

HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN  
NIVELREUMAPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ  
-KOULUTUS

Eila Oksa  
Syksy 2009  
Diakonia-ammattikorkeakoulu,  
DIAK pohjoinen Oulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Oksa, Eila. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen nivelreumapotilaan hoitotyössä -koulutus. Oulu, syksy 2009. 85 s., 7 liitettä.

Diakonia ammattikorkeakoulu, Diak, Pohjoinen Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto; sairaanhoitaja AMK.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa koulutustilaisuus Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 37 ja reumapoliklinikan hoitohenkilökunnalle hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta.

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen otetaan käyttöön koko maassa vuoteen 2011 mennessä. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa ja perehdyttää hoitohenkilökuntaa kirjaamaan hoitotyötä rakenteisen Suomalaisen hoitotyön luokituksen (Finnish Care Classification, FinCC) avulla.

Koulutuksen lähtökohtana oli hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen kehittäminen. Koulutus suunniteltiin asiakasanalyysistä saadun tiedon avulla. Koulutus sisälsi tietoa Suomalaisesta hoitotyön luokituksesta ja harjoituksen nivelreumapotilaan hoitosuunnitelman laatimisesta. Koulutuksen sisältö tuoteistettiin koulutustilaisuustuotteeksi. Tuotetta voidaan hyödyntää rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa. Koulutustilaisuuteen osallistuneet arvioivat koulutuksen antaneen valmiuksia rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon ja tukevan työnantajan tulevaisuudessa järjestämään koulutusta. Jatkokoulutushaasteena on säännöllisen käytännönläheisen kirjaamisen harjoittelun järjestäminen.

Asiasanat: Suomalainen hoitotyön luokitus, FinCC, toiminnallinen opinnäytetyö, tuote, rakenteinen kirjaaminen, nivelreumapotilaan hoitotyö

## ABSTRACT

Oksa Eila. Structured documentation of rheumatoid arthritis patients' nursing (education). Oulu 2009, 85 p., 7 appendices. Language: Finnish.

Diaconia University of Applied Sciences, Diak, Oulu. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse

The purpose of the thesis was to produce a staff training day on structured documentation of nursing for nursing staff working on ward 37 and rheumatology outpatient clinic in Oulu University Hospital (Finland).

The structured documentation in nursing will be introduced by the year 2011 in Finland. The aim of the thesis was to give knowledge of Finnish Care Classification (FinCC) and show to the nursing staff how to use it in practical nursing documentation.

The starting point of the staff training day was to develop the professional skills of nursing staff. The education of the training day was based on the results of client analysis. The education included information about Finnish Care Classification and an exercise on nursing documentation of a rheumatoid arthritis patient. The content of the education was processed into a staff training day product. The product can be used at the introductory stage of the structured documentation. The participants of the staff training day expressed that the education gave preparedness to the introduction of the documentation, and also gave support to the employer of organizing this kind of education in future. The challenge of future education is, how to organize practical nursing documentation exercises regularly.

Keywords: Finnish Care Classification, FinCC, product, structured documentation of nursing, rheumatoid arthritis, nursing.

## SISÄLLYS

<u>TIIVISTELMÄ.....</u>	<u>2</u>
<u>ABSTRACT.....</u>	<u>3</u>
<u>1. JOHDANTO.....</u>	<u>5</u>
<u>2. TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....</u>	<u>6</u>
<u>3. KOULUTUS.....</u>	<u>9</u>
<u>3.1 Toimintaympäristö.....</u>	<u>9</u>
<u>3.2 Asiakasanalyysi.....</u>	<u>11</u>
<u>3.2.1 Hoitohenkilökunta.....</u>	<u>12</u>
<u>3.2.2 Potilasanalyysi.....</u>	<u>14</u>
<u>3.3 Koulutustilaisuuden käytännön valmistelu.....</u>	<u>15</u>
<u>3.4 Koulutustilaisuuden sisällön suunnittelu ja rajaus.....</u>	<u>18</u>
<u>3.4.1 Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC).....</u>	<u>19</u>
<u>3.4.2 Nivelreuma sairautena.....</u>	<u>20</u>
<u>3.4.3 Hoitosuunnitelman sisältöalueet.....</u>	<u>21</u>
<u>4 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI.....</u>	<u>23</u>
<u>4.1 Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi.....</u>	<u>23</u>
<u>4.2 Jatkokoulutushaasteet.....</u>	<u>27</u>
<u>4.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....</u>	<u>28</u>
<u>4.4 Oman oppimisprosessin arviointi.....</u>	<u>30</u>
<u>LÄHTEET.....</u>	<u>33</u>

## LIITTEET

Liite 1: Koulutuspäivän ohjelma.....	37
Liite 2: PowerPoint- esitys.....	38
Liite 3: Case- potilas.....	47
Liite 4: Tyhjä hoitosuunnitelma.....	48
Liite 5: Esitäytetty hoitosuunnitelma.....	49
Liite 6: Palautekyselylomake.....	51
Liite 7: Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen nivelreumapotilaan hoitotyössä -koulutustilaisuustuote.....	52

## 1. JOHDANTO

Yhteiskunnassamme tapahtuneisiin muutoksiin vastaaminen asettaa monia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon sektorille. Yhteisenä haasteena kaikilla hallinnonaloilla on väestön terveyden edistäminen ja kasvaneiden terveyserojen kaventaminen väestöryhmien välillä ja alueellisesti, sekä syrjäytymisen ehkäiseminen. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää toimintatapojen ja osaamisen arviointia, uusien työ- ja toimintamenetelmien, sekä tietopohjien kehittämistä ja käyttöönottoa (STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008d, STM 2008e.)

Terveydenhuollon tietohallinnon kehittäminen on yksi osa toimintojen uudistamista. Kansallisen terveystietohankkeen osana on kehitetty valtakunnallisesti yhteen toimiva sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä, jossa keskeinen potilastieto kirjataan rakenteisesti yhdenmukaisella tavalla. (STM 2008e, STM 2004b.) Sähköinen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishankkeen (HoiDok v. 2005- 2008) tuloksena kehitettiin valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä. Hoitotyön kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessin ydintietoihin ja Suomalaiseen hoitotyön luokitukseen (FinCC, Finnish Care Classification) (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008a.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto on suunniteltu vuodelle 2010 (Kaakinen & Torppa 2009). Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä järjestettiin vuodeosasto 37 ja reumapoliklinikan hoitohenkilökunnalle koulutustilaisuus rakenteisesta kirjaamisesta. Lisäksi koulutuksen sisältö tuoteistettiin koulutustilaisuustuotteeksi, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa. Opinnäytetyön aihe koettiin työyhteisöissä tarpeellisenä ammatillisen osaamisen kehittämisenä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa koulutustilaisuus vuodeosasto 37 ja reumapoliklinikan hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa ja perehdyttää kirjaamaan hoitotyötä FinCC: n avulla.

## 2. TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Ammattikorkeakoulutuksen tavoitteena on, että valmistuessaan opiskelija toimii alallaan asiantuntijatehtävissä ja hallitsee siihen liittyvät kehittämisen sekä tutkimuksen perusteet. Opinnäytetyön tulee osoittaa alan tietojen ja taitojen hallintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan opastaminen tai ohjeistaminen. Opinnäytetyön kriteereitä ovat työn tavoitteen niveltyminen ammatilliseen käytäntöön, työelämälähtöisyys ja ammatillisen kasvun edistäminen. Työn kaikissa vaiheissa pohjana tulee olla työn kohdetta ja ammatillisia käytäntöjä koskeva tutkittu tieto. Työn käytännön toteutuksen ja sen raportoinnin tulee yhdistyä tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9- 10, 16, 51, 56- 57, Kuokkanen; Kivirinta; Määttä & Ockenström 2007, 23, 30.)

Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana on ollut hoitohenkilökunnan muuttuviin ammattitaidon osaamistarpeisiin vastaaminen koulutuksen avulla. Sairaanhoidajilla ammatillisen osaamisen jatkuva ylläpitäminen ja kehittäminen pohjaavat eettisiin ohjeisiin (Suomen Sairaanhoidajaliitto 1996, Etene 2001, 14) ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevaan lakisääteiseen velvoitteeseen. Täydennyskoulutus voi luonteeltaan olla lyhyt- tai pitkäkestoista lisäkoulutusta. Sen tarkoituksena on ylläpitää, ajantasaistaa ja lisätä työntekijän osaamista sekä ammattitaitoa. Koulutuksen tulee vastata terveydenhuollon tarvetta, muuttuvia vaatimuksia ja liittyä kiinteästi työtehtäviin ja niiden kehittämiseen (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2003, 2; STM 2004a, 43- 47; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994; Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994; Työterveyshuoltolaki 1381/2001; Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 ja 993/ 2003; Kansanterveyslakimuutos 992/ 2003.) Hoitohenkilökunta määritellään tässä opinnäytetyössä sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulu- tai perustutkinnon tai aiemman opisto- ja koulutason tutkinnon suorittaneeksi henkilöksi ja siten, kun se on laissa (559/94) ja asetuksessa (564/94) terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetty.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa koulutustilaisuus OYS vuodeosasto 37 ja reumapoliiklinikan hoitohenkilökunnalle hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta.

Koulutuksen sisältö tuotteistettiin koulutustilaisuustuotteeksi. Tuotteen tarkoituksena on, että hoitohenkilökunta voi hyödyntää sitä rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa. Koulutustilaisuuden tavoitteena oli antaa tietoa ja perehdyttää kirjaamaan hoitotyötä rakenteisesti Suomalaisen hoitotyön luokituksen, FinCC: n avulla.

Koulutus aiheesta koettiin tarpeellisenä ammatillisen osaamisen kehittämisenä. Rakenteinen kirjaaminen otetaan käyttöön valtakunnallisesti vuoteen 2011 mennessä. OYS: ssa sen käyttöönotto on suunniteltu vuodelle 2010 (Kaakinen & Torppa 2009). Koulutuksen avulla tuetaan hallittua rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa ja työnantajan tulevaisuudessa järjestämää yleisen tason koulutusta aiheesta.

Koulutuksella tuettiin vuodeosasto 37 ja reumapoliklinikan yhteistyötä potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Potilaalla tarkoitetaan terveydenhuollon palveluja käyttävää ihmistä, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia (Stakes 2007). Koulutustilaisuudessa tuotiin esiin nivelreumaa sairastavan potilaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Nivelreuma on pitkäaikainen tulehduksellinen reumasairaus, jota Suomessa sairastaa noin 32 000 aikuista (Hakala 2007, 323.) Näyttöön perustuvaa hoitotyötä voidaan soveltaa muiden pitkäaikaissairautta sairastavien potilasryhmien hoitotyöhön. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (EBN, evidence based nursing) tarkoitetaan ajantasaisen tutkitun tiedon arviointia ja käyttöä potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoidon toteutuksessa (Lauri & Kyngäs 2005, 55; Leino- Kilpi & Lauri 2003, 7). Opinnäytetyön tekijän valmiudet hoitotyön kehittämiseen ja koulutustilaisuuden järjestämiseen lisääntyvät.

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja valtakunnallisesti ajankohtainen. Diakonia ammattikorkeakoulun periaatteina kehittämistoiminnassa etusijalla ovat etusijalla työelämälähtöisyyden lisäksi huono-osaisuuden ja syrjäytymisen ehkäisyyn liittyvät hankkeet (Kuokkanen; Kivirinta; Määttänen & Ockenström 2007, 18). Pitkäaikaissairaudet kuten nivelreuma vaatii paljon ihmisen voimavaroja ja edellyttää sitoutumista useisiin erilaisiin hoitoihin. Hoitoon sitoutumattomuus on aina terveysriski, joka aiheuttaa syrjäytymistä (Kyngäs 2005, 55- 68.)

Tähän toiminnalliseen opinnäytetyöhön sisältyi työn luonteen johdosta tutkimuksellinen esiselvitys, koulutustilaisuus, koulutustilaisuuden palautekysely sekä tuote.

Toiminnallinen opinnäytetyö →	Koulutus-suunnitelma →	Koulutustilaisuus: Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen →	Koulutuksen arviointi →
Toimintaympäristö Asiakas analyysi: hoitohenkilökunta potilaat	Koulutuksen tavoitteet Ajankohta Toteutustapa Tiedottaminen Aiheen rajaus Sisällön suunnittelu	Iltapäiväkoulutus: Suomalaisen hoitotyön luokitus (FinCC) - lähtökohdat - esittely Kahvi Esimerkki hoitosuunnitelman laatimisesta Keskustelu - Tuote	Palautekysely Tavoitteiden saavuttaminen Toteutustapa Tiedottaminen Aiheen rajaus Sisältö Jatkokoulutushaasteet

KUVIO 1. Koulutustilaisuuden suunnittelun eteneminen

Opinnäytetyön tietoperustan kokoamisessa kirjallisuushakuihin on käytetty seuraavia tietokantoja: Finohtan Ohtanen, Nelli- portaali, Medic, Cinahl, Cochrane ja Pubmed. Hakuihin on käytetty myös valmiiden tutkimusten lähdeluetteloita ja aiheeseen liittyvää ammattikirjallisuutta.



### 3. KOULUTUS

#### 3.1 Toimintaympäristö

Toimintaympäristön ja toimintakokonaisuuden jäsentäminen hyödyntää toiminnallisen opinnäytetyön ja tuotteen asiasisällön suunnittelua. Organisaation ja toimintayksikön toimintaa ohjaavat suunnitelmat, toimintaohjelmat, sekä arvoperusta vaikuttavat asiasisältöön ja toteuttamiseen (Jämsä & Manninen 2000, 45, 49; Vilkkä & Airaksinen, 27, 38- 40.)

Oulun yliopistollinen sairaala (OYS) vastaa Pohjois- Pohjanmaan alueen erikoissairaanhoidosta. Erityisvastuualueella, joka käsittää Pohjois-Pohjanmaan lisäksi Länsipohjan, Keski- Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiirit, sekä Kainuun maakunnan, OYS vastaa erityistason sairaanhoidosta. Erityisvastuualue käsittää 74 kuntaa ja alueella asuu noin 729 260 henkeä (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, 8.)

Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toiminnan tarkoituksena on edistää väestönsä terveyttä yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden muiden tuottajien kanssa. Sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen yksikössä painoalueena lähivuosille on kansansairauksien ehkäisytyön jatkaminen. Erityisesti panostetaan ohjaustaitojen ja elämäntapaohjauksen lisäämiseen (Oukka 2009, Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009a.)

Sairaanhoitopiirin strategiasuunnitelman johtavia teemoja on asiakasnäkökulma. Potilaita kohdellaan eettisesti korkeatasoisesti. Hoidon laatuun liittyviä tavoitteita ovat korkeatasoinen ja turvallinen hoito. Tavoitteisiin on mahdollista päästä kehittämällä henkilökunnan osaamista, noudattamalla valtakunnallisia suosituksia, ohjeita haittatapahtumien ehkäisemisessä ja seurannassa sekä mittaamalla potilastyytyväisyyttä. Hoidon saatavuudessa tavoitteena on, että potilas saa tarpeellisen hoidon viiveettä. Hoidon vaikuttavuuden kannalta tavoitteena on käyttää vaikuttaviksi todettuja hoitomenetelmiä. Näihin liittyvinä toimenpiteinä avainasemassa ovat hoitoprosessien

systemaattinen parantaminen, näyttöön perustuvan hoidon kehittäminen ja hallittu uusien hoitomenetelmien käyttöönotto (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009a.)

Sairaanhoitopiirin toiminnan perustan muodostavat toimivat hoitoketjut, Käypä hoitosuositukset, hoitopääsykriteerit, FinnOHTA: n (Terveystieteiden tutkimuskeskus) arviointiyksikkö) arviointityö ja benchmarking- toiminta (vertailukehittäminen) (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, 13- 14). Hoitoketjulla tarkoitetaan potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa hoitoprosessin kokonaisuutta (Stakes 2007.)

Reumasairauksien hoidonpohjatuksen perustan muodostaa Nivelreuman käypähoitosuositus ja sovitut alueelliset hoito- ohjelmat hoitokäytännöistä erityisvastuualueen sairaaloiden kanssa. Reumasairauksien hoitoketju ja sovitut hoitovastuu jakautuu siten, että erikoissairaanhoidon tehtäviin sisältyy potilaan diagnoosin varmistaminen, hoidon aloitus ja ohjaus sekä hoitovastuun arvioiminen 3-6 kuukauden välein. Perusterveydenhuollon tehtävänä on sairauksien varhainen tunnistaminen, lähettäminen erikoissairaanhoitoon sekä vastaaminen osaltaan hoidon toteutuksesta ja seurannasta, kuten lääketurvakohteista ja jatko- ohjauksesta (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, 13- 14; Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2009.)

Potilaan parhaaksi - edistyksellistä hoitotyötä oppaassa on kuvattu hoitotyön perustaa (2002). Hoidon lähtökohdaksi on potilas, hänen hoidontarpeensa ja voimavaransa. Potilas nähdään osana perhettään, elinympäristöään ja kulttuuriaan. Hoitamisen perusta on potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde. Tässä yhteistyösuhteessa potilas on oman elämänsä asiantuntijana tasavertainen yhteistyökumppani (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2002, 3- 7.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa on käytössä sähköinen ESKO – potilastietojärjestelmä, joka sisältää hoitosuunnitelman. OYS on osallistunut valtakunnallisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishankkeeseen (HoiDok) sen pilottivaiheessa 2006- 2007, mutta vuodeosasto 37 ja reumapoliklinikka eivät kuuluneet pilottiyksiköihin (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, 24). Vuoden 2009 aikana

hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta koulutusta olivat saaneet osastojen kirjaamisyhdyshenkilöt ja osastonhoitajat (Pirjo Kaakinen, henkilökohtainen tiedonanto 26.3 2009).

Vuodeosasto 37 on sisätauti- kirurginen vuodeosasto, jonka erikoisaloina on tulehduksellisia ja systeemisiä reumasairauksia sairastavien, sekä munuais- ja sydänsairauksia sairastavien hoito, toimenpiteisiin valmistaminen, jatkohoito ja ohjaus. Reumasairauksien poliklinikalla toimii kaksi reumavastaanottoa. Yksiköt ovat osa reumatiimiä. Hallinnollisesti yksiköt kuuluvat sisätautien klinikan tulosityksikköön. Sisätautien klinikassa on toteutettu v. 2004- 2007 suullisen ja kirjallisen raportoinnin kehittämiseksi ns. Kirjaa ja raportoi – hanke, jonka tavoitteena oli parantaa hoitotyön laatua, potilasturvallisuutta, hoidon jatkuvuutta ja oikeusturvaa. Koulutuksiin sisältyi mm. kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö. Hankkeen aikana luotiin kirjaamis- ja raportointi yhdyshenkilöverkosto ja määriteltiin yhteisesti hoitotyön kirjaamisen minimivaatimukset. Sisätautienklinikan toimintasuunnitelmassa painoalueena v. 2009-2011 uudistumisen osalta on lääkehoito, jonka toteutuminen auditoidaan koko tulosityksikössä (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008.)

