



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla

Juvonen, Saara

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla

Saara Juvonen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Saara Juvonen

Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla

Vuosi 2011 Sivumäärä 50

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskenteleville reumasairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää selkärankareumapotilaan ohjauksen kehittämiseen kyseisellä poliklinikalla. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, Otaniemen paikallisyksikön, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS/HUS medisiinisen tulosyksikön Kolmiosairaala-hanketta. Kolmiosairaala-hankkeen tavoitteena on edistää asiakasvetoista hyvinvointia ja terveyttä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on luonteeltaan kvalitatiivinen. Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä aineistonkeruuvaiheessa haastateltiin kahta Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskentelevää asiantuntijaa reumasairaanhoitajaa. Haastattelu nauhoitettiin haastateltavien kirjallisen suostumuksen avulla. Haastattelua ohjasivat ennalta suunnitellut teemat. Haastattelussa tuotettiin tietoa selkärankareumapotilaan ohjausprosessista, ohjauksen sisällöstä sekä ohjaukseen osallistuvista ammattiryhmistä. Haastattelussa saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja sen pohjalta muodostui alustava selkärankareumapotilaan prosessikaavio. Aineistonkeruun toisessa vaiheessa alustava prosessikaavio esiteltiin reumasairaanhoitajille tarkennusten, lisäysten tai korjausten mahdollistamiseksi prosessikaavioon.

Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella selkärankareumapotilaan ohjausprosessi muodostui vaiheista ohjauksen suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen arviointi ja päättyminen. Keskeisiä ohjauksen sisältöjä ovat ohjaus sairaudesta, lääkähoidosta, turvakoeseurannasta, onnistuneen hoidon edellytyksistä ja hoidon kulusta, itsehoidosta, sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä tutkimuksista ja kokeista sekä potilaan motivointi ja kannustaminen. Ohjausta antavat reumatologi, reumasairaanhoitaja, osastonsihteeri, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, bioanalyytikko ja röntgenhoitaja sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti.

Opinnäytetyön tulosten perusteella muodostetun prosessikuvausavun avulla voidaan arvioida, miten selkärankareumapotilaan ohjausta kyseisellä poliklinikalla nykyään toteutetaan. Prosessikuvaus helpottaa hahmottamaan selkärankareumapotilaan ohjausprosessin kokonaisuutta sekä sen arviointia ja kehittämistä. Prosessikuvausta voidaan hyödyntää muun muassa uuden työntekijän perehdyttämisessä. Yhdistämällä työtapoja, lisäämällä yhteistyötä ja selkeyttämällä työnjakoa parannetaan hoitotyön laatua ja tehokkuutta, pienennetään kustannuksia, kehitetään yksikön toimintaa ja poistetaan päällekkäistä työtä.

Asiasanat: potilasohjaus, prosessikuvaus, selkärankareumapotilas

Saara Juvonen

A process description of an ankylosing spondylitis patient´s counseling in the outpatient clinic of rheumatology in Meilahti Triangle Hospital

Year	2011	Pages	50
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to create a process description of an ankylosing spondylitis patient´s counseling to the rheumatology nurses working in the outpatient clinic of rheumatology in Meilahti Triangle Hospital. The aim of this thesis is to produce information to help develop ankylosing spondylitis patient´s counseling in the outpatient clinic of rheumatology. The thesis is a part of the project between Laurea University of Applied Sciences, the collective Triangle Hospital project in the hospital district in Helsinki and Uusimaa and medical unit (HUCH). The aim of the Triangle Hospital project is to promote client-driven health and welfare.

The research method of this thesis is qualitative and the data collection was conducted in two phases. The first phase was to interview two nurses working in the outpatient clinic of rheumatology in Meilahti Triangle Hospital with the experience of an ankylosing spondylitis patient´s counseling. The interview was a theme interview, which was conducted in group setting. The interview was recorded with the interviewee´s writ permission. The interview was structured based on an ankylosing spondylitis patient´s counseling process, the main content of counseling and the professional groups participating in the counseling. The data obtained was analyzed by using content analysis and a preliminary process description was outlined based on the gathered information. In the second phase, the preliminary process description was presented to the nurses for potential refinements, additions or correction.

