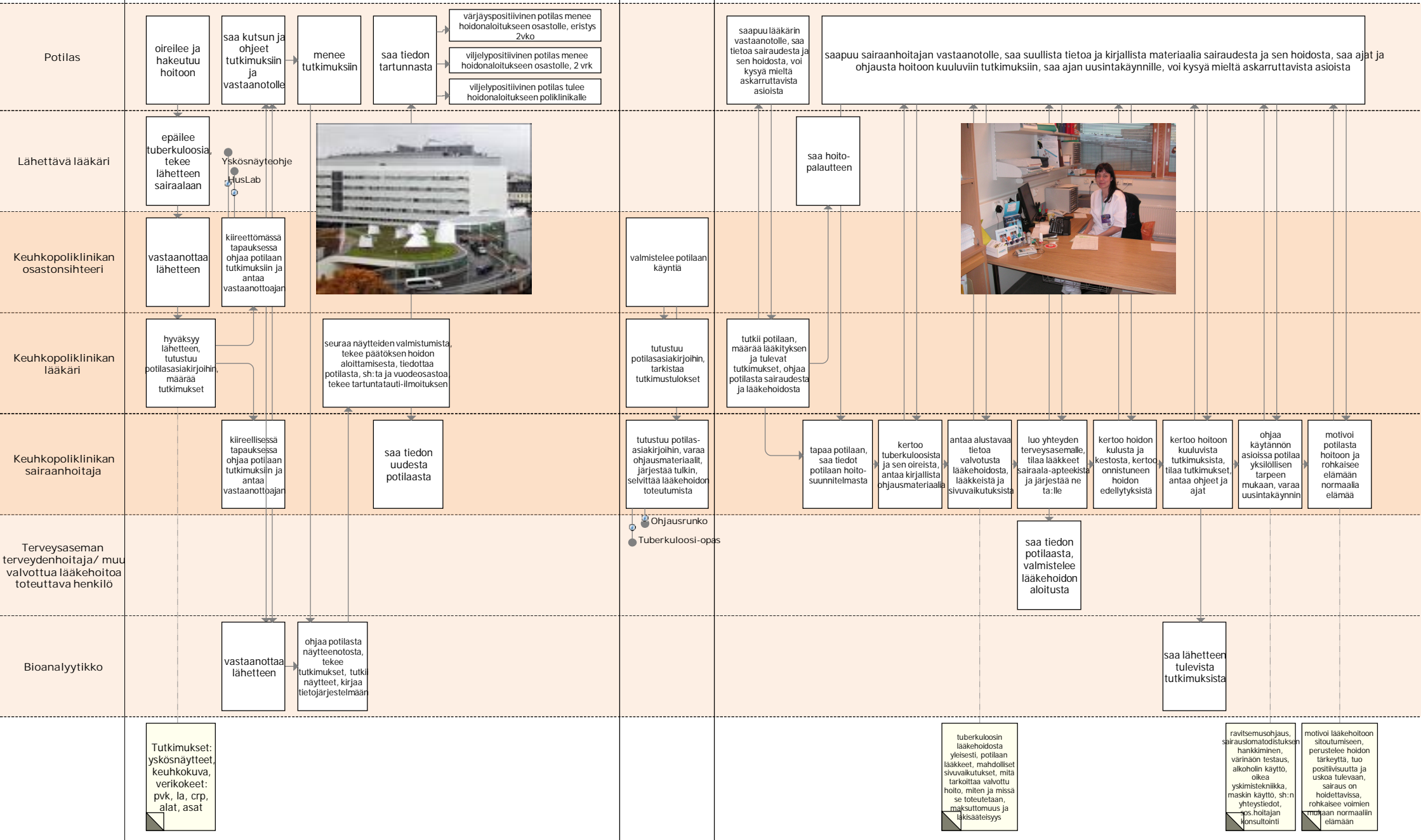
OHJAUksen VALMISTELU

Hoidon käynnistyminen

Vastaanoton valmistelu

OHJAUksen TOTEUTUS

Hoidon aloitus poliklinisesti



TUBERKULOOSI POTILAAN OHJAUKSEN PROSESSIKUVAUS MEILAHDEN KOLMIOSAI RAALAN KEUHKOSAIRAUKSIEN POLIKLINIKALLA 2/2

Prosessikaavion laatinut:
Anna Viinamäki 8.2.2011
Laurea-ammattikorkeakoulu