### 3.2 Asiakasanalyysi

Asiakasanalyysi ja kohderyhmän täsmällinen selvittäminen muodostavat toiminnallisen opinnäytetyön ja tuotesuunnittelun perustan. Hyödynsaajien, kohderyhmien tarpeiden ja odotusten selvittämisellä, analysoimalla ydintekijät ja eri näkökohdat turvataan toiminnan ja tuotteen laatu (Jämsä & Manninen 2000, 43- 44; Vilkkä & Airaksinen 2003, 38- 40.) Tämän opinnäytetyön ensisijaisena hyödynsaajina ja kohderyhmänä on OYS osasto 37 ja reumapoliklinikan hoitohenkilökunta. Välillisenä hyödynsaajana on työnantaja ja lopullisia hyödynsaajia ovat potilaat.

### 3.2.1 Hoitohenkilökunta

Hoitohenkilökunnan taustatietoina selvitettiin ikä, koulutustausta ja työkokemus (Vilka & Airaksinen 2003, 38- 39).

Tämä luku on luettavissa kokonaisuudessaan työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Benner (1984) kuvaa sairaanhoitajan kehittymistä urallaan jakaen kehittymisen viiteen eri vaiheeseen: aloittelija – edistynyt aloittelija- pätevä- taitava ja asiantuntija. Samankaltaisen potilasaineiston parissa työskennellen päteväksi hoitajaksi kehittyminen vie aikaa 2-3 vuotta ja taitavaksi hoitajaksi kehittyminen noin 3-5 vuotta. Benner korostaa ammattitaidon kehittyvän kokemuksen kautta ja olevan tilannesidonnaista. Tällöin uudessa tilanteessa taitava hoitaja voi palautua alemmalle tasolle (Benner 1984, 33- 46; Benner; Tanner & Chesla 1999, 58- 70.)

Benner suosittaa käyttämään taitavien hoitajin opetuksessa tapausesimerkkejä ja induktiivista lähestymistapaa sekä

välttämään yhteydestään irrotettuja periaatteita turhautumista aiheuttavina (Benner 1984, 40.)

### 3.2.2 Potilasanalyysi

Sisätautienpoliklinikan käyntitilastoista selvitettiin erikoissairaanhoidon seurantaan edellyttävät tulehduksellisten reumasairauksien diagnoosit. Analysoinnilla saadun yleisimmän tulehduksellisen reumasairausryhmän diagnoosia käytettiin esimerkkipotilaan hoitosuunnitelman suunnittelun pohjana. Oman potilasaineiston käyttämisellä rakenteisen hoitotyön kirjaamiseen perehtymisessä pyrittiin palvelemaan kohderyhmää parhaiten (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56- 58; 62; Jämsä & Manninen 2000, 44- 45).

Tämä luku on luettavissa kokonaisuudessaan työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

### 3.3 Koulutustilaisuuden käytännön valmistelu

Koulutustilaisuuden valmistelu tapahtui yhteistyössä työelämäohjaajan, poliklinikan osastonhoitajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa.

Koulutustilaisuuden käytännön ratkaisut koskevat koulutuksen ajankohtaa, toteutustapaa, tiedottamista ja aiheen rajausta.

Koulutuksen ajankohta sovittiin helmikuussa 2009. Koulutus päätettiin pitää 27.8.2009, tällöin vuodeosaston ja poliklinikan normaali toiminta oli käynnistynyt kesälomien jälkeen. Ajankohdan sopiminen aikaisin mahdollisesti hoitohenkilökunnan hallitun informoinnin tilaisuudesta ja koulutustilan varaus voitiin tehdä hyvissä ajoin. Sairaalan järjestämät yleiset koulutukset rakenteisesta hoitotyön kirjaamisesta on suunniteltu alkavaksi syksyllä 2009. (Pirjo Kaakinen, henkilökohtainen tiedonanto 26.3.2009). Ajankohtien läheisyyden koettiin tukevan toisiaan.

Koulutuksen toteutustapa sovittiin kolmen tunnin iltapäiväkoulutukseksi. Kertaluonteinen koulutus oli työyksiköiden kannalta tarkoituksenmukaisinta huomioiden työvuorosuunnittelun lähtökohdat. Ratkaisulla voitiin varmistaa, että kaikki tilaisuuteen osallistujat saivat koulutuksen samansisältöisenä kokonaisuutena (Kaarina Palomäki henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2009.)

Koulutuksessa käytettiin PowerPoint-esitystä pyrkimyksenä varmistaa esityksen selkeys. Koulutustilaisuuden kirjallista materiaalia ja PowerPoint-esitystä visualisoitiin käyttämällä niissä Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vaakunalogoa ja Diakonia ammattikorkeakoulun logoa. Näin toimien haluttiin korostaa organisaation omien visuaalisten tyylien käyttöä, joka yhtenäistää painotuotteita ja on osa organisaation imagoa (Jämsä & Manninen 2000, 56- 57). Riskiä laitteiden toimintahäiriöistä pyrittiin välttämään tarkistamalla laitteiden toimivuus etukäteen ja ottamalla esityksestä paperinen tuloste etukäteen.

Informaatiota välittävissä tuotteissa on tavoitteena keskeisen asiasisällön täsmällinen ja selkeä informaatio. Opinnäytetyön tekijältä tämä edellytti koulutustilaisuuden pitäjänä asiasisällön hyvää hallintaa, vuorovaikutus- ja puheviestinnän taitoa. Koulutustilaisuus oli kertaluonteisena kuulijoille ainutkertainen, jolloin tiedonvälityksessä tapahtuvia asioita on vaikea korjata jälkikäteen (Jämsä & Manninen 2000, 24, 54, 65- 66.) Tämä edellytti huolellista asiaan perehtymistä ja suunnittelua. Osallistujille koottiin etukäteen kansio, joka sisälsi koulutuspäivien ohjelman (LIITE 1), PowerPoint-esityksen (LIITE 2), FinCC:n, Case-potilasesimerkin (LIITE 3), hoitosuunnitelmalomakkeen (LIITE 4), sekä koulutustilaisuuden palautekyselylomakkeen (LIITE 6). Arvio koulutustilaisuuteen osallistuvan hoitohenkilökunnan määrästä oli 15 henkilöä. Ryhmä oli keskikokoinen, mutta osallistujien yksilöllisiä tarpeita ei tämän kokoisessa ryhmässä voi huomioida



samalla tavoin kuin pienessä ryhmässä. Osallistujista suurimmalla osalla oli sairaanhoitajan koulutus. Ryhmän yhtenäisyys helpotti asiasisällön suunnittelua (Jämsä & Manninen 2000, 65- 66).

Tässä opinnäytetyössä on sovellettu Bennerin antamia suosituksia taitavien hoitajien opetuksesta käyttäen tapausesimerkkiä ja induktiivista lähestymistapaa (Benner 1984, 40). Tehdyn asiakasanalyysin perusteella hoitohenkilökunta omasi työkokemusta runsaasti. Lisäksi on huomioitu Hallilan (2007) näkemykset sähköisen kirjaamisen täydennyskoulutuksesta. Hän toteaa, että koulutuksessa voidaan soveltaa ongelmalähtöistä oppimista pohtien yhteisesti ratkaisuja ja niiden perusteita. Useimmissa tapauksissa koulutus on suositeltavaa räätälöidä organisaatiolle ja työyksikölle (Hallila 2007, 205, 212- 214.)

Koulutustilaisuudessa opinnäytetyöntekijä sovelsi ryhmäohjauksen periaatteita. Näitä olivat myönteisen ja avoimen ilmapiirin luominen uuden asian omaksumiselle, ryhmän vuorovaikutuksen helpottaminen tarvittaessa ja mahdollisten kommunikaatioesteiden poistaminen. Koulutustilaisuuden tavoitteiden, sisällön, aikataulun ja menetelmien kertomisella varmistettiin, että kaikki tiesivät tilaisuuden kulun. Loppuyhteenvedolla ja keskustelulla käsitellyistä asioista ja osallistujien kokemuksista pyrittiin kokoamaan tilaisuus. (Kyngäs; Kääriäinen; Poskiparta; Johansson; Hirvonen & Renfors 2007, 104-115.) Työn ulkopuolelle on rajattu oppimisen ja opetuksen pedagogisten periaatteiden tarkastelu, koska se olisi laajentanut työtä liiaksi. Eikä tämä ollut työn ensisijainen tavoite.

Koulutuksen tiedottaminen eteni niin, että ensitiedottaminen tapahtui maaliskuussa reumatiimin hoitajapalaverissa. Kesäkuun alussa lähetettiin koulutuksesta muistutus, joka sisälsi alustavan tiedon koulutuksen sisällöstä ja koulutusohjelman lähettämisestä. Varsinainen koulutusohjelma lähetettiin kaksi viikkoa ennen tilaisuutta. Ohjelman lähettämisen jälkeen koulutusohjelmaan tuli lisäpuheenvuoro. Koska tästä ei aiheutunut muutoksia muuhun asiasisältöön eikä tilaisuuden kokonaisuuteen, osallistujille ei lähetetty uutta ohjelmaa. Tiedottamisen välineenä käytettiin sähköpostia. Vuodeosaston henkilökunnan tiedottaminen tapahtui osastonhoitajan kautta ja koulutustilaisuuden ohjelma oli näkyvillä henkilökunnan ilmoitustaululla.

Koulutustilaisuuden aiheiden rajaukseen vaikuttaa käytettävissä olevan aika (Jämsä & Manninen 2000, 65- 66; Vilka & Airaksinen 2003, 38- 40). Tässä tapauksessa aikaa oli käytettävissä kolme tuntia. Koulutustilaisuus jaettiin kahteen osioon. Ensimmäinen osa muodostui Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) esittelystä. Toisessa osassa tehtiin FinCC: tä käyttämällä nivelreumaa sairastavalle esimerkkipotilaalle hoitosuunnitelma. Kahvitarjoilu järjestettiin ensimmäisen ja toisen osan välillä (LIITE 1). Sijoittamalla se koulutustilaisuuden keskelle pyrittiin antamaan osallistujille aikaa hengähtää, katkaisemaan pitkä koulutustilaisuus ja vapauttamaan keskustelua. Huolellisella suunnittelun ja asioiden ennakoimisen tavoitteena oli turvata tilaisuuden kulku (Jämsä & Manninen 2000, 65- 66).

Tilaisuuden loppukeskustelun sisältöalueina oli yhteenveto käsitellyistä asioista, kuulijoiden ensikokemukset FinCC: sta, sekä näkemykset tulevaisuuden kirjaamisen jatkokoulutuksen kehittämishaasteista. Ennen tilaisuuden loppumista osallistujia pyydettiin täyttämään koulutustilaisuuden palautekysely. Alkuperäisestä opinnäytetyösuunnitelmassa esitetystä kyselylomakkeen täyttamisestä koulutustilaisuuden jälkeisen viikon aikana opinnäytetyöntekijä luopui, sillä se olisi todennäköisesti vähentänyt palautuneiden lomakkeiden määrää. Ratkaisu säästi myös aikaa. Tilaisuudesta poistuesssa osallistajat saivat mukaansa esitetytyn hoitosuunnitelman (LIITE 5).

### 3.4 Koulutustilaisuuden sisällön suunnittelu ja rajaus

Koulutustilaisuuden sisällön suunnittelun ja rajauksen perusteina olivat toimintaympäristön suunnitelmista, toimintaohjelmista, tehdystä asiakasanalyysistä saatu tieto, sekä alan teoria- ja tutkimustieto. Näihin tekijöihin perehtymällä pyrittiin kohderyhmäkohtaiseen koulutussisältöön, joka täyttää terveydenhuoltoalan vaatimukset (Jämsä & Manninen 2000, 13- 14, 43- 51; Vilka & Airaksinen 2003, 38- 44; Suomen Sairaanhoidajaliitto 2003, 2; STM 2004a, 43- 47.)

Koulutustilaisuuden sisällöstä rajattiin pois hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö ja hoitotyön prosessi. Ratkaisu tehtiin käytettävissä olevan ajan perusteella.

Lainsäädännön osalta ratkaisun vaikutti lisäksi se, että lainsäädäntö oli sisältynyt sisätautienklinikassa v. 2004- 2007 toteutettuun Kirjaa ja raportoi hankkeeseen.

Koulutustilaisuuden sisältö tuotteistettiin koulutustuotteeksi (LIITE 7), jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa. Tuote sisältää myös hoitosuunnitelman sisältöalueiden taustalla olevan tietoperustan. Näin tuote tuo esille ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa nivelreumapotilaan hoitotyöstä. Näyttöön perustuvan hoidon kehittäminen on toimintaympäristön kehittämisaalueita (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009a).

#### 3.4.1 Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC)

Valtaosalla koulutustilaisuuteen osallistujista ei ollut aiempaa tietoa hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta eikä Suomalaisesta hoitotyön luokituksesta (Pirjo Kaakinen, henkilökohtainen tiedonanto 26.3 2009). Tähän perustuen koulutustilaisuuden ensimmäinen osaan sisällytettiin FinCC: n rakenteen ja sisällön esittelyn lisäksi Suomalaisen hoitotyön luokituksen kehitystyön lähtökohtien, tavoitteiden ja käyttösovellutusten esittely. Tällä ratkaisulla pyrittiin myös motivoimaan asian lisäperehtymiseen (LIITE 7, 54- 61).

Aluksi käytiin läpi sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän ja hoitotyön luokituksen kehittämisen taustalla olevan Kansallisen terveystietojen päätavoite sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (L159/ 2009) tuomia muutoksia, uudistuksia ja velvoitteita julkisen palvelujen tuottajalle. Käsitteet systemaattisuus, rakenteisuus ja ydintiedot avattiin kertomalla mitä niillä tarkoitetaan. Sen jälkeen esiteltiin rakenteisen luokittelun tiedon tuomia hyötyjä ja käyttösovellutuksia yleisesti. Kansainvälisistä hoitotyön luokituksista ja maassamme tehtyä hoitotyön luokitusten kehitystyötä sivuttiin vain lyhyesti aikaresurssit huomioiden.

Tämän jälkeen esiteltiin HoiDok- hanketta. Tähän käytettiin aikaa, koska haluttiin tuoda esille Suomalaisen hoitotyön luokituksen julkaisua edeltänyt laaja-alainen pilotit

sisältänyt hanketyö. Tämä on lisännyt hoitotyön luokituksen pätevyyttä. Esille tuotiin myös se, että hoitotyön luokituksen käytettävyyteen on kaikilla mahdollisuus vaikuttaa sillä luokitusta kehitetään käyttäjäpalautteiden perusteella. Lopuksi esiteltiin FinCC: n rakenne ja sisältö.

#### 3.4.2 Nivelreuma sairautena

Case- potilaan valinta hoitosuunnitelmaa varten tehtiin kohderyhmän omasta potilasaineistosta, jotta se palvelisi heitä parhaiten (Vilkka & Airaksinen 2003, 56- 58; 62; Jämsä & Manninen 2000, 44- 45). Yleisin tulehduksellisten reumasairauksien pääkäyntidiagnoosiryhmä sisätautienpoliklinikan reumavastaanotoilla vuonna 2008 oli tutkimuksellisenä esiselvityksenä tehdyn potilasanalyysin perusteella M05.8 (muu seropositiivinen nivelreuma). Nivelreumapotilaan valinta case- potilaaksi oli tämän perusteella yksiselitteinen. Case- potilaan esitietojen (LIITE 3) laatiminen perustui käypähoitosuositukseen ja siinä esitettyihin ACR: n (American Collage of Rheumatology, Amerikan Reumalääkäriyhdistys) nivelreuman diagnoosikriteereihin (Käypähoito 2009).

Nivelreuma on pitkäaikainen tulehduksellinen reumasairaus, jossa keskeistä on nivelkalvon sairastuminen. Nivel tulehduksen jatkuessa nivelrusto ohenee, syöpyy ja ruston alainen luu vaurioituu aiheuttaen nivelten virheasentoja (Karjalainen 2007, 10- 11; Hakala 2007, 323- 324.) Nivelreumasta aiheutuvat muutokset alentavat työ- ja toimintakykyä ja sairauden aiheuttama fyysisen vajaakuntoisuuden riski on yli seitsenkertainen muuhun väestöön verrattuna (Laajalahti & Sintonen 2005).

Nivelreumaan ei ole olemassa hoitoa, joka parantaisi sen lopullisesti, mutta varhaisen diagnoosin ja lääkehoidon aloituksen on todettu parantavan sairauden ennustetta (Näytönaste A). Hoidon päämääränä on sairauteen liittyvän nivel tulehduksen sammuttaminen, potilaan toimintakyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen, kivun lievittäminen, sekä auttaminen selviytymään sairauden kanssa. Tämä edellyttää

kokonaisvaltaista hoitoa ja ohjausta, joka toteutetaan potilaan ja moniammatillisen hoitotiimin kanssa yhteistyönä (Käypähoito 2009, 7, 17- 20.)

Terveyden edistämisen näkökulmasta nivelreumapotilaan hoitotyössä korostuu tertiaaripreventio, jolla tarkoitetaan pyrkimyksiä estää jo olemassa olevan sairauden eteneminen ja komplikaatioiden ilmaantuminen (Savola; Koskinen & Ollonqvist 2005, 15).

### 3.4.3 Hoitosuunnitelman sisältöalueet

Hoitotyön rakenteisen kirjaamiseen perehdyttiin tekemällä hoitosuunnitelma FinCC: ta käyttäen nivelreumaa sairastavalle case- potilaalle. Hoitosuunnitelman sisältöalueiksi rajattiin hoidontarveluokituksesta pääkomponentit lääkehoito, aistitoimintaan sisältyvä kipu sekä jatkohoito.

Lääkehoidon valinta sisältöalueeksi perustui toimintaympäristön toimintaohjelmiin, joissa yhtenä hoitoon keskeisesti liittyvänä tavoitteena on turvallinen hoito ja haittatapahtumien ehkäisy (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009a). Lääkehoidossa tapahtuneet vahingot ovat olleet suurimpia haittatapahtumien ja potilasvahinkojen aiheuttajia terveydenhuollossa (Kinnunen & Peltomaa 2009, 78- 79, 81- 82). Sisätautienlinikassa johon koulutuksen kohderyhmä kuuluu, on lääkehoito nostettu kehittämisalueeksi ja se auditoidaan koko tulosyksikössä (Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, 69.) Toisena valintaperusteena oli se, että lääkehoito on yksi nivelreuman hoidon kulmakivistä. Varhainen peruslääkehoidon aloitus parantaa nivelreuman ennustetta (Näytönaste A) ja peruslääkkeiden yhdistelmähoidon on todettu olevan tehokkaampaa kuin hoito yhdellä lääkkeellä (Käypähoito 2009, 3, 7- 8.) Nivelreumaa sairastavista potilaista peruslääkkeitä käyttää noin 70 % (Julkunen & Romu 2004). Valintaperusteluna oli lisäksi se, että lääkehoito on alue, josta potilaat ovat kokeneet lisäohjauksen tarvetta erityisesti lääkkeiden sivuvaikutusten suhteen (Kyngäs; Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 225- 234).