According to the results of the study an ankylosing spondylitis patient´s counseling process consisted of the planning of the counseling, implementation of the counseling and evaluation and termination of the counseling. The central contents of the counseling are counseling of the disease, medication, safety monitoring of the blood cells, conditions of the successful treatment and course of the treatment, self-care, research and lab tests of the disease and the patient´s motivation and encouraging. The counseling is given by a rheumatologist, rheumatology nurse, department secretary, rehabilitation counselor, physiotherapist, radiographer and biomedical and, if necessary, by a social worker and an occupational therapist.

Based on the results of the thesis created by the process description can be used to assess how the ankylosing spondylis patient´s counseling is implemented in the outpatient clinic at the moment. The process description helps to perceive the ankylosing spondylitis patient´s entire control process and assessment and development. The process description can be benefited from when orientating a new employee. Unifying working practises, increasing co-operation and clarifying the division of duties improves the efficiency and quality of nursing, reducing costs, develops activities of the clinic and eliminates duplication of work.

Keywords: patient counseling, a process description and an ankylosing spondylitis patient

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Selkärankareuma sairautena	7
2.1	Selkärankareumaa sairastavan oireet, diagnostiikka ja liitännäissairaudet	8
2.2	Selkärankareumapotilaan hoito	9
2.3	Selkärankareumapotilaan hoidon seuranta ja ennuste	11
3	Potilasohjaus	12
3.1	Tutkimuksia potilasohjauksesta	13
3.2	Yhteenveto potilasohjaustutkimuksista	18
4	Ohjauksen prosessikuvaus	19
4.1	Prosessi ja prosessiajattelu	19
4.2	Prosessikuvaus	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	23
6	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	23
6.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	23
6.2	Opinnäytetyön aineiston analysoiminen	26
6.3	Prosessin kuvaaminen	29
7	Opinnäytetyön tulokset	29
7.1	Ohjauksen suunnittelu	30
7.1.1	Hoidosuhteen alkaminen poliklinikalla	30
7.2	Ohjauksen toteutus	31
7.2.1	Reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanotto	31
7.2.2	Reumasairaanhoitajan toinen vastaanotto	34
7.2.3	Reumatologin toinen vastaanotto	35
7.2.4	Ensitetopäivät ja puhelinohjaus	36
7.3	Ohjauksen arviointi ja päättyminen	36
8	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
8.1	Opinnäytetyön eettisyyden arviointia	37
8.2	Opinnäytetyön luotettavuuden arviointia	38
9	Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset	41
	Lähteet	45
	Liitteet	47
	Liite 1 Haastatteluteemat ja haastattelukysymykset	47
	Liite 2 Saatekirje ja haastatteluosuus reumasairaanhoitajille	48
	Liite 3 Haastateltavien reumasairaanhoitajien taustatiedot	50

1 Johdanto

Selkärankareuma on todettu Suomessa noin 10 000 ihmisellä, ja arvioiden mukaan tautia sairastaa Suomen väestöstä jopa yksi prosentti. Perinnöllinen riskitekijä, HLA-B27-kudostyyppi on yleinen suomalaisilla. Kudostyyppi HLA-B27 altistaa selkärankareumaan sairastumiselle. Syytä tautiin ei tunneta, mutta infektioitautia pidetään yhtenä mahdollisena laukaisevana tekijänä. (Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010.)

Potilasohjaus kulkee punaisena lankana potilaan hoitoprosessissa. Potilasohjauksella on muun muassa vaikutusta potilastyytyväisyyteen, hoidon laatuun, potilaan hoitoon sitoutumiseen ja sairauteen sopeutumiseen. Laadukkaalla potilasohjauksella sekä hyvällä sairaanhoitajan ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella edistetään toipumista ja paranemista, vähennetään sairauden mukana tuomaa epävarmuutta, pelkoa ja ahdistusta sekä vältetään esimerkiksi paranemista pitkittävilä tulehduksilta. Laajasti ajateltuna laadukkaalla potilasohjauksella on kansanterveydellistä ja kansantaloudellistä merkitystä. Muun muassa hoitoaikojen lyhentymiset ovat lisänneet tarvetta potilasohjauksen kehittämiseen. (Ohtonen 2006.)

Opinnäytetyö kuuluu Kolmiosairaala -hankkeeseen, joka on Laurea-ammattikorkeakoulun, Otaniemen paikallisyksikön ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HUS/HYKS yhteistyöhanke. Hankkeen tavoitteena on edistää asiakasvetoista hyvinvointia ja terveyttä. (HUS Sisätautien toimiala & Laurea Active Life Village -yhteistyöhanke). Suomen nykyaikaisin ja HUS:n uusin Meilahden kolmiosairaala on valmistunut ja avannut ovensa potilashoitoon vaiheittain marraskuussa 2010. Hoitotyössä käytössä ovat modernit poliklinikka-, päiväsaairaala-, ja vuodeosastoprosessit. Sairaalassa käytetään hyödyksi myös uusinta tietotekniikkaa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Meilahden kolmiosairaala 15.10.2010.) Opinnäytetyön aiheen valitsemiseen vaikutti opiskelun aikana herännyt mielenkiinto reumasairauksia ja prosessikuvausta kohtaan ja reumatologian yksikössä esiintyi tarvetta tällaiselle opinnäytetyölle. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat potilasohjaus, prosessikuvaus ja selkärankareumapotilas.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskenteleville reumasairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää selkärankareumapotilaan ohjauksen kehittämiseen kyseisellä poliklinikalla.

2 Selkärankareuma sairautena

Selkärankareuma on krooninen, pitkäaikainen ja kivulias tulehduksellisiin niveltauteihin kuuluva yleissairaus, immuunijärjestelmän sairaus. Taudille on tyypillistä selkärangan pienten nivelten, risti-suoliluuliitoksen eli sakroiliakanivelen tai -nivelien tulehduksesta johtuva alaselkäsärky sekä selkänivelten ulkopuoliset moninaiset oireet. Alaraajoihin painottuvia, toispuoleisia niveltulehduksia todetaan noin kolmanneksella selkärankareumapotilaista. Yleisimmin tauti aiheuttaa limapussien tulehduksia, jänteiden kiinnityskohtien sekä silmän värikalvon tulehduksia. Harvoissa tapauksissa selkärankareuma aiheuttaa potilaalle sydämen tai aortan seinämän tulehduksia. Yksi tai kaksi selkärankareumapotilasta sadasta sairastuu sydän-tulehdukseen. (Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010; Vauhkonen & Holmström 2006, 549.)

Selkärankareuma on todettu Suomessa noin 10 000 ihmisellä ja arvioiden mukaan sitä sairastaa Suomen väestöstä jopa yksi prosentti. Perinnöllinen HLA-B27-kudostyyppi altistaa selkärankareumaan sairastumiselle ja se voidaan todeta verikokeella. Suomessa 90 prosentilla selkärankareumaa sairastavista potilaista on HLA-B27-kudostyyppi. Peritty HLA-B27-kudostyyppi altistaa siis jossain määrin sairaudelle. Esimerkiksi anglosaksisen kirjallisuuden perusteella on arvioitu, että selkärankareumaan sairastuu noin kaksi prosenttia HLA-B27-positiivisista henkilöistä. Kuitenkaan läheskään kaikki henkilöt, jotka omaavat tuon kudosgeenin eivät koskaan sairastu selkärankareumaan. Edelleenkin ei tiedetä miksi reumaattinen prosessi käynnistyy osalla kudosgeenin omaavista henkilöistä. Selkärankareuman puhkeamiseksi tarvitaan kuitenkin muita ulkoisia tekijöitä, kuten esimerkiksi eräät suolistobakteerit ovat todennäköisesti varsin keskeisiä tekijöitä. Infektioita pidetään myös yhtenä mahdollisena laukaisevana tekijänä. Usein selkärankareuma kehittyy reaktiivisen niveltulehduksen jälkeen. (Isomäki, Leirisalo-Repo & Hämäläinen 1994, 222; Vauhkonen ym. 2006, 548 - 549; Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010; Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkurainen & Kyngäs 2007, 343; Terveyskirjasto Duodecim 2009.)

Valtaosa selkärankareumaan sairastuneista on nuoria aikuisia. Taudin ilmaantuvuushuippu osuu 25 ikävuoteen. Taudin diagnosoiminen saattaa usein viivästyä, koska suuri osa potilaista on vähäoireisia tai oireita ei ole osattu yhdistää selkärankareumaan. Tauti on yhtä yleinen sekä miehillä että naisilla, mutta taudinkuva on usein miehillä vaikeampi. Suurin osa sairaalapotilaista on miehiä. Parantavaa hoitoa tautiin ei ole. Selkärankareuman ennuste on kuitenkin melko hyvä. Sairaus jatkuu harvoin aktiivisena yli 40-vuotiailla. Useimmat potilaista säilyttävät työkykynsä, vain pienelle osalle seuraa haittaava invaliditeetti. (Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010; Vauhkonen ym. 2006, 549; Hakala 2009. Terveysportti.)