Aistitoimintaan sisältyvän kivun valintaperusteena oli sen todettu yleisyys nivelreuman oireena. Monet potilaat ilmoittavat kivun suurimmaksi sairauden aiheuttamaksi haitaksi. Nivelreumassa kivun hyvä hoito on yksi hoidon tavoitteista ja se edellyttää useiden erilaisten kivunhoidon menetelmien käyttämistä (Martio 2007, 115.) Kipuun pelkkää lääkehoitoa saavat potilaat ovat kuvanneet useammin ajoittaista kipua ja lihas- ja nivelkipua kuin he, jotka lääkehoidon lisäksi saivat muita hoitoja kuten kylmähoitoa, fysioterapiaa, leikkaushoitoa tai näiden yhdistelmiä (Vaajakari, Vehviläinen- Julkunen & Pietilä 2004, 81- 91.) Hoitamattomana kipu kroonistuu ja altistaa masennukselle. Masennus vaikuttaa potilaan perussairauden ennusteeseen, koska masentuneen henkilön voimavarat ovat riittämättömät hoitoyhteistyöhön ja sairauden vaatimien hoitojen toteuttamiseen. Toimintakyvyn menettäminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja lisää hoidon kustannuksia pitkittyneinä sairaalahoitoina ja sairauseläkkeinä (Äärelä 2004, 11, 26.)

Jatkohoidon valinta sisällönalueeksi perustui siihen, että toimivat hoitoketjut muodostavat yhden osan toimintaympäristön toiminnan perustasta (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, 13- 14). Jatkohoito ja sen toteutuminen suunnitellusti edellyttää potilaan hoitoketjun saumatonta toimivuutta. Reumasairauksien hoitoketjussa sovitun hoitovastuun mukaan erikoissairaanhoidon tehtäviin sisältyy potilaan diagnoosin varmistaminen, hoidon aloitus ja ohjaus, sekä hoitovasteen arvioiminen. Perusterveydenhuollon tehtävänä on sairauksien varhainen tunnistaminen, lähettäminen erikoissairaanhoitoon sekä vastaaminen osaltaan hoidon toteutuksesta ja seurannasta (Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2009.) Pitkäaikaisessa sairaudessa toimiva hoitoketju, jossa hoitoon osallistuvat ovat selvillä tehtävijaosta ja toimivat kiinteässä yhteistyössä on hoidon laadun ja tuloksellisuuden kannalta merkityksellistä (Käypähoito 2009, 20.) Lisäksi jatkohoito on alue, jossa potilaat ovat kokeneet lisäohjauksen tarvetta (Kantola 2007).

## 4 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI

### 4.1 Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi

Koulutustilaisuudelle asetettujen tavoitteiden arvioinnin tueksi osallistujille tehtiin kirjallinen palautekysely (LIITE 6) (Vilka & Airaksinen 2003, 157). Koulutustilaisuuteen osallistui 17 henkilöä, joista 14 vastasi palautekyselyyn. Palautteissa yksikään ei ollut valinnut arviointiasteikkoa 2 (välttävä) tai 1 (heikko).

TAULUKKO 1. Koulutustilaisuuden palautekyselyn monivalintakysymysten vastaukset

Kysymys	Kiitettävä (5)	Hyvä (4)	Tyydyttävä (3)	Välttävä (2)	Heikko (1)	N
Vastasiko koulutus tavoitteista ja odotuksiasi	6	7	1	-	-	14
Koulutuksen antama tieto Suomalaisesta hoitotyön luokituksesta	3	6	5	-	-	14
Potilasesimerkin antama hyöty FinCC: n käyttöön perehtymisessä	2	10	2	-	-	14
Koulutuksen antama hyöty ammatilliseen työhösi	3	8	3	-	-	14
Koulutustilaisuuden informaation selkeys	6	8	-	-	-	14
Tilaisuuden kokonaisjärjestelyt ja niiden sujuminen	7	6	1	-	-	14
Motivaatio asian lisäperehtymiseen	3	6	5	-	-	14

Koulutuksen käytännön ratkaisuja arvioitaessa koulutustilaisuuden ajankohdan sopiminen aikaisin mahdollisesti asioiden järjestelyihin hyvin aikaa. Koulutustilaksi saatiin lähellä oleva, audiovisuaaliset laitteet sisältävä ja riittävän kokoinen

neuvotteluhuone. Työvuorosunnittelulla voitiin luoda edellytykset mahdollisimman monelle tilaisuuteen osallistumiselle. Kaikkia tilanteita ei ole mahdollista ennakoida, näistä esimerkkinä työvuorojärjestelyjen yllättävät muutostarpeet. Koulutus toteutui suunnitellusti kertaluonteisena kolmen tunnin iltapäiväkoulutuksena. Kahvitilaisuuden järjestäminen koulutustilaisuuden keskivaiheilla osoittautui tärkeäksi. Tauko antoi tilaisuuden hengähtää uuden asiaan perehtymisessä ja vapautti keskustelua. Kahvitilaisuuden aikana rakenteisesta kirjaamisesta heräsi vilkas keskustelu.

Koulutuksen informaation selkeys koettiin kiitettäväksi tai hyväksi kaikissa 14 palautetussa kyselylomakkeessa. Vuorovaikutus ja ryhmän toiminta oli luontevaa. Tähän vaikuttivat ryhmän yhtenäisyys ja se, että ryhmän jäsenet tunsivat toisensa ja kouluttajan. Koulutukseen osallistui 17 henkilöä, heistä kaikki eivät kuuluneet hoitohenkilökuntaan. He olivat toivoneet osallistumismahdollisuutta aiheen kiinnostavuuden takia ja tämä tehtiin mahdolliseksi. Tilaisuuden kokonaisjärjestelyjen ja sujuvuuden suurin osa oli kokenut kiitettävänä tai hyvänä. Tätä tuki audiovisuaalisten laitteiden moitteeton toiminta ja se, että tilaisuus pysyi suunnitellussa aikataulussa.

Koulutustilaisuuden tiedottaminen tapahtui osastonhoitajien, hoitajapalaverien ja sähköpostin välityksellä. Osaston henkilökunnan tiedottaminen tapahtui pääosin osastonhoitajan kautta ja koulutusiltapäivän ohjelma oli nähtävillä henkilökunnan ilmoitustaululla. Tiedottamisen yhtenäisyyden kannalta koko hoitohenkilökunnan tiedottamisessa olisi voinut käyttää samoja menetelmiä, vaikkakin nyt käytetyillä menetelmillä tieto saavutti osallistujat.

Koulutustilaisuuteen varattu aika asetti rajoitukset asiasisällölle ja suunnitteluvaiheessa oli tarkasti arvioitava mikä on kohderyhmän kannalta oleellinen esitettävä tieto. Asiasisällön rajaamisessa ja case- potilaan hoitosuunnitelmaa varten toimintaympäristön kuvaan perehtymisen ja asiakasanalyysin kautta saatu tieto antoi tähän luotettavan pohjan. Tietosisältö koostui nivelreumasta sekä Suomalaisesta hoitotyön luokituksesta (FinCC) ja hoitosuunnitelman laatimisesta sen avulla.

Koulutustilaisuuden aiheen rajauksissa FinCC: n esittelyssä tavoitteena oli esitellä uusi asia selkeästi ja ytimekkäästi. Tässä opinnäytetyöntekijä onnistui osittain. Asia näkyy myös palautekyselyn vastauksissa. Vastaajista lähes yhtä moni koki koulutuksen



antaman tiedon ja motivaation asiaan lisäperehtymiseen tyydyttäväksi tai hyväksi. Asiasisällön esille tuomiseen ja selkeyteen PowerPoint esitystä laajentamalla olisi tullut kiinnittää enemmän huomiota. Tällöin esitys olisi tukenut paremmin sanallista ilmaisua.

Case- potilaan hoitosuunnitelman sisällöiksi oli rajattu lääkehoito, aistitoimintaan kuuluva kipu ja jatkohoito. Rajaukset tehtiin perustellusti ja valitut hoidontarpeet olivat yhteisiä sekä vuodeosaston että reumapoliklinikan hoitohenkilökunnalle. Hoidontarpeita oli kuitenkin valittu liikaa, sillä koulutuksessa ennätettiin käsitellä vain hoitosuunnitelman laatimista lääkehoidon tarpeiden osalta. Toiminnallinen ongelmaperusteinen koulutusmenetelmä, Suomalaisen hoitotyön luokituksen hahmottaminen ja sen käyttäminen kirjaamisessa vei aikaa. Tarve- ja toimintoluokituksen käyttö koettiin hankalanakin. Hoitosuunnitelman laatiminen herätti hedelmällistä keskustelua ja keskustelulle annettiin aikaa. Yhdessä asioiden pohtiminen jäsensi rakenteisen kirjaamisen perusteita ja käytäntöjä opinnäytetyöntekijän mielestä hyvin. Koulutustilaisuuden jakaminen kahteen iltapäivätilaisuuteen olisi mahdollistanut käyttää aikaa enemmän hoitosuunnitelmaan. Tässä tapauksessa se ei ollut mahdollista. Hoitosuunnitelmaa olisi vaihtoehtoisesti voinut lähteä suunnittelemaan nykyisin käytössä olevan hoitosuunnitelmamallin pohjalta. Kohderyhmälle tutusta tilanteesta eteneminen olisi mahdollisesti helpottanut FinCC:n hahmottamista. Hoitosuunnitelman laatiminen tehtiin manuaalisesti, koska sähköistä kirjaamisalustaa ei ole käytettävissä. Hoitosuunnitelman pohjan rakenne (LIITE 4) oli kuitenkin laadittu samaan muotoon kuin se tulevassa kirjaamisalustassa tulee olemaan.

Koulutuspalautteissa sekä potilasesimerkin antama hyöty FinCC: n käyttöön perehtymisessä että koulutuksen antama hyöty ammatilliseen työhön oli koettu hyväksi. Edellä oleva huomioiden kokonaisuutena arvioiden aiheiden sisällön suunnittelu ja rajaukset onnistuivat opinnäytetyöntekijän mielestä hyvin. Vuodeosaston ja reumapoliklinikan yhteisen koulutustilaisuuden merkitystä potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ei sen sijaan voida arvioida. Ei myöskään voida arvioida miten osallistujat kokivat yhteisen koulutuksen, koska asiaa ei kysytty.

Koulutuspalautteissa vastanneista lähes puolet koki koulutuksen vastanneen tavoitteitaan ja odotuksiaan kiitettävästi ja puolet hyvin. Valtaosa koki saaneensa koulutuksesta hyötyä ammatilliseen työhönsä. Tällä perusteella voi tehdä

johtopäätöksen, että koulutus välitti perustiedon siitä, mistä Suomalaisessa hoitotyön luokituksessa on kysymys ja miten sitä käytetään hoitotyön kirjaamisessa. Perustieto hyödyntää hoitohenkilökuntaa ja sitä kautta myös työnantajaa yleisten koulutusten alkaessa.

On huomioitava, että koulutustilaisuuden pitäjän toimiminen työyhteisöjen työntekijänä on saattanut vaikuttaa annettuihin vastauksiin. Koulutusaihe oli työelämälähtöinen, jolloin koulutukselle oli koettu tarve ja aihe koettiin kiinnostavaksi ja ammatillisesti merkittäväksi alun perin. Joka tapauksessa opinnäytetyöntekijä katsoo, että tämän koulutustilaisuuden toteutustapaa voidaan yleistää ja soveltaa muissa vastaavissa kertaluonteisissa koulutuksissa.

Opinnäytetyön ohjaajan mukana olo tilaisuudessa oli tärkeä tilaisuuden laatua turvaava tekijä. FinCC: n asiantuntijana häntä oli mahdollista konsultoida kysymyksissä, joihin opinnäytetyöntekijän tietämys ei riittänyt

Koulutustilaisuuteen osallistujille kootussa materiaalipaketin viimeistelemättömyydessä näkyy opinnäytetyöntekijän kokemattomuus ja kiire. Koulutusiltapäivän ohjelmasta ja palautelomakkeesta puuttuu olennainen ”rakenteinen” sana ja Case- potilaslomakkeesta puuttuu logot. PowerPoint – esityksen paperitulosteen teksti oli pienikokoisena vaikeaa lukea, sillä yhdelle A4- lomakkeelle oli sisällytetty kuusi diakopiota.

Koulutustilaisuuden sisältö tuotteistettiin koulutustilaisuustuotteeksi (LIITE 7). Tuotetta voi hyödyntää rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa. Koulutustilaisuudessa näyttöön perustuvaa nivelreumapotilaan hoitotyötä pystyttiin vain sivuamaan hoitosuunnitelmaa laadittaessa johtuen aikaresursseista. Tuotteessa on pyritty tuomaan esille hoitotyön taustalla olevaa ajantasaista tietoa ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tämän osalta tuotetta voidaan yleisellä tasolla soveltaa muiden pitkäaikaissairautta sairastavien potilasryhmien hoitotyöhön. Alkuperäiseen opinnäytetyön suunnitelmaan kuului koulutustilaisuuden lisäksi opas rakenteisesta hoitotyön kirjaamisesta. Tästä opinnäytetyöntekijä luopui, koska FinCC: sta on olemassa valtakunnalliseen käyttöön tarkoitettu opas, eikä erillisen oppaan tekeminen ollut millään muotoa järkevää.

## 4.2 Jatkokoulutushaasteet

Koulutustilaisuuden palautekysely (LIITE 6) sisälsi yhden avoimen kysymyksen, jolla kysyttiin kehittämissuhteita aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta varten ja muuta palautetta. Tähän kysymykseen vastasi 5 (N= 14) osallistujaa. Vastauksissa koulutustilaisuuden koettiin antaneen hyvät maistiaiset asiasta. Asian todettiin vaativan lisää tällaisia yhteisiä esimerkin pohtimisia. Kehittämissuhteina esitettiin käytännön läheistä koulutusta, harjoituksia ja keskustelua. Vastanneista osa kysyi palautteessaan, että ottaako hoidon tarveluokitus liian paljon aikaa aiheuttaen enemmän stressiä. Todettiin myös kysymyksiä jääneen paljon vielä auki, mutta niitä ei ilmaistu tarkemmin.

Koulutustilaisuudessa käydyn keskustelun aikana esille tulleita kehittämissuhteita olivat Suomalaiseen hoitotyön tarveluokitukseen (SHTaL) ja Suomalaiseen hoitotyön toimintaluokitukseen (SHToL) sisällysluettelon tekeminen sen käytön nopeuttamiseksi. Lisäksi toivottiin FinCC- luokituskokonaisuuden oppaasta ns. ”pokkariversion” tekemistä. Nämä ehdotukset on viety eteenpäin OYS: n FinCC – projektityöntekijälle. Keskustelua käytiin myös siitä, että hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen mukaisesta kirurgisen reumapotilaan yleisimmistä hoidontarpeista pyydetäisiin tehtäväksi opinnäytetyö.

Jatkokoulutushaasteena opinnäytetyöntekijä näkee yhteisen säännöllisen, käytännönläheisen kirjaamisen harjoittelun järjestäminen. Samalla on mahdollista käydä keskustelua ja sopia yhteisistä käytännöistä kirjaamisen suhteen. Tällä olisi todennäköisesti vaikutusta myös hoitohenkilökunnan motivaatioon asiaan perehtymisessä. Tehdyssä koulutuspalautekyselyssä motivaatio asiaan lisäperehtymisessä oli suurimmalla osalla hyvä tai tyydyttävä. Edellä mainitulla tavalla rakenteisen hoitotyön kirjaamiseen harjaantuisi. Kun asia hallitaan mahdollistaa se FinCC: n sujuvan käyttöönoton, poikkeaa Suomen hoitotyön luokitus nykyisestä kirjaamistavasta täysin. Sähköisen kirjaamisalustan käyttöön saaminen tukisi FinCC: n omaksumista. Sen avulla voisi kirjaamista harjoitella oikeassa ympäristössä, jolloin se motivoisi hoitohenkilökuntaa paremmin. Suomalaisen hoitotyönluokituksen kautta hoitotyön sisältö nousee entistä näkyvämmäksi. Tämä on kaikille hoitotyöntekijöille tärkeä ja motivoiva asia.

Koulutustilaisuudessa ei kirjaamiseen liittyviin lakeihin ja hoitotyön prosessin kertaamiseen käytetty aikaa. HoiDok – pilottiin osallistuneiden yksiköiden raporttien perusteella ainakin hoitotyön prosessin kertaamiseen tulisi käyttää aikaa. Hoitotyön prosessin käyttö on osassa yksiköitä jäänyt pois sähköisiin potilasjärjestelmiin siirtymisvaiheessa ja vaatinut siksi erityistä koulutusta (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008a). Tässäkin koulutustilaisuudessa keskusteluissa tuli esille, että tavoitteiden asettaminen koettiin aikaa vievänä ja ehkä siten myös vaikeana.

Uusi kirjaamismuoto koettiin haastavana. Opinnäytetyöntekijä toi esille olemassa olevan sähköisen kirjaamistavan hallitsemisen ja taustalla olevan Kirjaa ja raportoi hankkeen myönteisen merkityksen siirryttäessä rakenteiseen kirjaamiseen. Hoitotyön prosessin kertaamista suositeltiin, koska nykyinen käytössä oleva hoitosuunnitelma ei tue hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista. Loppulauseessa opinnäytetyöntekijä toi esille Suomalaisen hoitotyön luokituksen tekevän hoitotyön näkyväksi ja lisäävän siten hoitotyön professionaalisuutta.

#### 4.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöstä tehtiin yhteistyösopimus vuodeosaston osastonhoitajan kanssa. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä anottiin tutkimuslupa, jonka myönsi sisätautien tulosyksikön johtaja. Valmistunut opinnäytetyö toimitetaan vuodeosastolle ja poliklinikalle.

Tutkimuksellisten esiselvitysten osalta hoitohenkilökunnan tiedot on käsitelty siten, että nimettömyys on säilynyt. Oberon- käyntitilastosta ajetut diagnoosilistat sisälsivät diagnoositiedot, eivät tietoja joista potilaiden henkilöllisyys olisi käynyt ilmi. Aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti ja käsittelyn jälkeen aineisto hävitettiin tietosuojajätteenä. Koulutustilaisuuden palautekyselyn täyttäminen tapahtui nimettömänä. Palautelomakkeen täyttäminen perustui vapaaehtoisuuteen, vaikka sen täyttämistä suositeltiin. Tulokset on esitetty totuudenmukaisesti. Tietoperustan aineiston muodostamisessa pyrittiin käyttämään luotettavia lähteitä. Nivelreuman käypähoito suosituksen uusi päivitys valmistui syyskuussa 2009, koulutustilaisuustuotteen osalta

tiedot on käsitelty vastaamaan uutta päivitystä. Koulutustilaisuus sisälsi lisäpuheenvuoron ja kahvitauon, josta vastasi ulkopuolinen taho ja johon opinnäytetyöntekijällä syntyi näin ollen sidonnaisuus. Sidonnaisuus koski vain edellä mainittua osaa (Hirsjärvi; Remes & Sajavaara 2009, 23- 27; Vilkka 2007, 91, 154.)

Asiakasanalyysissa käytetyissä tutkimuksellisissa esiselvityksissä hoitohenkilökunnan taustatiedot selvitettiin konsultoiden vuodeosaston ja sisätautienpoliklinikan osastonhoitajia, käyttäen apuna valmiita työvuoro- ja vuosilomaoikeustiedoja. Näin ollen tieto on ollut suuntaa antavaa. Tiedot siirrettiin ja käsiteltiin Microsoft Office Excel- ohjelmalla. Potilaiden diagnoosien osalta Oberon – käyntitilastosta ajetusta diagnoosilistasta aineistoon kuuluvat diagnoosit siirrettiin ja käsiteltiin Microsoft Office Excel- ohjelmalla. Opinnäytetyöntekijä tarkasti siirtämänsä tiedot kahteen kertaan. Tällä pyrittiin varmistamaan, että siirrettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus. Tutkimuksellisten selvitysten tekemisessä opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt huolellisuuteen ja tulokset on esitetty totuudenmukaisesti.

Tutkimuksellisen selvitystä käytettiin tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä tiedonhankinnan apuvälineenä kohderyhmästä ja sen tarpeista. Tieto antoi pohjan koulutustilaisuuden ja tuotteen sisällöllisiin ratkaisuihin ja rajauksiin. Kerätty aineisto ei ole tämän takia tilastollisesti merkittävä. Määrällisessä selvityksessä saadun tiedon laadun turvaamiseksi käytetään valmiita perustason tutkimuskäytäntöjä (Vilkka & Airaksinen 2003, 56- 58, 62; Jämsä & Manninen 2000, 44- 45; Vilkka, 2007 119- 147.) Tässä opinnäytetyössä se on tarkoittanut aineiston keräämistä paikalla tilastoista, konsultoimalla asiantuntijoita, sekä palautekyselylomakkeella. Perustason tunnusluvuilla analyysin tulokset esitettiin tekstinä, kuvioin, prosentein ja taulukoin. Kerätty tieto oli opinnäytetyöntekijän mielestä pätevää, eli tieto antoi vastauksia niihin kysymyksiin joihin tietoa haettiin.

Palautteen kerääminen työn tavoitteiden saavuttamisen arviointia varten on suositeltavaa (Vilkka & Airaksinen 2003, 157). Tässä opinnäytetyössä palaute kerättiin kyselylomakkeella koulutukseen osallistujilta koulutustilaisuuden päättyessä. Palautelomakkeen suunnittelun pohjana käytettiin OYS: ssa käytössä olevaa valmista koulutustilaisuuksien palautelomaketta, jota muokattiin vastaamaan tämän koulutustilaisuuden tavoitteiden arviointia. Valmiita malleja voidaan Vilkan (2005)

mukaan käyttää mahdollisuuksien mukaan tutkimuksissa, koska standardoidut kysymykset ovat kompromisseja mittauksen tarkkuuden, systemaattisuuden vaatimusten ja arkikielen merkityksellisyyden välillä (Vilka 2005, 86). Kyselylomake oli sekamuotoinen. Seitsemän kysymyksistä on monivalintakysymyksiä, joiden vastausvaihtoehdot oli ennalta määrätty ja kysymysmuoto vakioitu. Tällä saatiin vertailukelpoista tietoa. Arviointiasteikko oli numeraalinen 5- 1 väliltä. Määrällisessä tutkimuksessa kyselylomake tulee testata perustana laadukkaalle ja luotettavalle tutkimukselle (Vilka 2007, 78). Tässä opinnäytetyössä testausta ei tehty. Kysymyksessä oli palautekysely, jonka pohjana oli valmis lomake. Palautekyselyn viimeinen kysymys oli avoin laadullinen kysymys, jossa oli mahdollista tuoda palautetta vapaamuotoisesti esille. Vilka ja Airaksinen toteavat opinnäytetyön toteutustavan olevan perusteltu kompromissi opinnäytetyön tekijän resurssien, kohderyhmän tarpeiden ja opinnäytetyölle asetettävien vaatimusten välillä. Vilka & Airaksinen (2003, 56- 57).

Toiminnallisen opinnäytetyön ja terveysalan tuotteiden tulee olla sisällöltään täsmennettäviä ja edesauttaa välillisesti tai välittömästi alan tavoitteita sekä noudattaa eettisiä ohjeita. Tuotteita kehitettäessä on huomioitava kohderyhmän erityispiirteet ja niiden tuomat vaatimukset (Jämsä & Manninen 2000, 13- 14, 43- 51; Vilka & Airaksinen 2003, 43- 44). Toimintaympäristöön perehtyminen, asiakasanalyysin tekeminen ja alan teoria- ja tutkimustietoon tutustuminen ovat tässä opinnäytetyössä ja koulutustilaisuustuotteessa ne sisältöalueet joilla tuotteen laatu ja eettisyys on pyritty turvaamaan.

#### 4.4 Oman oppimisprosessin arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen oli mielekäs tehtävä työelämälähtöisyytensä takia, sillä työ on tullut käytäntöön. Työn sisältämien erilaisten menetelmien kautta olen saanut monipuolisen kuvan opinnäytetyön tekemisestä ja kouluttajana toimimisesta. Nämä ovat lisänneet käytännön valmiuksia hoitotyön kehittämiseen. Toisaalta juuri nämä tekijät tekivät opinnäytetyön prosessista hyvin haastavan.

Koulutustilaisuuden käytännön järjestelyissä harjaantui yhteistyöhön sidosryhmien kanssa ja sai kuvan siitä miten monia eri tekijöitä suunnittelussa tulee huomioida. Käytännön järjestelyt sujuivat suunnitellusti ja tätä myötävaikuttava tekijä oli se, että järjestelyihin oli käytettävissä hyvin aikaa.

Kriittisesti arvioiden voidaan kysyä, oliko kouluttajana toimiminen asiassa, jossa ei omaa asiantuntijuutta asiasisällön eikä kouluttajana toimimisen suhteen järkevää. FinCC oli sisältynyt edeltävään HVA- (Hoitotyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot) ja näyttöön perustuvan hoitotyön opintojaksoon, joten omasin siitä perustiedot. Sairaanhoidtajana toimiessa työnkuvaan kuuluu ohjaus ja kouluttaminen, johon nyt sai kokemusta. Aihe oli kiinnostava ja motivoiva, koska rakenteiseen kirjaamiseen siirrytään valtakunnallisesti. Koulutustilaisuudesta saadun palautteen perusteella asiasisältö olisi vaatinut tarkempaa jäsentämistä. Palautteiden antajista lähes yhtä moni koki saamansa tiedon FinCC: sta tyydyttävänä tai hyvänä.

Opinnäytetyön tietoperustaan ja tehtyihin tutkimuksiin perehtymisessä opinnäytetyöntekijä ajautui liiaksi nivelreumaan liittyvään materiaaliin. Tämä ei ollut tarkoituksenmukaista opinnäytetyön tavoitteita eikä kohderyhmän tarpeita ajatellen, vaikkakin tieto nivelreumapotilaan hoitotyöstä oli edellytys mm. hoitosuunnitelman tekemiselle. Toki tieto nivelreumasta lisäsi opinnäytetyöntekijän omaa ammatillista pätevyyttä ja tietoperustaa. Tämä ei ollut kuitenkaan opinnäytetyön tarkoitus.

Molemmissa työyhteisöissä työntekijänä toimineena olin koulutustilaisuuteen osallistujille tuttu henkilö. Tämä todennäköisesti edisti koulutustilaisuuden vuorovaikutusta, sillä on oletettavaa että tutulta kouluttajalta rohkenee kysyä herkemmin asioihin selvennystä. Opinnäytetyöntelijän oma arvio on, että kouluttajana toimiminen onnistui hyvin. Tätä tukee palautteiden arvio koulutuksen antamasta hyödystä ammatilliseen työhön ja tilaisuuden informaation selkeydestä, jotka koettiin hyväksi. Saaduissa palautteissa todettiin luennon olleen kannustava ja positiivinen. Koulutustilaisuuden koettiin antaneen hyvät maistiaiset asiasta.

Opinnäytetyön prosessin aikana vaikeinta oli aikataulusuunnitelman noudattaminen eikä opinnäytetyöntekijä siinä pysynyt. Tämä johtui pelkästään opinnäytetyöntekijään liittyvistä tekijöistä. Monella tapaa opinnäytetyön tekeminen hyvästä ohjeistuksesta ja

ohjauksesta huolimatta on kokemattomalle tekijälle merkinnyt asioiden oppimista ”kantapään kautta”. Kirjoittamisprosessi ja opinnäytetyön rakenteen jäsentäminen on ollut myös haastava. Henkilökohtaisena kehittämistarpeena hyvän tutkimuskäytännön edellyttämä kirjoittaminen vaatii edelleen harjaantumista. Lisäksi tulee kehittää tiedonhaun ja vieraskielisten tutkimusten lukutaitoa.

Yhteenvetona voi todeta, että opinnäytetyön prosessi on lisännyt ja syventänyt ammatillista kasvua monella tapaa. Kouluttajana toimiminen oli antoisaa. Aikuisopiskelijana urakehitystä ajatellen tämä on alue johon tulevaisuudessa tulen perehtymään enemmän ja jossa toivon olevan myös mahdollisuuksia toimia enemmän.



## LÄHTEET

- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994. Viitattu 28.2. 2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>
- Benner, Patricia 1984. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. Juva: WSOY 1989.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A & Chesla, Catherine, A. 1995. Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Juva: WSOY.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
- Erikoissairaanhoitolakimuutos 993/ 2003.
- ETENE – Julkaisuja 1. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hakala, Markku 2007. Nivelreuman puhkeaminen ja yleisyys. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 323- 324.
- Hallila, Liisa 2007. Sähköisen kirjaamisen haasteet terveydenhuoltoalan täydennyskoulutuksessa. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto, 205- 215.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15, uudistettu painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Julkunen, Heikki & Romu, Matti. Nivelreuman lääkehoito ja hoidon työnjako. Lääkärilehti 2004; 59(11): 1149- 1154.
- Kaakinen, Pirjo 2009 TtM, Projektityöntekijä OYS. Henkilökohtainen tiedonanto 26.3 2009.
- Kaakinen, Pirjo & Torppa, Kaarina 2009. Hoitotyön kirjaaminen – haasteena uuden kirjaamistavan oppiminen ja käytäntöön juurruttaminen. Pohjan piiri. 1/ 2009. 20- 22.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66,

- Kansanterveyslakimuutos 992/2003.
- Kantola, Susanna 2007. Nivelreumapotilaan ohjaus. Oulun yliopisto LKT. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu- tutkielma.
- Karjalainen, Anna 2007. Reumasairauksien monimuotoisuus. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 9- 12.
- Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77- 97.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttä, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia- ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia- ammattikorkeakoulu. C Katsauksia ja aineistoja 10. 4. uudistettu laitos. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Kyngäs, Helvi 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutuminen ja sen tukeminen. Teoksessa Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005. Suomen sairaanhoitajaliitto. Sipoo: Silverprint Oy. 55- 68.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, Helvi; Kukkurainen, Marja Leena & Mäkeläinen Paula 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede (5/2004) 16(5): 225- 234.
- Käypä hoito 2003. Nivelreuman käypähoitosuositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Suomen reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 5.1.2009. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Käypä hoito 2009. Nivelreuman käypähoitosuositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Suomen reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 11.11.2009. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Laajalahti, Liisa & Sintonen, Harri 2005. Nivelreuman hoidon kustannuksen ja vaikutus elämän laatuun. Suomen lääkärilehti 51- 52, VSK 60, 5293- 5296.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Viitattu 8.5.2009. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, L559/1994. Viitattu 28.2.2009. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)

- Lauri, Sirkka & Kyngäs, Helvi 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Leino- Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka 2003. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 7- 20.
- Martio, Jukka 2007 Lääkehoidon mahdollisuudet kivun hoidossa. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 115- 116.
- Oukka, Aino- Liisa 2009b. Terveiden edistämisen yksikkö ryhtyy tukemaan kansansairauksien ennaltaehkäisyä. Pohjan piiri. 2/ 2009. 5-6.
- Palomäki, Kaarina 2009. Osastonhoitaja OYS. Henkilökohtainen tiedonanto 17.2 2009.
- Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2002. Potilaan parhaaksi – edistyksellistä hoitotyötä Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Opas.
- Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008. Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009- 2011.
- Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009. Hoitoketjut. Viitattu 30.3 2009. [www.ppshp.fi/sairaanhoito/hoitoketjut](http://www.ppshp.fi/sairaanhoito/hoitoketjut)
- Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009a. Strategiapäivät 10.2 2009. Luentotiivistelmä.
- Savola, Elina & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja, sarja 3/ 2005. Helsinki: Edita Prima Oy.
- STM 2004a. Terveystieteiden täydennyskoulutussuositus. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 3.
- STM 2004b. Sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004: 18.
- STM 2005c. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32.
- STM 2008d. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Helsinki. Yliopistopaino.

- STM 2008e. Kansallinen terveyserojen kaventamistoimintaohjelma. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 16. Yliopistopaino.
- STM 2009. Asetus potilasasiakirjoista. Asetus numero 298/ 2009.
- Stakes 2007. Sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksikkö. Sanastot. Viitattu 8.5 2009. <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset.indeks.htm>
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 17.8 2008. [www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/ohjeita\\_ja\\_suosituksia](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia)
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2003. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset. Sairaanhoitajan kliininen urakehitys- projekti.
- Työterveyshuoltolaki 1381/2001.<http://www.finlex.fi/f/laki/alkup/1994/19940564>. Viitattu 28.2 2009.
- Vaajajoki, Anne; Vehviläinen- Julkunen, Katri & Pietilä, Anna- Maija 2004. Aikuisten nivelreumakipu- kärsimyksen vai hyvinvoinnin tunteita. Hoitotiede Vol. 16, no 2/ -04. 81- 92.
- Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05- 31.5.08. Loppuraportti, osa 1. Viitattu 28.2 2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>.
- Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008b. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05- 31.5.08. Loppuraportti, osa 2. Viitattu 28.2 2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>.
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Äärelä, Erkki. 2004. Depressio ruumiillisen sairauden yhteydessä. H. Lundbeck A/S

## Liite 1: Koulutusiltapäivän ohjelma

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

## Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.



Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 2: PowerPointesitys

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

### Liite 3: Case- potilas

#### CASE- POTILAS 27.8 2009.

Maire on yksin asuva 55 v sihteeri. Hänellä on ollut parin kuukauden ajan väsymystä ja lievää lämpöilyä. Aamuisin ylösnousu ja liikkuminen on vaikeaa, koska kaikki nivelet ovat kankeat, päkiät ovat arat ja turpean oloiset aivan kuin kävelisi tyynyjen päällä. Kankeus helpottaa parin tunnin ylhäällä olon jälkeen. Sormien PIP- nivelet (keskinivelet) ja MCP- nivelet (tyvinivelet) ovat turvoksissa ja kuumottavat. Näiden oireiden takia Mairen päätteellä työskentely on töissä vaikeutunut. Oikeassa polvinivelessä oli turvotusta ja terveystieteiden lääkäri punktoi polvesta 2 viikkoa sitten 10ml nestettä. Mairen mukaan käytössä oleva tulehduskipulääke on helpottanut niveloireita jonkin verran.

Tutkimuksissa hänellä on todettu nivelreuma. Diagnoosi ei tullut Mairelle yllätyksenä, koska hän oli hakenut aiheesta tietoa netistä ja muistelee mummolla olleen reuman. Maire on ollut nyt reumalääkärin vastaanotolla, keskustelun jälkeen on päädytty aloittamaan peruslääkehoito yhdistelmähoidolla sairauden aktiivisuuden takia (REKO-kombinaatio). Hän tulee nyt hoidon aloitusta varten hoitajan vastaanotolle/ osastolle.

- Mitkä ovat potilaan hoidon tarpeet ja tavoitteet
- Mitkä ovat tavoitteita vastaavat hoitotyön toiminnot
- Miten kirjaisit toteutuneen hoitotyön
- Miten kirjaisit hoidon tulokset

## Liite 4: Tyhjä hoitosuunnitelma

<b>HOIDON TARVE (SHTaL 2.0.1) (EP, TOD, VAR)</b>	<b>HOIDON TAVOITTEET</b>	<b>HOITOTYÖN TOIMINNOT (SHToL 2.0.1)</b>	<b>HOITOTYÖN TOTEUTUS (SHToL 2.0.1)</b>	<b>HOIDON TULOKSET (SHTuL 1.0) (PA, EN, HUO)</b>



## Liite 5: Esitötetty Hoitosuunnitelma

<b>HOIDON TARVE (SHTaL 2.0.1) (EP, TOD, VAR)</b>	<b>HOIDON TAVOITTEET</b>	<b>HOITOTYÖN TOIMINNOT (SHToL 2.0.1)</b>	<b>HOITOTYÖN TOTEUTUS (SHToL 2.0.1)</b>	<b>HOIDON TULOKSET (SHTuL 1.0) (PA, EN, HUO)</b>
<p><b>5127 LÄÄKEHOITO</b> 5144 Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve - aloitettu uusi reumalääkitys yhdistelmähoidolla (Metotreksaatti; Salazopyrin; Oxiklorin ja Prednisolon)</p>	<p>LÄÄKEHOITO Tietää lääkkeiden tarkoituksen, vaikutuksen, oikean annostuksen ja sen merkityksen ja osaa toteuttaa lääkityksen oikein.  Tietää lääkkeiden mahdolliset sivuvaikutukset.  Tietää lääketurvakokeiden merkityksen ja turvakokeiden raja-arvot.</p>	<p>LÄÄKEHOITO 1205 Lääkehoidon kirjallinen ohjaus 12206 Lääkehoidon suullinen ohjaus  (Osastolla: 1202 Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta)  <b>1606 JATKOHOITO</b> 1617 Laboratorio - lääketurvakokeet omassa terveyskeskuksessa 2 vk:n välein 2kk:n ajan ja sen jälkeen 3 kk:n välein</p>	<p>LÄÄKEHOITO lääkehoidon tarkoitus, vaikutus, oikea annostus ja sen merkitys, sekä lääkehoidon toteutus on ohjattu. Lääkityksen mahdolliset sivuvaikutukset, on ohjattu. Potilas sai lääkeohjeet suullisesti ja kirjallisesti  Kokee lääkkeillä olevan paljon mahdollisia sivuvaikutuksia. Kirjalliset ohjeet toimivat muistilistana.  JATKOHOITO Lääketurvakokeet, niiden merkitys ja seuranta tiheys on keskusteltu. Hoitotiedot vihko on täytetty terveyskeskuksen reumahoitajan yhteystietoineen.</p>	<p>LÄÄKEHOITO Osaa kertoa lääkkeiden tarkoituksen, vaikutuksen, oikean annostuksen ja lääkehoidon toteutuksen kotona. (Osastolla: ei ole kokenut sivuvaikutuksia uusista lääkkeistä) PA  JATKOHOITO Osaa kertoa turvakokeiden merkityksen hoidon turvallisuustekijänä PA</p>