2.1 Selkärankareumaa sairastavan oireet, diagnostiikka ja liitännäissairaudet

Nivelreuman jälkeen selkärankareuma on yleisin tulehduksellinen, krooninen nivelsairaus ja sen oireena on krooninen selkäkipu. Tauti alkaa usein vähäisillä ja ajoittain alkuvaiheessa ohimenevillä alaselkäoireilla. Oireita voivat olla heräily aamuöisin ristiselän kipuiluun. Kipu voi säteillä takareisiin, mutta ei kuitenkaan jalkaterään, kuten iskiaksessa. Aamulla selkä on kankea ja jäykkä, mutta lyhyt voimistelu usein saa kivun helpottamaan. Pitkään paikallaan oleminen esimerkiksi istuminen kipeyttää selkää. Selkäsärky voi tuntua myös lapojen välissä. Tauti voi myös alkaa raajanivelen turvotuksella, mutta harvoin silmän tulehduksella. Polvi- ja lonkkanivelet ovat tyypillisesti tulehduksille alttiita niveliä. Kylkiluu-selkärankaliitosten luutumisen johdosta syvään hengittäminen vaikeutuu ja saattaa käydä jopa mahdottomaksi. Rintakehän kivut ovat potilaille yleisiä, koska rintakehän liikkuvuus vähenee. Oireet voivat jäädä osalla potilaista lyhytaikaisiksi. Tauti saattaa uusiutua vasta vuosien kuluttua oireettoman kauden jälkeen. (Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010; Vauhkonen ym. 2006; 549 - 550; Hakala 2009, Terveysportti; Martio ym. 2007, 343.)

Selkärankareuman aktiivisuuden vaihtelu on taudille luonteenomaista. Tauti saattaa sammua itseksensä, mutta osalla potilaista tauti etenee hyvin nopeasti. Etenkin miehillä selkärankareuma pyrkii voimakkaasti nousemaan selkärangan pieniä fasettiniveliä pitkin ylöspäin, jolloin selkärangan liikkuvuus vähenee fasettinivelten tulehduksesta aiheutuvan kivun johdosta. Tulehdus ja selän vähentynyt liikkuvuus altistavat selkänikamien toisiinsa kiinni luutumiseksi sekä selkärangan jäykistymiseen etukamaraan asentoon. (Vauhkonen ym. 2006, 549 - 550.)

Selkärankareuma epäily on varsin suuri jos nuorelta henkilöltä todetaan verikokeessa HLA-B27-kudostyyppi ja hänellä esiintyy tulehduksellista selkäkipua. Tulehduksellinen selkäkipu ilmenee usein ristiselässä oireilevana yöllisenä, aamuöisenä kipuna tai selässä on aamulla jäykkyyttä. Kipu voi säteillä myös pakaroihin ja kipu voi olla puolta vaihtavaa. Jänteen kiinnittymiskohdan tulehduksia voi esiintyä erityisesti kantapään seudussa, mutta myös muualla keholla. (Martio ym. 2007, 346; Vauhkonen ym. 2006, 549.) Selkärankareumapotilaan diagnoosi perustuu anamneesiin, kliiniseen tutkimukseen sekä radiologisiin löydöksiin. Reumatologisen potilaan tutkimisessa keskeistä on hyvä potilashaastattelu eli anamneesi. Lääkärin asetellessa kysymykset oikein, pääsee hän nopeasti taudin jäljille. Lääkäri kartoittaa potilaan muut sairaudet ja lääkehoidon sekä selvittää potilaan sukuhistorian, koska useimpiin reumasairauksiin liittyy perinnöllisen alttius. Taudin alkuvaiheessa potilaan oireet ovat usein lievät, joten selkärankareuman diagnosoiminen saattaa viedä kymmenenkin vuotta. (Vauhkonen ym. 2006, 531, 550.)