## Liite 5: Esitetyt Hoitosuunnitelma

HOIDON TARVE (SHTaL 2.0.1) (EP, TOD, VAR)	HOIDON TAVOITTEET	HOITOTYÖN TOIMINNOT (SHToL 2.0.1)	HOITOTYÖN TOTEUTUS (SHToL 2.0.1)	HOIDON TULOKSET (SHTuL 1.0) (PA, EN, HUO)
<p><b>5297</b> <b>AISTITOIMINTA</b> 5320 Kudosvaurioon liittyvä kipu - niveltulehdus ja arkuus päkiöissä, sormien keski- ja tyvinivelissä; alueilla turvotusta, kuumotusta - aamukankeutta 2h ajan.</p> <p>VAS: 3 päivittäin</p>	<p>AISTITOIMINTA Niveltulehdus ja arkuus lievittyvät. Turvotus ja kuumotus laskevat. Aamukankeus vähenee.</p> <p>VAS: 3.</p>	<p><b>1201 LÄÄKEHOITO</b> 1216 Lääke suun kautta <i>Ibuprofeeni dep, 800mg 1 x 1 iltaisin.</i> Tarvittaessa <i>Parasetamoli 1g ad. x 3</i></p> <p><b>1510 AISTITOIMINTA</b> 1535 Kivun seuranta; -niveltulehduksen seuranta VAS päivittäin</p> <p>1539 Kivunhoitoon liittyvä ohjaus - kylmäpakkauksen käyttö niveltulehduksen lievittämiseksi</p>	<p>LÄÄKEHOITO (Osastolla: Saanut kipulääkkeen listan mukaan. Kylmäpakkauksia pitänyt x1 kämmenten alueella)</p> <p><i>Lääkäri laittanut paikallishoidot II- III sormien keski- ja tyviniveliin.</i> - ohjattu pitämään pistopaikat vrk:n ajan kuivana infektion ehkäisemiseksi.</p>	<p>AISTITOIMINTA <i>Kokee tulehduskipulääkkeen jonkin verran helpottavan aamukankeutta. (Osastolla: Lisäkipulääkkeen tarvetta ei ole ollut. Kylmäpakkaukset vähentäneet sorminivelten kuumotusta.)</i> PA</p> <p><i>Paikallishoitojen jälkeen sorminivelet tuntuvat kipeämmiltä.</i> PA VAS: 3 EN</p>
<p><b>5354 JATKOHOITO</b> 5356 Hoidon jatkuvuuden tarve</p> <p>5358 Hoito jatkuu perusterveydenhuollossa - hoitovasteen ja hoidon turvallisuuden seuranta -jatkan ohjauksen tarve</p> <p>5359 Hoito jatkuu erikoissairaanhoidossa - kontrolli hoitovasteen ja hoidon turvallisuuden seuraamiseksi 3 kk:n kuluttua.</p>	<p>JATKOHOITO Potilas tietää hoitoketjunsä ja mihin ottaa yhteyden ongelmatilanteissa.</p> <p>Potilas tietää jatkohoidostaan.</p> <p>Tietää reumaliiton ja sen jäsenyhdistysten toiminnasta ja palveluista.</p>	<p>1606 JATKOHOITO 1626 Asiantuntija-sairaanhoidaja</p> <p>1632 Mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus</p> <p>1622 potilasjärjestö ja vertaistukiverkosto</p>	<p>JATKOHOITO - terveyskeskuksen ja reuma- pkl:n reumahoitajien yhteyshoidot kerrattu hoitotiedot vihkosta.</p> <p>- hoitoketjun toiminnasta keskusteltu: mahdollisissa ongelmatilanteissa ohjattu yhteydenotto ensin tk:n reumahoitajaan ja tarvittaessa reumapkl:lle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keskusteltu reumaliiton toiminnasta ja tukihenkilötoiminnasta. Saanut kirjallisen esitteän.</li> </ul> <p>Kontrolliaika reumapoliklinikalle annettu 3 kuukauden päähän (1.12 2009). Potilas sai ajan.</p>	<p>JATKOHOITO Potilas kokee jatkohoitoon liittyvien asioiden olevan selvät. Reumaliiton www. sivuihin tutustunut aiemmin. Tällä hetkellä ei koe tarvetta tukihenkilön tapaamiseen.</p> <p>PA</p>

## Liite 6: Palautekysely

Työyksiköihin luovutetussa alkuperäisessä opinnäytetyössä.

Liite 7: Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen nivelreumapotilaan hoitotyössä -  
koulutustilaisuustuote

HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN  
NIVELREUMAPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ  
-KOULUTUSTILAISUUSTUOTE

Eila Oksa  
Syksy 2009  
Diakonia-ammattikorkeakoulu,  
DIAK pohjoinen Oulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## SISÄLLYS

1. SUOMALAINEN HOITOTYÖN LUOKITUS (FinCC).....	54
1.1 Hoitotyön luokitukset.....	54
1.2 Suomalaisen hoitotyön luokituksen lähtökohdat ja tavoitteet.....	54
1.3 Hoitotyön rakenteinen systemaattinen kirjaaminen.....	56
1.3.1 FinCC:n rakenne.....	56
1.3.2 Hoitotyön ydintiedot rakenteisen kirjaamisen perustana.....	57
1.3.3 Suomalaisen hoitotyönluokituksen käyttösovellutukset.....	60
1.3.4 Kirjaaminen ja lakisääteiset näkökohdat.....	61
1.4 Hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta saatuja kokemuksia.....	61
2 NIVELREUMA.....	64
2.1 Nivelreuma sairautena.....	64
2.2 Nivelreumapotilaan hoitotyön lähtökohdat.....	67
2.3 Lääkehoito.....	68
2.3.1 Lääkehoidon ohjauksen lähtökohdat.....	69
2.3.2 Lääkehoitoon sitoutuminen.....	70
2.3.3 Lääkehoidon vaikuttavuus ja turvallisuus.....	71
2.3.4 Lääkehoitoon liittyvä masennus.....	72
2.4 Aistitoiminta: kipu.....	72
2.4.1 Kivun kokeminen ja mittaaminen.....	74
2.4.2 Kivunhoidon menetelmät.....	74
2.5 Jatkohoito.....	75
LÄHTEET.....	78

## 1. SUOMALAINEN HOITOTYÖN LUOKITUS (FinCC)

### 1.1 Hoitotyön luokitukset

Hoitotyön luokituksia on kehitetty hoitotyön kirjaamisen, analysoinnin ja tiedon välittämisen avuksi 1970 lähtien, jolloin kehittämistyö lähti liikkeelle Yhdysvalloista. Luokitukset ovat tietorakenteita, joissa samankaltainen tieto luokitellaan sovitusti. Luokituksia käyttämällä on mahdollista kuvata hoitotyön toteuttamiseen liittynyt päätöksenteko ja sen tulokset. Esimerkkejä alkuperältään Yhdysvaltalaisista hoitotyön luokituskokonaisuuksista ovat avoterveydenhuoltoon kehitetty Omaha luokitus, joka sisältää asiakkaiden tyypillisiä terveysongelmia, hoitotyön toiminnot ja hoidon tuloksellisuuden. HHC luokitus (Home Care Classification) on luokituskokonaisuus, joka sisältää kotisairaanhoidon komponentteja hoidon tarpeen arvioimiseksi, hoitotyön diagnooseja ja hoitotyön toiminnot. Tästä luokituskokonaisuudesta käytetään nykyisin nimitystä CCC (Clinical Care Classification). Euroopassa ja Suomessa hoitotyön luokitusten kehittäminen on alkanut 1980 luvulla ja käynnistynyt voimakkaammin 1990 luvulla (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008a; Saranto & Sonninen 2007, 12- 16; Sonninen; Ensio & Ikonen 2007, 80- 87.)

Anneli Ension väitöskirjatyö: Hoitotyön mallintaminen (2001) oli ensimmäinen versio Suomalaisesta hoitotyön toimintaluokituksesta. (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, 12.)

### 1.2 Suomalaisen hoitotyön luokituksen lähtökohdat ja tavoitteet

Suomessa valtioneuvosto teki vuonna 2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ja sen pohjalta käynnistyi kansallinen terveyshanke (2001-2007). Terveyshankkeen tavoitteena oli turvata tasapuolinen hoidon saatavuus, laatu ja määrä koko maassa. Tavoitteiden saavuttaminen vaatii toimintojen ja rakenteiden uudistamista ja kehittämistä. Tietohallinnon kehittäminen on ollut osa tätä toimintaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on käytössä ydintietomäärittysten mukaiset tietorakenteet. (STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a; STM 2008c). Vuonna 2007 tuli voimaan Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 159/ 2007). Lain päätarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä ja asiakkaan tiedon saantia. Laki määrittää yleiset vaatimukset asiakastietojen käsittelylle ja arkistoinnille. Näillä varmistetaan tietojen käytettävyys, eheys, säilyminen ja asiakkaan yksityisyyden suoja. Julkisten terveydenhuollon palvelujen antajien tulee liittyä valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi vuoden 2011 maaliskuun loppuun mennessä (L 159/ 2007, Salo 2007 13- 24.)

Sähköinen, rakenteinen potilasasiakirjajärjestelmä kehitettiin osana Kansallista terveystietohanketta. Tämän moniammatillisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu tietokokonaisuuksista joita ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintieto. Eri näkymien tietosisältö muodostuu hoitoprosessien eri vaiheista, jotka sisältävät tulotilanteen, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen ja hoidon arvioinnin. Näkymä on tietokokonaisuus, joka sitoo tiedon tiettyyn tieto- ja hoitokokonaisuuteen, kuten ammatti- tai erikoisalaan. Hoitotyön kirjaaminen tehdään hoitokertomus (HOKE) ammatilliseen näkymään. Hoitokertomus käsittää hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, 8- 9.)

Hoitotyön sähköisen rakenteisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok 2005-2008) oli osa sähköistä potilasasiakirjajärjestelmäprojektia. Hanketta hallinnoi Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri. HoiDok- hankkeen tavoitteena oli laatia hoitotyön kirjaamiselle yhteinen rakenne ja kieli, jossa kirjaaminen perustuu hoitotyön ydintietoihin. Hankkeessa oli erikseen nimettynä hoitotyön ydintietojen asiantuntijaryhmä, jonka tehtävinä oli mm. hoidon tarvetta ja hoitotyön toimintaa kuvaavien sisältöjen määrittely. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot (HoiData 2007- 2009) oli hankkeen toinen vaihe, joka tuki kirjaamismallin käyttöönottoa ja testaamista. Hoidon tarve- ja toimintaluokituksen laajaan pilottiin osallistui 106 perus- ja erikoissairaanhoidon yksikköä eri puolilta Suomea. Tuloksena syntyi valtakunnallisesti yhtenäinen hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli ja siinä käytettävät luokitukset. Kirjaamismalli soveltuu kaikille terveydenhuollon tasoille ja kaiken ikäisten hoitoon (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a; Tanttu 2008.)

### 1.3 Hoitotyön rakenteinen systemaattinen kirjaaminen

Hoitotyö perustuu tietoon. Tiedon käyttö, sen välittäminen, tallentaminen ja uudelleen käyttäminen ovat jokapäiväistä työtä (Saranto 2007, 25.) Käytännössä todettuja tietoon liittyviä ongelmia ovat olleet potilastiedon pirstaleisuus, vaikea löydettävyyys, tietojen luotettavuus ja se ettei käytettävissä oleva tieto ole ollut ajantasaista (Turunen 2008). Riittävän tiedonsaannin turvaamiseksi potilaan hoidossa kirjatun tiedon pitää olla käytettävissä rajoituksetta ja viiveettä hoitovastuun omaavalla ammattihenkilöstöllä. Tämä saavutetaan kirjaamisen yhdenmukaisuudella ja rakenteisuudella. Hoitotyön kirjaamisessa systemaattisuus tarkoittaa sitä, että on sovittu, mitä kirjataan (sisältö). Rakenteisuus tarkoittaa sitä, että on etukäteen määriteltä miten kirjataan (rakenne). Hoidollisen päätöksenteon prosessimalli systematisoi osaltaan hoitotyön kirjaamista ja antaa sille raamit (Saranto & Sonninen 2007, 12- 13.)

Valtakunnallisesti yhtenäisessä hoitotyön rakenteisessa kirjaamismallissa kirjaaminen perustuu hoitotyön kansallisesti määriteltyihin hoitotyön prosessin ydintietoihin, sekä Suomalaiseen hoitotyön luokituskokonaisuuteen (FinCC eli Finnish Care Classification). Potilaan hoito kuvataan hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan hoitotyöluokitusten avulla. Sen lisäksi kuvausta täydennetään vapaalla tekstillä (Liljamo; Kaakinen & Ensio 2008, 3.)

#### 1.3.1 FinCC:n rakenne

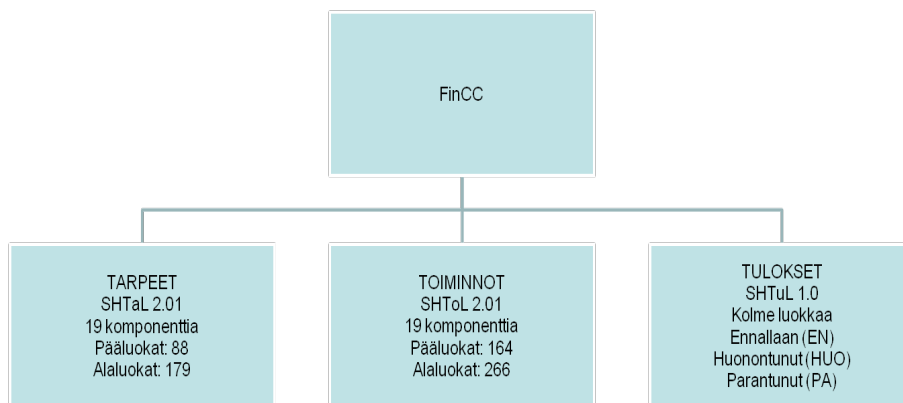
Suomalainen hoitotyön luokitus (FinCC)) muodostuu kolmesta luokituksesta, jotka ovat Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Suomalainen hoidon toimintaluokitus (SHToL) ja Suomalainen hoidon tulosluokitus (SHTuL) (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, b.)

Hierarkkiset Suomalainen hoidon tarve ja – toimintaluokitukset pohjaavat yhdysvaltalaiseen HHC - (Home Care Classification), nykyisin CCC luokituskokonaisuuteen (Clinical Care Classification). CCC- luokitus on osa kansainvälistä Snomed CT- luokitusta ja yhteensopiva ICD- 10 luokituksen kanssa.



Luokitus kuuluu ANA: n (Amerikan Nurses Accociation) hyväksymiin hoitotyön luokituksiin ja sisältyy ICN: n (International Council of Nurses) kansainväliseen hoitotyön käytäntöä kuvaavaan luokitukseen ICNP (International Classification of Nursing Practice) (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, 12; Tantt 2008.)

Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja Suomalainen hoidon toimintoluokitus (SHToL) koostuvat samannimisistä komponenteista eli hoitotyön sisältöalueista (19 kpl), jotka toimivat otsakkeina. Komponentit kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita, käyttäytymistä ja terveystalvelujen käyttöä. Komponenteilla on oma vaihteleva määrä pää- ja alaluokkia. Suomalainen hoidon tuloluokitus (SHTuL) sisältää kolme luokkaa: Ennallaan (EN), Huonontunut (HUO) ja Parantunut (PA). (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a 32- 33.; Liljamo ym. 2008, 4- 7.)



KUVIO 1. Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC)

### 1.3.2 Hoitotyön ydintiedot rakenteisen kirjaamisen perustana.

Hoitotyön kansallisesti määritetyt hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, Tantt 2008.)

**Hoitotyön tarve** voidaan määritellä hoitotyöntekijän laatimaksi kuvaukseksi potilaan terveyden tilaan liittyvistä olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista, jotka voidaan poistaa tai joita voidaan lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoidon tarpeen määrittely ja niiden priorisointi muodostaa hoidon suunnittelun perustan. Tarpeen määrittely lähtee potilaan ongelmien tunnistamisesta ja niiden määrittelemisestä yhteistyössä hänen ja hoitoon osallistuvien kesken. Hoitotyön tarve on lääketieteellisestä diagnoosista riippumaton. Tarpeen määrittely on edellytys hoidon tavoitteiden asettamiselle ja hoitotyön toimintojen valinnalle sekä myös perusta hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Hoitotyön tarve kuvataan Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksella (SHTaL). Hoidon tarpeen lisämääreenä voidaan käyttää varmuusasteita varma (VA), todennäköinen (TOD) ja epäily (EP) (Liljamo ym. 2008, 8; Tantt & Ikonen 2008, 113; Ervelius & Pyykkö 2009.)

Hoitotyön tavoitteiden eli odotettujen tulosten asettamisen lähtökohtana ovat potilaslähtöisyys ja hoitoon osallistuvien käsitykset potilaan terveydestä. Tavoitteet asetetaan potilaan näkökulmasta konkreettisesti ja realistisesti suhteessa hoidon tarpeisiin. Tavoitteiden tulee kattaa kaikki hoidon tarpeet ja niissä tulee käyttää toimintaa kuvaavia verbejä. Tavoitteiden tulee olla mitattavia, arvioitavia, aikaan sidottuja ja niiden tulee olla kirjattuina hoitotyön suunnitelmaan (Tantt & Ikonen 2008, 113; Ervelius & Pyykkö 2009.)

**Hoitotyön toiminnot** ovat niitä menetelmiä, joilla hoitotyöntekijä vastaa hoidon tarpeeseen tavoitteiden toteuttamiseksi. Toiminnot kuvaavat hoidon suunnittelua ja toteutusta. Hoitotyön toimintojen tulisi perustua näyttöön. Keskeisen osan hoitotyön toiminnoista eli auttamismenetelmistä muodostavat potilaan tilan seuranta ja tarkkailu, avustaminen ja tukeminen, asioiden ja välineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen, sekä ohjaus. Hoitotyön toimintojen kuvauksissa käytetään Suomalaisen hoitotyöntoimintoluokitusta (SHToL) (Liljamo ym.; 2008, 8- 10; Tantt & Ikonen 2008, 114.) Hoitotyön toteutus sisältää myös toimintojen toteutuksen ja tulosten kirjaamisen, sekä uusien tarpeiden asettamisen. Hoitotyön toiminnot voidaan jakaa myös itsenäisiin auttamismenetelmiin, hoitotyön ohjeisiin, ei itsenäisiin auttamismenetelmiin ja yhteisesti sovittuihin auttamismenetelmiin (Ervelius & Pyykkö 2009.) Esimerkkeinä näistä voisivat olla turvoksissa olevan nivelen hoitaminen kylmäpakkauksella ja asettamalla kohoasentoon turvotuksen ja kivun vähentämiseksi (itsenäinen

auttamismenetelmä), vastasairastuneen reumapotilaan ihon itsehoidon ohjaus (hoitotyön ohjeet), ohjeet lääkehoidon toteuttamisesta (ei itsenäinen auttamismenetelmä) ja reumapotilaan itsenäisen selviytymisen tukeminen (yhteisesti sovitut auttamismenetelmät).

**Hoidon tulokset** kuvaavat niitä muutoksia, joita potilaan tilassa on tapahtunut. Potilaan nykytilaa arvioidaan yhdessä hänen kanssaan suhteessa asetettuihin hoidon tarpeisiin, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Hoidon tuloksen tilan arvioinnissa kirjaamisen lisäksi käytetään Suomalaista tulosluokitusta (SHTuL), joka sisältää asteikot ennallaan (EN), huonontunut (HUO) ja parantunut (PA). Laadukas hoitotyö näkyy potilaan ilmaisemien ja hänestä mitattavissa olevien hoidon tarpeiden vähenemisenä, poistumisena ja siinä ettei uusia hoidon tarpeita ilmene (Liljamo ym., 2008, 11; Ervelius & Pyykkö 2009.)

**Hoitotyön yhteenveto** koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, joita täydennetään hoitotyönluokitusten pää- ja alaluokilla ja vapaamuotoisella tekstillä. Yhteenvedon laatiminen edellyttää päivittäistä laadultaan hyvää kirjaamista. Yhteenvetoon kootaan keskeiset asiat potilaan tilasta, hoidon tarpeista ja asetetuista tavoitteista hänen tullessaan hoitoon. Siinä kuvataan käytetyt hoitotyön toiminnot ja niiden tuloksellisuus selvitetään ja arvioidaan. Yhteenvedon tulee sisältää kuvaus potilaan tilanteesta hänen poistuessa hoidon piiristä, sekä suunnitellun jatkohoidon. (Tanttu & Ikonen 2008, 114- 115; Liljamo ym. 2008, 11.)

**Hoitoisuus.** Hoitoisuudella tarkoitetaan YSA: n (Yleisen Suomalaisen asiansasto) mukaan potilaan arvioitua määrällistä ja laadullista riippuvuutta hoitohenkilöstöstä välittömän hoidon aikana. Kun hoitotyön suunnittelu ja toteutus on hoidon tarve- (SHTaL) ja hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) avulla kirjattu, määritellään hoitoisuus sen perusteella. Potilaan tarpeista lähtevä kirjaaminen antaa sisällön hoitoisuuden määrittämiseen ja tukee hoitoisuusluokituksen luotettavuutta. Potilaan hoitoisuuden arvioimiseksi on kehitetty erilaisia mittareita. OPC – mittari (Oulu Patient Classification) on Suomessa eniten käytetty ja tutkittu hoitoisuusluokitusmittari, joka on käytössä mm. Oulun yliopistollisessa sairaalassa. OPC- mittari on pilotoitu HoiDok-hankkeessa. Hoitoisuusluokitukset antavat tietoa, jota voidaan hyödyntää ja käyttää

hoitotyön henkilöstön mitoituksessa, kustannuslaskennassa ja laadun arvioinnissa (Liljamo ym., 2008, 11; Tantt & Ikonen 2008, 124.)

### 1.3.3 Suomalaisen hoitotyön luokituksen käyttösovellutukset

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen etuja on, että kertaalleen kirjattu tieto on käytettävissä uudelleen ja se on moniammatillisesti kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien käytössä. Potilaan sairaushistoriasta saadaan kokonaiskuva, joka palvelee potilaan kokonaisuhoitoa ja asiakaslähtöisyyttä. Hoitotiedon välittymisen helpottuminen ja kehittynyt kirjaaminen tukee osastoilla hiljaista raportointia, jolloin hoitotyöhön vapautuu aikaa. Joustava tiedon kulku potilaan hoitoketjussa eri terveydenhuollon organisaatioiden välillä mahdollistuu potilaan suostumuksella (L159/2009). Tämä turvaa ja edistää potilaan hoidon jatkuvuutta, hoidon turvallisuutta ja hoidon laatua (Saranto & Ikonen 2007, 157- 158, 160- 162.)

Yhtenäinen luokiteltu sisältö nopeuttaa ja helpottaa tiedon hakua. Erilaisten tiivistelmien, kuten hoitotyön yhteenvedon muodostaminen helpottuu. Systematisoitua, rakenteistettua tietoa voidaan hyödyntää kehittämistöissä. Sen avulla voidaan kuvata, arvioida ja kehittää mm. hoidon, hoitoprosessien ja hoitoketjujen sisältöjä myös eri organisaatioiden välillä. Tieto mahdollistaa kustannusten seuranta ja arviointia. Edelleen tietoa voidaan hyödyntää toiminnan suunnittelussa, ohjauksessa ja johtamisessa, sekä tutkimustöissä. Hoitotyön tilastojen ja raporttien seuraaminen helpottuu. Tämä edesauttaa hoitotyön prosessien, hoidon laadun ja hoidon vaikuttavuuden arviointia ja seuranta. (Tantt & Rusi 2007, 113- 122; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008a; Tantt 2007 127- 133, 179- 185.)

Hoitoprosessin kirjaamisen laatu vaikuttaa hoitotyön pätevyYTEEN ja uskottavuuteen. Kirjaamisessa ajattelun ja toiminnan läpinäkyvyys on tärkeää ja asiakirjojen käyttäjien tulee tietää millä perusteella hoitoratkaisut on tehty. Rakenteistettu hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa tietokonesovelllettujen tukijärjestelmien käytön. Kirjaamiseen liitettyjen päätöksenteon tukijärjestelmien avulla voidaan tulevaisuudessa tuottaa

esimerkiksi potilastietoihin, hoitosuosituksiin ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön perustuvia hoitosuunnitelmaehdotuksia (Tanttu & Rusi 2007, 121- 122.)

#### 1.3.4 Kirjaaminen ja lakisääteiset näkökohdat

Potilasasiakirjoihin liittyvästä kirjaamisesta ja tietojen käsittelystä on säädetty useissa eri laeissa. Näitä lakeja ovat mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista, (785/ 1992) sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/ 1994). Sähköisen potilasasiakirjajärjestelmään liittyvä, vuonna 2007 voimaantullut laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/2007) edellyttää kirjaamaan ydintietorakenteiden mukaisesti. Laki edellytti myös potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän luomista. Tätä kansallista sähköisestä potilasasiakirjojen arkistointipalvelua hoitaa Kansaneläkelaitos. (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a; STM 2004b, 9.) Uusin potilasasiakirjajärjestelmää koskeva asetus on elokuussa 2009 voimaan tullut

STM: n asetus potilasasiakirjoista (asetus 298/ 2009).

Kirjaamiseen ja asiakirjojen käsittelyyn liittyvän lainsäädännön tunteminen on tärkeää, jotta voidaan noudattaa asetettuja velvoitteita. Tässä työssä ei lainsäädäntöä resurssien ja koulutustilaisuuden kohderyhmä huomioiden käsitellä laajemmin.

#### 1.4 Hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta saatuja kokemuksia

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käyttöönottamiseksi on maassamme eri alueilla viety läpi useita kehittämisprojekteja. Kirjaamismalli on käytössä kuuden eri sairaanhoitopiirin alueella sekä erikois- että perusterveydenhuollossa 373 yksikössä. Pohjoisin kirjaamismallin käyttäjä on tällä hetkellä Kainuun maakunta- kuntayhtymä, jossa 11 yksikköä on ottanut sen käyttöön (Pirjo Kaakinen, henkilökohtainen tiedonanto 13.11 2009.)

Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisestä tehdyissä selvityksissä ja HoiDok-pilotoinneista saaduissa kokemuksissa nousee esille se, että uuden kirjaamistavan käyttöönottoon on varattava aikaa. Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) sisältöjen ja uuden kirjaamistavan oppiminen oli koettu haastavana ja kirjaamisen koettiin vievän paljon aikaa. Hoitotyönprosessin käyttö tarvitsi erityistä koulutusta, koska sähköisiin potilasjärjestelmiin siirtymisvaiheessa se oli osassa yksiköitä jäänyt pois käytöstä. Hoitotyön prosessin sisällöstä esimerkiksi potilaslähtöisten tarpeiden ja tavoitteiden asettaminen oli koettu vaikeana. Kokemuksista käy kuitenkin esille, että kirjaamisen koettiin muuttuneen potilaskeskeisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Tarvittava tieto kuten ohjaus löytyi helpommin ja tiedonsiirto oli nopeutunut. Tieto oli jäsenneiltyä, vaikkakin jäsenneilyn tiedon koettiin osaltaan hankaloittavan kirjaamista. (Honkima - Salmi 2006, 71- 76; Kainuun maakuntayhtymä 2008, 18; Kuusisto 2008, 32; Laattala & Oksanen 2009, 39; Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a, 20- 27; Vähä- Savo 2008, 57.)

Rakenteisen kirjaamisen koulutusmenetelmistä on koettu hyvänä erityisesti kirjaamisen käytännön harjoitukset. Koulutustarpeet eri tulosalueilla ovat erilaiset ja sen takia kouluttajana toimijan olisi hyvä olla omalta tulosalueelta. Koulutussisällön suunnittelussa tärkeää on henkilökunnan aiemman osaamisen huomioiminen (Vähä- Savo 2008, 56- 57.) Kirjaamiskäytännön vakiinnuttamisen apuna oheismateriaali, kirjaamisohjeet ja malliesimerkkisuunnitelma ovat suositeltavia (Kuusisto 2008, 37- 38).

Kuopion yliopisto johtaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittämistyötä. Yliopiston Terveystieteiden ja – talouden laitoksessa, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon koulutusohjelman rinnalla toimii tietotekniikan ja tietohallinnon tutkimusyksikkö (Shiftec, Social and Health Information Technology Research Unit). Yksikkö tutkii tietotekniikan käyttöä ja hallintaa sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavissa organisaatioissa. Sen pääpainoalueena ovat alansa tietotekniikan arviointi ja toimintaprosessien mallintaminen. Tutkimuskohteita ovat mm. sähköinen potilaskertomus ja tietojärjestelmien käyttöönotto (Kuopion Yliopisto 2009.)

Kuopion Yliopiston verkkosivuille oli 11.11 2009 päivitetty neljä tämän vuoden aikana tehtyä Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon koulutusohjelmasta valmistunutta

Pro gradu- tutkielmaa. Aiheina olivat Ensihoitokertomuksen käytettävyys, Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma (Eronen 2009), Terveydenhuollon henkilöstön tietoturvaosaaminen (Korhonen 2009), Geriatristen potilaiden hoitotietojen kirjaaminen; Tiedontarpeet ikääntyvien toimintakyvyn arvioinnissa (Lindman 2009), sekä Terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia aluetietojärjestelmän käytettävyydestä perusterveydenhuollossa (Nissinen 2009). Vuoden 2008 Pro gradu- tutkielmia olivat mm. Tiedonhallinta lääkehoidon prosessissa (Mikkola 2008), Hoitotyön tiedonhallinta lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa (Turunen 2008) ja Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa (Väänänen 2008).

## 2 NIVELREUMA

### 2.1 Nivelreuma sairautena

Nivelreuma (arthritis rheumatoides) on pitkäaikainen sairaus ja yleisin tulehduksellisista reumasairauksista. Se kuuluu autoimmuunitauteihin, joissa elimistön immunologinen puolustus kohdistuu omaa kudosta vastaan. Keskeistä taudissa on nivelkalvon sairastuminen. Mikäli niveltulehdus jatkuu pitkään, nivelrusto ohenee, syöpyy ja ruston alainen luu vaurioituu aiheuttaen nivelten virheasentoja (Karjalainen 2007, 10- 11; Hakala 2007, 323- 324.) Suomen väestössä nivelreuman esiintyvyys on 0.8- 1 % ja vuosittain uusia sairaustapauksia ilmaantuu 1700 - 2000. Aikuisia nivelreumapotilaita on maassamme 32 000- 35 000. Nivelreumaan sairastutaan yleisimmin noin 60 vuoden iässä. Naisilla sairaus on 2-3 kertaa yleisempää kuin miehillä. (Käypä hoitosuositus 2009, 3.)

Nivelreumasta aiheutuvat muutokset alentavat työ- ja toimintakykyä. Nivelreuman aiheuttama fyysisen vajaakuntoisuuden riski on yli seitsenkertainen muuhun väestöön verrattuna, joten sairauden aiheuttamat kansanterveydelliset vaikutukset ovat merkittävät. Nivelreumapotilaiden elämänlaatu on normaaliväestöä selvästi huonompi erityisesti liikuntakyvyn, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen, oireiden, energisyyden, nukkumisen ja sukupuolielämän alueella. (Laajalahti & Sintonen 2005; Viitanen 2001.) Yleiseen toimintakykyyn vaikuttavat nivelreumapotilaalla erityisesti sairauden käsiniveliin aiheuttamat muutokset (Hakala 2004, 260).

Yleisoina ennen niveloireiden puhkeamista voi esiintyä väsymystä, lievää lämpöä ja ruokahaluttomuutta. Niveloireet alkavat usein lievänä kipuna ja nivelten arkuutena, aamujäykkyytenä, sekä turvotuksena johon voi liittyä nivelen kuumotus. Tyypillistä on niveloireiden alkaminen pienistä ja keskisuurista nivelistä ja esiintyminen symmetrisesti esimerkiksi sorminivelissä ja päkiöissä (Käypä hoito 2009 3- 4.)



ACR:n (Amerikan Collage of Rheumatology eli Amerikan reumalääkäriyhdistys) on 1987 määritellyt oireet ja löydökset nivelreuman diagnosoiksi. Näistä vähintään neljä kriteeriä tulee täyttyä, jotta sairaus voidaan diagnosoida. Kriteerit ovat:

- Aamujäykkyys
- Yli kolmen nivelalueen nivelartriitti (niveltulehdus)
- Käsien nivelartriitti
- Symmetrinen nivelartriitti
- Reumakyhmyt
- Reumatekijä veressä.
- Röntgenkuvassa nähtävät muutokset

(Käypähoito 2009,5.)

Nivelreuman perimmäistä syytä ei tiedetä. Laukaisevana tekijänä sairauden syntyyn voi olla bakteeri- tai virusinfektio. Hormonaalisilla tekijöillä saattaa olla merkitystä, sillä sairaus voi puhjeta tai aktivoitua raskauden jälkeen. Elintavoista ja ympäristötekijöistä tupakointi on itsenäinen nivelreuman riskitekijä. Sairaus ei periydy, mutta geneettinen alttius sairastumiselle on todettu. Pitkään jatkunut sairaus voi aiheuttaa muutoksia muihin elimiin, kuten sydämeen, munuaisiin ja silmiin. Nivelreumaan liittyvästä ylikuolleisuudesta suurin osa liittyy sydän- ja verisuonitauteihin sekä infektioihin. Sydän- ja verisuonitautien vaaran arvioiminen kuuluu nivelreumapotilaan kokonaisarvioon, sillä nivelreuma on sydän- ja verisuonitautien itsenäinen vaaratekijä. Käypä hoito 2009, 2- 4.)

Nivelreumaan ei ole olemassa hoitoa, joka parantaisi sen lopullisesti. Hoidon päämääränä on sairauteen liittyvän niveltulehduksen sammuttaminen, potilaan toimintakyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen, kivun lievittäminen, sekä auttaminen selviytymään sairautensa kanssa. Nivelreuman varhainen diagnoosi ja lääkehoidon aloitus parantaa ennustetta (Näytönaste A). Lääkehoidon tavoitteena on saavuttaa vuoden aikana täysi oireettomuus, joka tarkoittaa ettei ole havaittavissa niveltulehdus löydöksiä (Käypähoito 2009, 7) Aktiivisella hoidolla on suuri merkitys potilaan toiminta- ja työkyvyn säilymiseen (Puolakka 2006).

Nivelreuma tulehduksellisena reumasairautena edellyttää kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidon osa-alueisiin kuuluu reumakirurgia, jolla voidaan parantaa nivelvaurioista syntyneitä toimintahäiriöitä. Keskeiset muut hoidon osa-alueet ovat kuntoutus, fysioterapia, liikuntaharjoittelu, toimintaterapia, ammatillinen kuntoutus ja potilasohjaus. Kokonaisvaltainen hoito toteutetaan moniammatillisen hoitotiimin ja potilaan kanssa yhteistyönä. Hoitotiimin kuuluvat potilaan kanssa reumatologi, reumahoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, jalkojenhoitaja, kuntoutusohjaaja, sosiaalihoitaja, ortopedi ja fysiatri (Käypähoito 2009, 17- 20.)

Pitkäaikaisiin sairauksiin liittyy masennusta. Nivelreumaa sairastavilla masennuksen on todettu olevan selvästi yleisempää kuin terveillä (Dickens; McGowan; Clark- Carter & Creed 2002). Äärelä (2004) käyttää masennuksesta ruumiillisen sairauden yhteydessä nimitystä oheisdepressio, jolla hän tarkoittaa sekundaaridepressiota reaktiona ruumiilliseen sairauteen ja ruumiillisen sairauden kanssa samanaikaisesti esiintyvää depressiota. Psykkiset tekijät voivat olla osa normaalia sairauteen sopeutumista. Masennus voi olla reaktio ruumiilliseen sairauteen, koska sairastumiseen liittyy aina menestyksiä. Toisaalta masennus saattaa esiintyä pelkästään ruumiillisin oirein. Vastaavasti masennuksen hoitoon käytettävät lääkkeet voivat pahentaa sairauden oireita ja aiheuttaa sivuvaikutuksina oireita, jotka muistuttavat ruumiillisen sairauden oireita (Äärelä 2004, 3.)

Oheisdepression tunnistaminen ja hoito on tärkeää, koska depressio vaikuttaa potilaan perussairauden ennusteeseen. Masentuneen henkilön voimavarat ovat riittämättömät hoitoyhteistyöhön ja sairauden vaatimien erilaisten hoitojen toteuttamiseen. Toimintakyvyn menettäminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja lisää hoidon kustannuksia pitkittyneinä sairaalahoitoina ja sairauseläkkeinä. Masennukseen liittyy myös suurentunut itsemurhavaara. Depression tunnistamiseksi kehitetyt seulontakyselyt auttavat depression diagnostiikassa. Seulontakyselyitä on esimerkiksi DEPS eli Depressioseula (Äärelä 2004, 11,17, 26.) Mielialakysely- RBDI on seulontakysely, joka on tutkimuksissa todettu validiteetiltaan korkeaksi ja toimivaksi kaiken ikäisten keskuudessa. Kyselyn käytön on koettu helpottaneen mielenterveyden puheeksi ottamista (Raitasalo 2007).