Lääkäri tekee kliinisen tutkimuksen, joka käsittää yleis- ja nivelstatuksen sekä nivelten toiminnan tutkimisen. Kliinisessä tutkimuksessa usein todetaan selän liikkuvuuden huonontumi-

nen, koska reumaattinen tulehdus heikentää selän liikkuvuutta. Normaalisti terve selkä kiertyy ja taipuu hyvin eri suuntiin. Aluksi liikerajoitukset ovat tilapäisiä, mutta ajan kuluessa pysyviä jos selän alueelle kehittyy nikamien yhteen luutumista sekä uudisluumuodostusta. Tulehdus risti-suoliluunivelessä voi ilmetä paineluarkuutena alaselässä. Lääkäri etsii kliinisessä tutkimuksessa myös mahdollisia jänne-luuliitosten ja nivelten tulehduksia. (Martio ym. 2007, 346; Vauhkonen ym. 2006, 531 - 532.) Selkärankareuma diagnoosia tehtäessä laboratoriotestit eivät ole valtavan hyödyllisiä, koska elimistössä olevaa tulehdusta kuvaavat laboratoriotestit lasko ja CRP voivat olla koholla, mutta arvot voivat olla normaalitkin. HLA-B27-positiivisuus taas viittaa selkärankareumaan usein vain jos tulehduksellista selkäkipua on esiintynyt alle 45-vuotiaalla. (Martio ym. 2007, 346.)

Selkärankareuma diagnoosi varmistetaan SI-nivelten röntgenkuvalla. Diagnoosi on lähes varma, jos röntgenkuvassa on selkeästi havaittavissa SI-nivelten tulehdus eli sakroiliitti. Magneettikuvauksella sakroiliitti muutokset voidaan todeta kuitenkin varhaisemmassa vaiheessa, vaikka ensin otettu röntgenkuva olisikin normaali, koska sakroiliitti muutokset selkärangassa kehittyvät varsin hitaasti röntgenkuvassa havaittaviksi. (Martio ym. 2007, 346.) SI-nivelten magneetti- (MRI) ja tietokonekuvauksella (CT) pystytään havaitsemaan jo varsin pienetkin sakroiliitti muutokset. Isotooppitutkimuksella voidaan todeta alkava sakroiliitti, mutta kyseiseen tutkimukseen liittyy paljon tulkinnallisia virhelähteitä. Isotooppitutkimus voi olla positiivinen esimerkiksi nivelrikossa. (Vauhkonen ym. 2006, 551; Hakala 2009, Terveysportti.)

Jos tulehdusmuutokset selkärankareumassa leviävät liikunta- ja tukielimistön ulkopuolelle, voi se aiheuttaa liitännäissairauksia, kuten esimerkiksi iriitin eli silmän värikalvontulehduksen. Silmän värikalvontulehdusta esiintyy noin kolmanneksella selkärankareumapotilaista jossain taudin vaiheessa. Tautiin voi liittyä myös nouseva aortantulehdus, jossa aortta voi arpeutua ja sen tyven läpimitta voi kasvaa, joka voi aiheuttaa läppävuodon sydämen aorttaläppään. Aortantulehdus ja sydämen johtumishäiriöt ovat kuitenkin harvinaisia. Selkärankareumapotilaalle voi kehittyä sekundaarinen amyloidoosi, joka tarkoittaa poikkeavaa valkuaista, jota kertyy elimistöön tulehduksen aiheuttamana jos reumaattinen tulehdus on jatkunut vuosikausia. Valkuaisen kertyminen voi häiritä sisäelinten, kuten esimerkiksi munuaisten toimintaa. Amyloidoosi on selkärankareumaa sairastavien merkittävä kuolinsyy. Myös osteoporoosin vaara on vanhassa selkärankareumassa. (Martio ym. 2007, 347; Vauhkonen ym. 2006, 550.)

2.2 Selkärankareumapotilaan hoito

Selkärankareuman hoidon päätavoitteena on turvata potilaan toimintakyky ja hyvä elämänlaatu säilyttämällä potilaan rintakehän, selkärangan ja raajanivelten liikkuvuus. Tärkeää on myös potilaan kipujen lievittäminen ja kipujen hallitseminen, ryhdin ylläpitäminen sekä virheasentojen syntymisen estäminen. Selkärangan jäykistyessä on tärkeää saada selkäranka

jäykistymään mahdollisimman hyvään asentoon. Potilasta tulee motivoida kuntoutumiseen. Kuntoutusprosessiin liittyvät antireumaattinen- ja tulehduskipulääkitys sekä fysioterapia- ja kuntoharjoittelukeinot. (Vauhkonen ym. 2006, 551 - 552; Kuurne & Murto 2010. Sairaanhoitajan käsikirja, Terveysportti; Viitanen & Lehtinen 2000;55(45): 4613 - 4617. Terveysportti.) Tulehdusellisen selkävun hoidossa käytetään usein tulehduskipulääkkeitä. Tulehduskipulääkkeiden nopea ja hyvä hoitovaste selkäreiden alkuvaiheessa on melkein pä diagnostinen viite selkärankareumaan. Tulehduskipulääkkeet hoitavat reumaattista tulehdusta ja lievittävät samalla tehokkaasti kipua. Tulehduskipulääkkeistä on hyötyä useimmille potilaille. (Martio ym. 2007, 347.)