## 2.2. Nivelreumapotilaan hoitotyön lähtökohdat

Hoitaminen määritellään yhteiseen arvoperustaan, syvälliseen ihmisen ymmärtämiseen, sekä kunnioittamiseen perustuvaksi ihmisen terveyden edistämiseen tähtääväksi inhimilliseksi toiminnaksi. Ihmisten omaa osallistumista terveytensä edistämiseen korostetaan. Heidän omia voimavaroja pyritään tukemaan, lisäämään ja parantamaan heidän elämänsä laatua toiminnalla, joka perustuu tutkittuun tietoon, ammatilliseen kokemukseen ja hyväksi havaittuihin käytänteisiin (näyttöön perustuva hoitotyö; EBN, evidence based nursing) (Eriksson ym. 2007, 32- 33; Lauri & Kyngäs 2005, 55; Suomen Sairaanhoidajaliitto 1996.) Potilaille ja terveydenhuollon muilla asiakkaille on lakeihin perustuva oikeus laadukkaaseen, vaikuttavaan ja oikeudenmukaiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoitotyön taustalla on myös tehokkuus- ja kustannusvaikuttavuuden vaatimukset. Terveydenhuoltoon käytetään julkisia varoja. Hoitotyössä käytettävien menetelmien tulee olla sellaisia, joilla pystytään osoittamaan toiminnan vaikuttavuus (Eriksson ym. 2007, 110- 111; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Pekkala 2007, 48.)

Terveyden edistämisen näkökulmasta pitkäaikaisissa sairauksissa korostuu tertiaaripreventio, jolla tarkoitetaan pyrkimyksiä estää jo olemassa olevan sairauden eteneminen ja komplikaatioiden ilmaantuminen (Savola & Koskinen & Ollonqvist 2005, 15). Nivelreumapotilailla tertiaaripreventiona on heidän terveystoimivarojen vahvistaminen ja kuntoutuminen.

Koulutustilaisuudessa hoitosuunnitelman laatimista harjoiteltiin Case - potilaan tietojen (LIITE 3) pohjalta. Esimerkkipotilaan hoitosuunnitelman sisältöalueen muodostivat lääkehoito, aistitoimintaan liittyvä kipu sekä jatkohoito, jotka kuvataan seuraavassa. Lukujen alussa on hoitosuunnitelma FinCC – luokituksen avulla kirjattuna. Hoidon tarve (SHTaL) ja Hoitotyön toiminnot (SHToL) ovat teknisistä syistä johtuen allekkain, tämä voi vaikeuttaa hoitosuunnitelman hahmottamista. Koulutusiltapäivässä hoitosuunnitelma tehtiin vaakasuoraan lomakkeeseen. SHTaL ja SHToL- luokitusten pää- ja alaluokkien tunnistenumerot on jätetty näkyviin helpottamaan hahmottamista. Hoitosuunnitelman jälkeen esitetään taustalla oleva tietoperusta.

## 2.3 Lääkehoito

HOIDON TARVE (SHTaL 2.01) (EP, TOD, VAR)

LÄÄKEHOITO

5144 Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve. VAR.

*Aloitettu uusi reumalääkitys yhdistelmähoidolla (Metotrexaatti; Salazopyrin; Oxiklorin ja Prednisolon*

HOIDON TAVOITTEET

LÄÄKEHOITO: Tietää lääkkeiden sivuvaikutuksen, oikean annostuksen ja sen merkityksen ja osaa toteuttaa lääkityksen oikein. Tietää lääkkeiden mahdolliset sivuvaikutukset. Tietää lääketurvakokeiden merkityksen ja raja-arvot.

HOITOTYÖN TOIMINNOT (SHToL 2.0.1)

LÄÄKEHOITO

1205 Lääkehoidon kirjallinen ohjaus, 12206 Lääkehoidon suullinen ohjaus, (Osastolla: 1202 Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta).

JATKOHOITO

1617 Laboratorio. *Lääturvakokeet oman terveyskeskuksen laboratoriossa 2 vk:n välein 2 kk:n ajan ja sen jälkeen 3 kk:n välein.*

HOITOTYÖN TOTEUTUS (SHToL 2.0.1)

LÄÄKEHOITO:

*Lääkehoidon ohjaus toteutettu. Potilas sai lääkeohjeet kirjallisesti ja suullisesti. Kokee lääkkeillä olevan paljon mahdollisia sivuvaikutuksia. Kirjalliset ohjeet toimivat muistilistana.*

JATKOHOITO:

*Lääturvakokeet, niiden merkitys ja seurantatiheys on keskusteltu. Hoitotiedot viikko on täytetty terveyskeskuksen reumahoitajan yhteystietoineen.*

HOIDON TULOKSET (SHTuL 1.0) (PA, EN, HUO)

LÄÄKEHOITO

*Osaa kertoa lääkkeiden tarkoituksen, vaikutuksen, oikean annostuksen ja lääkehoidon toteutuksen kotona. (Osastolla: ei ole kokenut sivuvaikutuksia uusista lääkkeistä). PA.*

JATKOHOITO

*Osaa kertoa turvakokeiden merkityksen hoidon turvallisuustekijänä. PA.*

Nivelreuman peruslääkityksen valintaan vaikuttaa sairauden aktiivisuuden lisäksi potilaan muut sairaudet ja lääkehoito. Silloin kun nivelreuma on diagnosoitukella hyvin aktiivinen, hoito pyritään aloittamaan vaikuttavimmilla peruslääkkeillä tai niiden yhdistelmillä, koska taudin aktiivisuus alkuvaiheessa ennustaa keskimääräistä vaikeampaa taudin kulkua myöhemmin, (Näytön aste B) (Käypä hoito 2009, 8.)

Nivelreuman peruslääkkeiden käyttö yhdistelmänä on todettu olevan tehokkaampaa kuin hoito yhdellä lääkkeellä. Metoreksaatin, sulfasalatsiinin ja hydroksiklorokiinin yhdistäminen pieniannoksiseen glukokortikoidihoitoon on antanut puolta paremmat tulokset varhaisen aiemmin hoitamattoman nivelreuman remissioiden määrän (taudin oireiden häviäminen) ja antierosiivisen (nivelsyöpymien estäminen) vaikutuksen suhteen kahden vuoden seurannassa, kuin hoito yhdellä reumalääkkeellä johon vaikeimmissa tapauksissa oli yhdistetty kortikosteroidi (Käypähoito 2009, 8).

### 2.3.1 Lääkeohjauksen lähtökohdat

Ohjaus määritellään tässä työssä Kääriäisen (2007) mukaan potilaan ja hoitohenkilöstön taustatekijöihin sidoksessa olevaksi toiminnaksi, joka rakentuu kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa ja on aktiivista sekä tavoitteellista toimintaa (Kääriäinen 2007, 122). Lääkehoidon ohjauksen lähtökohdan muodostaa potilaan ja hänen omaisensa tarpeet. Yksilöllisyyden toteutuminen edellyttää, että ohjauksen sisältö ja menetelmät suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa (Mäkeläinen 2009.) Potilaalle annettava tieto, ohjaus ja neuvonta lääkehoidon eri vaiheissa mahdollistaa hänen osallistumisensa lääkehoidon suunnitteluun, sen toteuttamiseen ja arviointiin. Edellä mainitut asiat ovat merkityksellisiä myös tuettaessa potilaan sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen. Tärkeää on myös varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen (STM 2005b, 59.)

Lääkehoidon suullisen ja kirjallisen ohjauksen tavoite on, että potilas osaa toteuttaa lääkehoitonsa lääkärin määräämällä tavalla ja hän tietää lääkkeen tarkoituksen, vaikutusmekanismit, oikean annoksen, sen merkityksen ja lääkkeen haittavaikutukset (Kyngäs & Hentinen 2009, 202). Potilaat ovat kokeneet saaneensa hoitajilta lääkehoidosta ohjausta hyvin (Mäkeläinen 2009). Lääkehoidon ohjauksen osa-alueista enemmän tietoa olisi kaivattu lääkkeiden sivuvaikutuksista (Kyngäs; Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 225- 234). Kirjallisten lääkeohjeiden merkityksestä ja vaikuttavuudesta tehdyn järjestelmällisen tutkimuskatsauksen perusteella potilaiden tiedon tarve ja laatu riippuvat sairauden vaiheesta. Potilaille jaettavat kirjalliset

lääkeohjeet eivät ole vastanneet heidän odotuksiaan. Sanallinen tieto on ollut potilaille tärkeintä, ja se tulee aina liittää kirjallisesti annettavaan tietoon. (Raynor et al. 2007.)

### 2.3.2 Lääkehoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan potilaan aktiivista ja vastuullista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Kyngäs 2001).

Nivelreumapotilaista lääkahoitoon on todettu sitoutuvan noin 40- 60 %. Lääkehoitoon sitoutuminen heikkenee monilla pitkäaikaisesti sairailta ensimmäisen puolen vuoden jälkeen merkittävästi. Pitkäaikainen sairaus vaatii sitoutumista useisiin erilaisiin hoitoihin ja nämä lisäävät riskiä huonoon sitoutumiseen. Lääkehoitoon sitoutumista heikentäviä riskitekijöitä ovat pitkäkestoinen lääkehoito, lääkkeiden sivuvaikutukset ja lääkkeen vaikuttamattomuus toivotulla tavalla. Sitoutumista on todettu myös heikentävän lääkkeen vaatima tiheä annostelu, virheelliset uskomukset lääkkeestä, välinpitämättömyys itsensä hoitamiseen tai se ettei ymmärretä lopputulosta, johon ohjeen mukainen lääkehoidon toteutus johtaa (Kyngäs & Hentinen 2009, 198- 202.) Nivelreuman peruslääkehoito on pitkäkestoinen. Lääkkeiden toivotun vaikutuksen esilletulo vie useilla lääkkeillä 1-3 kuukautta (Korpela 2007, 55- 59). Potilaalta tämä vaatii kärsivällisyyttä. Lääkkeiden yksilöllisten vaikutuksien takia ei etukäteen voi tietää miten hyvin lääke vaikuttaa tai ilmeneekö siitä sivuvaikutuksia. Potilaan ohjaus ja tukeminen ovat sen takia ensisijaisen tärkeitä.

Osallistuminen itseään koskevan hoidon päätöksentekoon ja koettu vastuu hoidosta edistää hoitoon sitoutumista. Hoitajilta saatu tuki on merkittävä hoitoon sitoutumista ennustava tekijä (Kyngäs 2006; Lunnela, Kyngäs & Hupli 2006, 155- 158.) Potilaat ovat toivoneet hoitohenkilökunnalta erityisesti henkistä tukea, rohkaisua ja tukemista päätöksenteossa. Tiedollinen ja psyykinen tuki koetaan tärkeiksi itsemääräämistä edistäviksi tekijöiksi (Löfman 2006, 89.)

### 2.3.3 Lääkehoidon vaikuttavuus ja turvallisuus

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on lääkehoidon hoidollisten vaikutusten, mahdollisten sivu-, haitta – ja yhteisvaikutusten seuranta. Vaikuttavuuden arviointiin kuuluu myös lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden ja päällekkäisyyksien seuranta, toiminta väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen, sekä säännöllinen lääkityksen kokonaisarvio (STM 2005b, 60.)

Kaikkiin lääkkeisiin liittyy mahdollisia sivuvaikutuksia, jotka voivat ilmenevät hoidon alkuvaiheessa tai esimerkiksi lääkeannostuksen lisäämisen jälkeen. Yleisimpiä reuman peruslääkityksen aiheuttamia sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi maha- suolikanavan ärsytysoireet, päänsärky ja ihottuma. Lääkitys saattaa aiheuttaa myös veriarvojen muutoksia. Nivelreuman peruslääkkeille on lääkekohtaiset turvallisuusohjeet Yleisimmin lääkityksen aloitusvaiheessa ns. lääketurvakokeita seurataan ensimmäisten kahden kuukauden ajan kahden viikon välein ja siitä eteenpäin 2-3 kuukauden välein. Yleisimpiin peruslääkityksen vaatimiin lääketurvakokeisiin kuuluvat verenkuvat (B-PVK) ja alaniiniaminotransferaasi (s- alat) (Lääketietokanta 2009; Korpela 2007, 55-58.)

Lääkehoitoon liittyvät vahingot ovat yleisimpiä potilasvahingoista ja hättätapahtumista, joten niiden ehkäisyyn tulee kiinnittää huomiota. Hättätapahtumia ajatellen kriittinen tilanne on potilaan kotiutus sairaalahoidosta kotiin tai toiseen hoitolaitokseen etenkin, jos silloin tehdään lääkitykseen vielä muutoksia (Kinnunen & Peltomaa 2009, 78- 79, 81- 82.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaiseman Turvallinen lääkehoito- oppaan tarkoituksena on mm. yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet ja määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoitoa toteuttaville yksiköille. Lääkehoidon toteutuminen perustuu työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. (STM 2005b, 32.)

Uudessa terveydenhuoltolaissa hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyen edellytetään laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelmaa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008d).

### 2.3.4 Lääkehoitoon liittyvä masennus

Sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet, kuten nivelreumassa esim. metotreksaatti, sulfasalatsiini, hydroksiklorokiini, glukokortikoidit ja myös tulehduskipulääkkeet saattavat sivuvaikutuksina aiheuttaa masennusta (Lääketietokanta 2009.) Tämä on tärkeä tunnistaa ja erottaa, koska nivelreumaan, niin kuin ruumiillisiin sairauksiin yleensä, liittyy kohonnut riski sairastua masennukseen (Äärelä 2004, 3.)

### 2.4 Aistitoiminta: kipu

HOIDON TARVE (SHTaL 2.01) (EP, TOD, VAR)

AISTITOIMINTA

5320 Kudosvaurioon liittyvä kipu

*- Nivel tulehdus ja arkuus päkiöissä, sormien keski- ja tyvinivelissä: alueilla turvotusta ja kuumotusta. Aamukankeutta 2 h ajan.*

VAS: 3.

HOIDON TAVOITTEET

AISTITOIMINTA

Niveltulehdus ja arkuus lievittyvät. Turvotus ja kuumotus laskevat. Aamukankeus vähenee. VAS: 3, aamukankeus alle 2 h.

HOITOTYÖN TOIMINNOT (SHToL 2.0.1)

LÄÄKEHOITO

1216 Lääke suun kautta. *Ibuprofeeni dep, 800mg 1 x 1 iltaisin. Tarvittaessa Parasetamoli 1 g ad. x 3vrk:ssa.*

AISTITOIMINTA

1535 Kivun seuranta; niveltulehduksen seuranta.

1536 Kivun voimakkuuden mittaaminen; *VAS päivittäin.*

1539 Kivunhoitoon liittyvä ohjaus. *Kylmäpakkauksen käyttö niveltulehduksen lievittämiseksi.*

HOITOTYÖN TOTEUTUS (SHToL 2.0.1)

*(Osastolla: saanut kipulääkkeen listan mukaan. Kylmäpakkauksia pitänyt x 1 kämmenten alueella).*

*Lääkäri laittanut paikallishoidot II- III sormien keski- ja tyviniveliin. Ohjattu pitämään pistopaikat vuorokauden ajan kuivana infektioiden ehkäisemiseksi.*

HOIDON TULOKSET (SHTuL 1.0) (PA, EN, HUO)

*Kokee tulehduskipulääkkeen jonkin verran helpottavan aamukankeutta. (Osastolla: lisäkipulääkkeen tarvetta ei ole ollut. Kylmäpakkaukset vähentäneet sorminivelten kuumotusta). PA*

*Paikallishoitojen jälkeen sorminivelet tuntuvat kipeämmiltä. PA.*

VAS: 3 EN.



Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin (IASP ia.)

Kipu syntyy, kun esimerkiksi tulehtuneesta nivelkalvosta vapautuu tulehduksen välittäjäaineita. Ne saavat aikaan kipuhermopäätteiden kemiallisen aktivoitumisen ja käynnistävät viestin kivusta. Kipuviesti välittyy ääreiskipuhermoissa selkäyttimeen ja kipuratoja pitkin aivoihin. Aivoissa kipuviesti leviää eri alueille, kuten tuntoaivokuorelle ja alueille, jotka osallistuvat tunteiden syntymiseen ja niiden käsittelyyn. Kipuhermoston kautta kipu saattaa aiheuttaa hikoilua, verenpaineen nousua ja lihasjännitystä. Aistimuksen lisäksi kipu on kokemus, sillä epämiellyttävät tunteet kuten pelko, ahdistus ja tuska liittyvät miltei aina kipuun. Kipuviestiä eteenpäin hermosoluista toiseen siirtävillä välittäjäaineilla on kivun kokemisen kannalta tärkeä merkitys. Eri yksilöillä välittäjäainepitoisuuksissa voi olla suuria eroja ja se selittää eri ihmisten välisiä eroja kipuherkkyydessä. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, ia.)

Kipu voidaan luokitella sen syntymekanismiin perustuen kudonsvauriokipuun eli nosiseptiiviseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun ja idiopaattiseen kipuun, jossa ei todettavaa kudon- tai hermovauriota ole (Mikkelsen 2007, 97- 98).

Niveltulehduksessa kudonsvauriokipu voi olla akuuttia kipua. Kroonisesta kudonsvauriokivusta puhutaan silloin kun kipu on kestänyt yli 3- 6 kuukautta, tällöin kivun kesto on ylittänyt kudosten oletetun paranemisajan. Hermovauriokipu johtuu kipua välittävän hermojärjestelmän häiriöstä ja se voi syntyä ääreishermoston vammoista. Tulehduksellisessa reumasairaudessa kipu voi muuttaa luonnettaan hermovauriokivun luonteiseksi. Hermovauriokipua saattaa esiintyä myös polven- tai lonkan tekonivelleikkausten komplikaatioina. (Mikkelsen 2007, 97- 98, Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, ia.)

Elämänlaatua ja toimintakykyä ajatellen hyvä kivun hoito on tärkeä. Hoitamaton kipu ja krooninen kipu altistavat masennukselle (Dickens et al. 2002; Vuorimaa 2007, 106-109).

#### 2.4.1 Kivun kokeminen ja mittaaminen

Kipu on kokemuksena yksilöllinen. Kivun kokemiseen vaikuttavat se miten kipu vaikuttaa henkilön fyysisiin toimintoihin, sosiaalisiin suhteisiin ja mielialaan. Myös aiemmilla kipukokemuksilla on vaikutus kivun kokemiseen. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, ia; Heinonen 2007, 103- 106.) Tieto kivusta on kivun hoidossa tärkeää, sillä epätietoisuus lisää kipukokemusta ja elämän hallitsemattomuuden tunnetta (Vuorimaa 2007, 111). Ohjaus on siis hyvin tärkeää.

Laadukkaan kivunhoidon edellytyksiä ovat kivun systemaattinen arviointi ja hoidon seuranta. Potilaan oma arvio kivusta on luotettavin menetelmä mitata kivun voimakkuutta. Kivun mittaamisen kehitetyistä kipumittareista yleisimmin käytössä oleva mittari on VAS (visual analogue scale), joka on visuaalinen analogiateikko. Mittari on 10 cm pitkä jana, jonka vasen pää kuvaa kivutonta tilaa ja oikea pää pahinta mahdollista kipua. Potilas merkkää pystyviivan sille kohtaa mittaria, joka kuvaa hänen kivun voimakkuutta. Kipuarviota osoittava numero saadaan mittaamalla. Kivun arvioimiseksi on käytössä myös numeraalinen (0- 10) mittari. Kipupiirroksen potilas voi merkitä kipualueensa ja väreillä tai merkeillä kuvata kivun laadun (Heinonen 2007, 103- 105.)

#### 2.4.2 Kivunhoidon menetelmät

Pitkäaikaisissa sairauksissa joihin kipu liittyy tyypillisenä sairauden oireena kuten nivelreumassa, kivun hyvä hoito on vaativaa ja edellyttää useiden erilaisten kivunhoidon menetelmien käyttämistä (Martio 2007, 115.) Kivusta kuntoutumisen kannalta on ratkaisevan tärkeää erityisesti potilaan aktiivinen tarttuminen itsehoidollisiin toimiin kivusta kuntoutumiseen (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, ia). Potilaiden yksilöllisiä keinoja hallita kipuaan tulee tunnistaa ja tukea (Kankkunen; Nousiainen; Kylmä 2009, 19).

Tulehduskipulääkkeitä (NSAID) käytetään nivelreumassa niveltulehduksen ja sen aiheuttaman kivun lievittämiseen (Käypähoito 2009). Lääkkeiden vaikutus perustuu

niiden kykyyn estää tulehduksen välittäjäaineiden tuotantoa (Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö 2009). Tulehduskipulääkkeiden tehosta on osoitettu vahva tai kohtalainen tieteellinen näyttö (Lundberg; Axelsson; Boivie; Eckerlund & Gerdle 2006). Parasetamolia käytetään kivunhoidossa ensisijaisesti silloin, kun oireena on kipu ilman niveltulehdusta (Martio 2007, 117). Kipulääkityksen valinnassa ja ohjauksessa oireiden luonne ja ilmeneminen on huomioitava, jotta potilas osaa ottaa lääkkeen oikeaan aikaan suhteessa kivun yleiseen esiintymiseen. (Käypähoito 2009, 15). Tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyvät haittavaikutukset kohdistuvat erityisesti ruoansulatus- ja verenkiertoelimistöön. Lääkkeiden käyttöön liittyy mahahaavan riskin vaara (Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö 2009).

Paikallisesti nivelkipua voidaan iholta imeytyvillä lääkegeeleillä ja – voiteilla, tällöin vältetään maha-suolikanavaan aiheutuvat haittavaikutusriskit. Niveleen pistettävät glukokortikoidi- injektiot lievittävät tulehdusreaktiota tehokkaasti. Injektion vaikutuksen kesto on yksilöllinen, mutta saattaa kestää kuukausia (Martio 2007 129-130.)

Lääkehoidon lisäksi kipua voidaan hoitaa fysioterapian ja toimintaterapian menetelmillä kuten kylmähoidolla, liikehoidolla, rentoutumisella ja apuvälineillä sekä tukia käyttämällä. Systemoidussa katsauksessa todetaan, ettei kylmähoidoilla ole edullista vaikutusta taudin aktiivisuuteen tai kipuun (Käypähoito 2009, 18). Osa potilaista kokee kuitenkin subjektiivisesti hyötyvänsä kylmähoidosta etenkin nivelen ollessa turvoksissa ja kuumottava. Kroonistuneen kivun hoitomenetelminä henkinen ja emotionaalinen tuki korostuu. Kognitiivinen käyttäytymisterapian on todettu parantavan pitkäaikaisen kipupotilaan sekä sosiaalista että fyysistä toimintakykyä paremmin kuin lääkehoito, fysioterapia tai muun tyyppisen käyttäytymisterapian (Lundberg et al. 2006).

## 2.5 Jatkohoito

HOIDON TARVE (SHTaL 2.01) (EP, TOD, VAR)

JATKOHOITO

5358 Hoito jatkuu perusterveydenhuollossa VAR

- *Hoitovasteen ja hoidon turvallisuuden seuranta, jatko- ohjauksen tarve*

5359 Hoito jatkuu erikoissairaanhoidossa. VAR.

- *Kontrolli hoitovasteen ja hoidon turvallisuuden seuraamiseksi 3 kk:n kuluttua.*

#### HOIDON TAVOITTEET

##### JATKOHOITO

Potilas tietää hoitoketjunsä ja mihin ottaa yhteyden ongelmatilanteissa.

Potilas tietää jatkohoidostaan.

Tietää reumaliiton ja sen jäsenyhdistyksen toiminnasta ja palveluista.

#### HOITOTYÖN TOIMINNOT (SHToL 2.0.1)

##### JATKOHOITO

1626 Asiantuntija sairaanhoitaja

1632 Mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus

1622 Potilasjärjestö ja vertaistukiverkosto

#### HOITOTYÖN TOTEUTUS (SHToL 2.0.1)

##### JATKOHOITO

- *terveyskeskuksen ja reumapoliklinikan reumahoitajien yhteystiedot kerrattu hoitotiedot vihkosta.*

- *hoitoketjun toiminnasta keskusteltu: mahdollisissa ongelmatilanteissa ohjattu yhteydenotto ensin terveyskeskuksen reumahoitajaan ja tarvittaessa reumapoliklinikalle.*

- *Keskusteltu reumaliiton- ja tukihenkilötoiminnasta. Sai kirjallisen esitteen.*

- *Kontrolliaika reumapoliklinikalla annettu 3kk:n päähän (1.12 2009). Potilas sai ajan mukaansa.*

#### HOIDON TULOKSET (SHTuL 1.0) (PA, EN, HUO)

##### JATKOHOITO

*Potilas tietää mihin ottaa yhteyden ongelmatilanteissa. Reumaliiton [www.sivuihin](http://www.sivuihin) tutustunut aiemmin. Tällä hetkellä ei ole koe tarvetta tukihenkilön tapaamiseen. PA.*

Pitkäaikaisessa usein koko elämän ajan kestävässä sairaudessa toimiva hoitoketju, jossa hoitoon osallistuvat ovat selvillä tehtäväjaosta ja toimivat kiinteässä yhteistyössä on hoidon laadun ja tuloksellisuuden kannalta merkityksellistä. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että perusterveydenhuollossa on nivelreumaan perehtynyt lääkäri ja sairaanhoitaja (Käypähoito 2009, 20.)

Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä nivelreumapotilaan hoidonpurrastuksen perustana ovat Nivelreuman käypähoitosuositus ja sovitut alueelliset hoito- ohjelmat hoitokäytännöistä erityisvastuualueen sairaaloiden kanssa. Reumasairauksien hoitoketju ja sovitut hoitovastuu jakautuu siten, että erikoissairaanhoidossa varmistetaan potilaan diagnoosi, aloitetaan hoito ja ohjaus, sekä arvioidaan hoitovaste säännöllisin väliajoin. Perusterveydenhuollon tehtävänä on sairauksien varhainen tunnistaminen, lähettäminen

erikoissairaanhoitoon ja vastaaminen osaltaan hoidon toteutuksesta ja seurannasta, kuten lääketurvakokeista ja jatko- ohjauksesta. Jaetussa hoitovastuussa potilas käy erikoissairaanhoidossa hoitovasteen arvioimiseksi 3- 6 kk:n välein. Potilas voi siirtyä perusterveydenhuollon hoitoon siinä vaiheessa kun sairaus on oireeton tai on saavutettu hyvä hoitovaste.(Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008, 13- 14; Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2009.)

Hoitoketjujen toimivuuden todettuja ongelmia ovat olleet perusterveydenhuollon sairausryhmäkohtaisten vastuuhenkilöiden puuttuminen, heidän vaihtuminen ja hoitotietojen tiedonkulun ongelmat. Potilaiden tietosuoja on vaikeuttanut ammattilaisten keskinäistä yhteistyötä (Silvennoinen- Nuora 2004.)

Toimivassa joustavassa hoitoketjussa hoitoketjuun kuuluvat tuntevat toistensa toiminnot ja resurssit. Potilaalla ja hänen hoitoon osallistuvilla on selkeä käsitys potilaan hoidosta ja tieto hoidon eri vaiheista. Toimivan hoitoketjun edellytyksenä on potilaan ohjaus niin, että hän tietää hoitoonsa osallistujat, hoitokäytännöt ja osallisuutensa hoitoketjussa. Naukkarinen (2008) tuo kehittämisehdotuksena väitöskirjatyössään esille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen potilaan hoitovastuun kehittämisen työnjakoon liittyväksi vastuuksi, koska se parantaa tiedonkulkua ja tukee potilaan asemaa päätöksentekijänä omaa hoitoa koskevissa asioissa (Naukkarinen 2008, 133.)

Kirjallisuus katsauksen perusteella pitkäaikaisissa sairauksissa yhteinen hoitovastuu voi parantaa hoidon laatua ja potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Tämän edellyttää potilaan sitoutumista hoitoon ja henkilökohtaisia tapaamisia hoidossa vastuussa olevien henkilöiden ja potilaan välillä. Yhteisen hoitovastuun toteuttamisen kustannusvaikuttavuudesta ei ole tehty vielä riittävästi tutkimusta johtopäätösten tekemiseksi (Holm ym. 2006.)

## LÄHTEET

- Dickens, Cris; McGovan, Linda; Clark- Carter, David & Creed, Francis 2002. Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature With Meta- Analysis. *Psychosomatic Medicine* 64; 52- 60 (2002)
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino- Kilpi, Helena; Lindström, Unni Å; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna- Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen- Julkunen, Katri & Åsted- Kurki, Päivi 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.
- Eronen, Ilkka 2009. Ensihoitokertomuksen käytettävyys. Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma. <http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- Ervelius, Tiina; Eklund A- L & Pyykkö, Anita 2009. Luento. Hoitotyön prosessi ja hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Diakonia ammattikorkeakoulu, DIAK pohjoinen, Oulu.
- Hakala, Markku 2004. Reumasairaudet. Teoksessa toimintakyky, arvio ja kliininen käyttö. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 260.
- Hakala, Markku 2007. Nivelreuman puhkeaminen ja yleisyys. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. *Reuma*. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 323- 324.
- Heinonen, Minna 2007. Kivun mittaaminen ja hyvä kivun hoito. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. *Reuma*. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 103- 105.
- Holm, Tomas; Lassen, Jens F; Genefke, Jens; Melchiorssen, Hanne; Hybel Ulla & Sorenen Jan 2006. Tvaersektorielt Somarbejde mellem almen praksis og hospital – Shared care belyst ved antikoagglans behandling som eksempel behandling en medicinsk teknologivurdening. Suomenkielinen

- tiivistelmä. Viitattu 9.11 2009. <http://lib.stakes.fi/ohtanen>. Finohtan tiivistelmä. Tuloste tekijällä.
- Honkima- Salmi, Anu 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- IASP, International Association of Study of Pain. ia. Kansainvälinen kivunhoitoyhdistys. <http://www.iasppain.org> Viitattu 10.8 2009.
- Kaakinen, Pirjo 2009 TtM, Projektityöntekijä OYS. Henkilökohtainen tiedonanto 13.11 2009.
- Kainuun maakuntayhtymä 2008. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä – kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006- 2007. Loppuraportti.
- Kankkunen, Päivi; Nousiainen, Hannele & Kylmä, Jari 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva hoitotyö. Vol.7 (2) 2009, 13- 20.
- Karjalainen, Anna 2007. Reumasairauksien monimuotoisuus. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 9- 12.
- Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77- 97.
- Korhonen, Toni 2009. Terveydenhuollon henkilöstön tietoturvaosaaminen. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma.
- Korpela, Markku 2007. Reumasairauksien peruslääkehoidon tavoitteet ja käytössä olevat lääkkeet. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 55- 64.
- Kuopion, yliopisto 2009. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Viitattu 11.11 2009. <http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- Kuusisto, Anne 2008. Kirjaamalla näkyväks – Osastonhoitajien ja tukihenkilöiden informaatio- ja koulutustilaisuus. Luento. Viitattu 5.8.2009. [www.satshp.fi](http://www.satshp.fi) Tuloste tekijän hallussa.

- Kyngäs, Helvi 2001. Teoria pitkäaikaissairaiden nuorten hoitoon sitoutumisesta. Teoksessa Lauri, Sirkka & Kyngäs Helvi Hoitotieteen teorian kehittäminen 2005. Helsinki: WSOY. 135- 145.
- Kyngäs, Helvi 2006. Pitkäaikaisesti sairaiden hoitoon sitoutuminen. Esitelmä. Viitattu 9.5 2009. [www.terveysnet.fi/arkisto/Kyngas\\_Helvi.pdf](http://www.terveysnet.fi/arkisto/Kyngas_Helvi.pdf). Tuloste tekijällä.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, Helvi; Kukkurainen, Marja Leena & Mäkeläinen Paula 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede* (5/2004) 16(5): 225- 234.
- Käypä hoito 2009. Nivelreuman käypähoitosuositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecimin, Suomen reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 11.11 2009. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto LKT. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöstyö.
- Laajalahti, Liisa & Sintonen, Harri 2005. Nivelreuman hoidon kustannuksen ja vaikutus elämän laatuun. *Suomen lääkärilehti* 51- 52, VSK 60, 5293- 5296.
- Laattala, Leena & Oksanen, Tiina 2009. Sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto. Diakonia ammattikorkeakoulu. Diak. Itä, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.785/ 1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/ 159. Viitattu 8.5.2009. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, L559/1994. Viitattu 28.2 2009. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)
- Lauri, Sirkka & Kyngäs, Helvi 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Leino- Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka 2003. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Lindman, Kaija 2009. Geriatristen potilaiden hoitotietojen kirjaaminen. Kuopion Yliopisto. Terveyshallinnon ja – talouden laitos, sosiaali- ja



- terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma.  
<http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- Liljamo, Pia; Kaakinen, Pirjo & Ensio, Anneli 2008. Opas FinCC-Luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa.
- Lundberg, D; Axelsson, S; Boivie, J; Eckerlund, I & Gerdle B. 2006. Metoder för behandling av länvarig smärta. SBU:s rapport nr: 177/1+ 2, April 2006. Viitattu 12.10 2009. <http://lib.stakes.fi/ohtanen> Finohtan tiivistelmä. Tuloste tekijällä.
- Lunnela, Jaana; Kyngäs, Helvi & Hupli, Maija Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3. 2006. Volume 18. 151- 159.
- Lääketietokanta 2009. Viitattu 3.5 2009. <http://www.nelliportaali.fi>. Terveysportti.
- Löfman, Päivi 2006. Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 134. Väitöstyö.
- Martio, Jukka 2007. Kipulääkkeen valinta. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. *Reuma*. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 116- 117.
- Martio, Jukka 2007. Lääkehoidon mahdollisuudet kivun hoidossa. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. *Reuma*. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 115- 116.
- Martio, Jukka 2007. Kivun paikallinen lääkehoito. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. *Reuma*. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 129- 130.
- Mikkelsson, Marja 2007. Fysioterapian mahdollisuudet kivun hoidossa. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. *Reuma*. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 114- 115.

- Mikkola, Maija- Liisa 2008. Tiedonhallinta lääkehoidon prosessissa. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma. <http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- Mäkeläinen, Paula 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self- Efficacy. Tiivistelmä. Kuopio University Publications. E. Social Sciences.
- Naukkarinen, Eeva- Liisa 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157. Väitöstyö.
- Nissinen, Sari 2009. Terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia aluetietojärjestelmän käytettävyydestä perusterveydenhuollossa. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 11.11 2009 <http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- Pekkala, Eila 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tantt, Kaarina & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy, 48- 55.
- Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009. Hoitoketjut. Viitattu 30.3 2009. [www.ppshp.fi/sairaanhoito/hoitoketjut](http://www.ppshp.fi/sairaanhoito/hoitoketjut)
- Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008. Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009- 2011.
- Puolakka, Kari 2006. Work capacity and productivity costs in early rheumatoid arthritis. A five- year prospective study. Helsingin yliopisto. Väitöstyö.
- Raitasalo, Raimo 2007. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki: Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86.
- Raynor, DK; Blenkinsopp, A; Knapp, P; Grime, J; Nicolson, DJ; Pollock, K, et al. 2007. Systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. Health Technol Assess 2007; 11 (5). Finoitant tiivistelmä. Saatavissa [www.nelliportaali.fi](http://www.nelliportaali.fi). Ohtanen. Viitattu 11.2 2009. Tuloste tekijällä.

- Salo, Päivi 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto, 13- 24.
- Saranto, Kaija 2007. Tiedon hallinta hoitotyössä. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy.
- Saranto, Kaija & Ikonen, Helena 2007. Hoitotiedon välittyminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy, 157- 166.
- Saranto, Kaija & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy, 12- 16.
- Savola, Elina & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveyden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja, sarja 3/ 2005. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Silvennoinen- Nuora, Leena 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto.
- Sonninen, Anna- Liisa; Ensio, Anneli & Ikonen, Helena 2007. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy, 80- 87.
- STM 2004a. Sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004: 18.
- STM 2005b. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32.
- STM 2008c. Sähköinen Potilaskertomus. Viitattu 28.2 2009. [www.stm.fi/vastualueet](http://www.stm.fi/vastualueet)
- STM 2008d. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 28. Yliopistopaino. Kustannus books.
- STM 2009. Asetus potilasasiakirjoista. Asetus numero 298/ 2009.

- Suomen kivuntutkimusyhdistys r.y. 2009. Mitä kipu on. Viitattu 22.7 2009.  
[www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi)
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 17.8 2008.  
[www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/ohjeita\\_ja\\_suosituksia](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia)
- Tanttu, Kaarina 2007. Hoitotiedon käytön malli. Teoksessa Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Tanttu, Kaarina 2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Luentolyhennelmä. Hoitotyön johtajien seminaari 26.5 2008. Kuntatalo. Viitattu 28.2 2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>
- Tanttu, Kaarina & Ikonen Helena 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna- Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 112- 127.
- Tanttu, Kaarina & Rusi, Reetta 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä. Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto, 113- 122.
- Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö 2009. Käypähoitosuositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 11.11 2009. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>. Terveysportti; käypähoitosuositukset.
- Turunen, Sanna 2008. Hoitotyön tiedonhallinta lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 11.11 2009 <http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008a. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05- 31.5.08. Loppuraportti, osa 1. Viitattu 28.2 2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>.
- Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2008b. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05- 31.5.08. Loppuraportti, osa 2. Viitattu 28.2 2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>.
- Viitanen, Jorma, V 2001. Fibromyalgian ja nivelreumana aiheuttamat toiminnalliset haitat. Suomen lääkärilehti VSK 56, 37, 3689- 3693.

- Vuorimaa, Hanna 2007. Psykologiaa kivun hoidossa. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna. Karisto Oy, 111- 112.
- Vuorimaa, Hanna 2007. Kivun ja sairauden kokeminen. Teoksessa Martio, Jukka; Karjalainen, Anna; Kauppi, Markku; Kukkurainen, Marja Leena & Kyngäs, Helvi toim. Reuma. Duodecim, Suomen Reumaliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy, 106- 109.
- Vähä- Savo, Silja 2008. Satakunnan sairaanhoitopiirin työntekijöiden mielipiteitä hoitotyön sähköisen kirjaamisen henkilöstökoulutuksesta. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Väänänen, Anu 2008. Kivun kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja - talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 11.11 2009 <http://www.uku.fi/tht/tietohallinto.shtml>
- YSA Yleinen Suomalainen asiasanasto. Viitattu 20.8 2009. <http://www.nelliportaali.fi>.
- Äärelä, Erkki. 2004. Depressio ruumiillisen sairauden yhteydessä. H. Lundbeck A/S