Selkärankareumapotilaat käyttävät kivun lievitykseen myös kodeiinia ja parasetamolia sisältävää yhdistelmävalmistetta, dekstropropoksifeenia sekä tramadolia. Näillä kipulääkkeillä on hyvä kivunhoitoteho, mutta ne eivät hoida reumaattista tulehdusta. Edellä mainittua kipulääkkeitä käytetään tilapäisesti tulehduskipulääkkeiden kanssa jos tulehduskipulääkkeiden kivunhoitoteho on ajoittain riittämätön. (Martio ym. 2007, 347.)

Glukokortikoidi- eli kortisonihoitoa käytetään jänteiden kiinnittymiskohtien tulehdusten sekä niveltulehdusten hoidossa. Kortisoni-injektiot ovat tehokas ja turvallinen hoitomuoto paikallisten niveltulehdusten hoidossa. Suun kautta otettavat kortisonivalmisteet ovat joskus lisähoitona, mutta ne tehoavat usein melko huonosti selkäreisiin. Joissakin vaikeissa selkärankareuma tapauksissa käytetään niin sanottua pulssihoitoa, jossa kortisonia tiputetaan suuri annos kerralla tiputuksena laskimosuoneen. Jos kipulääkkeiden käytöstä sekä säännöllisesti liikunnasta huolimatta selkä on todella jäykkä ja kipeä tai raajanivelissä esiintyy tulehduksia, harkitaan tavallisesti pitkäaikaisen antireumaattisen peruslääkityksen aloittamista. (Martio ym. 2007, 347.)

Lievissä tautitapauksissa käytetään lääkehoitona tulehduskipulääkkeitä. Esimerkiksi sulfasalatsiini hillitsee hyvin taudin etenemistä selkärangassa ja se on ensisijainen antireumaattinen lääke. Tauti rauhoittuu keskimäärin joka toisella potilaalla sulfasalatsiinin käytön aikana. Hoito pitäisi alkaa ennen kuin nivelet ehtivät luutua. Selkärankareuman hoidossa käytetään muitakin reumatautien peruslääkehoitoon kuuluvia lääkkeitä, kuten metotreksaattia. Sen sijaan vaikeissa tautitapauksissa käytetään uusia biologisia reumalääkkeitä, jotka ovat osoittautuneet hyvinkin tehokkaiksi. Antireumaattisia lääkkeitä voidaan myös yhdistellä. Osalle potilaista joudutaan tekemään lonkkien ja polvien tekonivelleikkauksia jos sairaus on ehtinyt näitä niveliä tuhota. (Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010; Vauhkonen ym. 2006, 552; Hakala 2009, Terveysportti.)

Tärkeä osa selkärankareuman hoitoa on liikunta, koska tauti pyrkii jäykistämään selkärangaa etukumaraan. Päivittäin tapahtuvalla voimistelulla voidaan ylläpitää selkärangan liikkuvuutta

ja hyvää ryhtiä. Kerran päivässä selkä tulee ainakin ojentaa niin suoraksi kuin mahdollista. Rintakehän liikkuvuutta voi taas ylläpitää hengittämällä syvään. Potilaiden olisi hyvä osallistua kuntoutuskursseille, jossa he saavat ohjeita ja neuvoja huolehtimaan liikunta- ja tukieli-
mistön kunnosta. Etenkin nuorille selkärankareumapotilaille ammatillinen kuntoutus on tärkeää ja oleellista. Liikuntaharrastuksen tulisi olla pysyvää ja säännöllistä, koska selkärankareuma on pitkäaikainen sairaus. (Terveyskirjasto, Duodecim 2009; Suomen Reumaliitto ry - selkärankareuma 8/2010.)

2.3 Selkärankareumapotilaan hoidon seuranta ja ennuste

Reumatologi tekee yleensä selkärankareuma diagnoosin, jonka jälkeen potilas voi olla yleislääkärin hoidossa jos sairaus on tasapainossa perinteisellä reumalääkityksellä tai tulehduskipulääkityksellä. Jos potilaalla on käytössä jatkuva reumalääkitys, kuten metotreksaatti tai sulfasalatsiini, seurataan mahdollisia lääkesivuvaikutuksia laboratoriotekoinen noin kolmen kuukauden välein. Laboratoriotekoinen seurataan sairauden tulehduksellista tilaa. (Martio ym. 2007, 349.)

Vaikeita selkärankareuman muotoja sairastavat potilaat käyvät usein säännöllisesti reumatologin vastaanotolla. Biologinen reumalääkitys on esimerkiksi yksi peruste, minkä johdosta potilas käy säännöllisesti reumatologin vastaanotoilla. Reumatologi arvioi kliinisen tutkimuksen perusteella taudin aktiivisuutta. Nivelviä voidaan tarvittaessa tutkia ultraäänellä. Taudin pitkäaikaisseurannassa käytetään röntgenkuvausta. Potilaat täyttävät erilaisia kyselylomakkeita, jotka auttavat hoitavaa lääkäriä arvioimaan sairauden haittaa potilaan arkielämän tilanteissa. Kyselylomakkeita ovat esimerkiksi BASFI, joka mittaa toiminnallisia haittoja ja BASDAI, joka mittaa oireiden määrää ja taudin aktiivisuutta. Lomakkeissa käytössä VAS -jana, jolla potilas kuvaa oireensa voimakkuutta. (Martio ym. 2007, 349.)

Selkärankareuma on vuosia kestävä sairaus ja lähes kaikilla selkärankareumapotilailla esiintyy selkäkipuja. Selkä jäykistyy tavallisesti jonkin verran vuosien kuluessa. Tulehdukset ja oireet voivat pysyä pitkiäkin aikoja poissa, mikä on taudille luonteenomaista. Kuitenkin taudissa voi ilmaantua erilaisia pahenemisvaiheita esimerkiksi infektioiden laukaisemina tai jopa ilman havaittavaa syytä. (Martio ym. 2007, 349.) Tauti on nopeasti etenevä ja pahanlaatuinen pienellä osalla sairastuneista. Pahanlaatuiseen tautimuotoon liittyy huomattava ennenaikaisen kuoleman riski. Kuolleisuus on tällöin 1,5-kertainen vastaavanikäiseen väestöön verrattuna. Toiminta- ja työkyvyn ennuste on selkärankareumassa usein miten hyvä. Suurin osa sairastuneista pystyy kokopäivätyöhön kolmenkymmenen vuoden tautiin sairastumisen jälkeen. Näyttää siltä, että sairauden ennuste on viime vuosikymmeninä parantunut. Vaikeaan kyfoosiin jäykistyneitä potilaita ei nykypäivänä juurikaan näe. Rangan luutumisen on muutenkin vähäisenpää nykypäivänä, eikä ole varmaa johtuuko se sairauden luonteen muuttumisesta vai

varhaisdiagnoosin parantumisesta ja sen kautta aikaisessa vaiheessa aloitetusta hyvästä hoidosta. (Isomäki ym. 1994, 227 - 228.)

3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on keskiössä potilaan hoitoprosessissa. Potilasohjauksen toteuttaminen edellyttää sairaanhoitajalta hyväksi havaitun ja tutkitun tiedon käyttöä. Potilasohjauksessa korostuvat sairaanhoitajien luovuus ja heidän persoonalliset taidot ja tiedot ohjata potilasta. Potilasohjauksesta voi helposti tulla kiireen keskellä välttämätön rutiini. Sairaanhoitajien tulee aina muistaa, että potilaalle hoitoprosessi on ainutkertainen ja muistiin jäävä kokemus, ja tilanteet eivät koskaan toistu samankaltaisina. (Ohtonen 2006.)

Annetulla potilasohjauksella on vaikutusta potilastyytyväisyyteen sekä hoidon laatuun. Hoitoaikojen lyhentymiset lisäävät tarvetta potilasohjauksen kehittämiseen. Hyvällä ja laadukkaalla potilasohjauksella edistetään toipumista, paranemista sekä vältytään muun muassa paranemista pitkittäviltä tulehduksilta. Riittävä ja laadukas potilasohjaus parantaa potilaan hoitoon sitoutumista sekä sairauteen sopeutumista. Sairaanhoitajan tulee myös aina varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Kaikki ohjattavat potilaat eivät omaksu asioita yhtä nopeasti kuin toiset. Itse sairastuminen voi aiheuttaa potilaalle epätasapainotilan, jolloin ohjauksen ymmärtäminen voi olla vaikeaa. Sairaanhoitajan tulee esitellä erilaisen järjestöjen tarjoamia tukipalveluita vakavissa sairaustapauksissa. (Ohtonen 2006.)

Ohjauksessa on tärkeää potilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus, koska usein silloin potilas uskaltautuu kertomaan luottamuksellisesti epäselvät ja mieltä askarruttavat asiat. Ohjauksen tapahtuessa hyvässä vuorovaikutuksessa, laskee se sairauksien mukana tuomaa ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta. Laajasta perspektiivistä katsoen laadukkaalla potilasohjauksella on kansanterveydellistä sekä kansantaloudellista merkitystä. Potilasohjauksen merkitys ja tarkoitus on ymmärrettävä. Potilasohjausta tulee arvioida ja kehittää jatkuvasti sekä uusien potilasohjaamismuotojen kehittyminen on myös tärkeää. Hoitotyön kehittämiseksi on tärkeää saada potilailta asiakaspalautetta annetuista potilasohjauksista. (Ohtonen 2006.)

Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään ja käyttämään omia voimavaroja. Ohjauksen tulee edistää potilaan kotona selviytymistä sairauden kanssa sekä tyytyväisyyttä hoitoon. Laadukkaan ohjauksen tavoitteena vähentää asiakkaan yhteydenottoja hoitojakson jälkeen. Potilasta kannustetaan hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ottamalla vastuuta omasta terveydestään. Sairaanhoitajan tulee muistaa ottaa huomioon ohjauksessa myös potilaan perhe ja omaiset. Ohjausta voidaan kutsua myös näillä käsitteillä kuin terveysneuvonta, neuvonta, tiedon antaminen ja opetus. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5 - 6.)

Asiakkaan ja sairaanhoitajan välinen hoitosuhde on aina tasa-arvoinen. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon molempien osapuolien taustatekijät, jotka voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai ympäristötekijöitä. Sairaanhoitajan ja asiakkaan tulee olla aktiivisia ja tavoitteellisia, jotta ohjaus onnistuu. Sairaanhoitajan ammatillisen vastuun tulee edistää asiakkaan tekemiä valintoja. On tärkeää muistaa, että asiakkaan tulee saada esittää myös ristiriitaisia mielipiteitä ja pohdintoja ja tehdä itsenäisiä valintoja, vaikka sairaanhoitaja olisikin niistä eri mieltä. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 41.)

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan pitää ohjauksen perusteena. Ohjausta voidaan toteuttaa menetelmällisesti, sisällöllisesti ja tavoitteellisesti, joka mahdollistaa sen, että ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella useista eri näkökulmista esimerkiksi yksilön tai yhteiskunnan näkökulmasta. Subjektiiiset kokemukset ohjauksen vastaanotetusta tiedosta ja tuesta ovat keskiössä yksilön näkökulmasta katsottuna, kun taas kansanterveydelliset, yhteiskunnalliset ja kansantaloudelliset hyödyt ovat mielenkiintoisia yhteisön näkökulmasta. On havainnointu, että laadukas potilasohjaus edistää potilaan terveyttä. Hyvällä ja laadukkaalla potilasohjauksella voidaan positiivisesti ja myönteisesti vaikuttaa esimerkiksi potilaan itsehoitoon sekä itsenäiseen ja omatoimiseen päätöksentekoon ja potilaan toimintakykyyn. Potilaan mieliala kohenee yksinäisyyden ja masentuneisuuden tunteen pienentyessä. Potilaan kyky toteuttaa omaan sairauteensa liittyvää hoitoa kehittyy ja paranee sekä samalla hoitoon sitoutuminen lisääntyy, kun potilaan tietomäärä sekä ymmärrys kasvavat. (Kyngäs ym. 2007, 145 - 147.)

Tarkasteltaessa potilasohjausta prosessina voidaan siitä erottaa kolme eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe on ohjattavan ja ohjaajan taustatekijöiden tunnistaminen ja selvittäminen, mikä sisältää muun muassa ohjattavan ohjaustarpeen arvioinnin ja tavoitteiden asettamisen. Toinen vaihe on ohjaussuhteen rakentaminen ohjattavan ja ohjaajan välille. Kolmas vaihe ohjausprosessissa on ohjauksen arviointi. Ohjattavan ja ohjaajan välinen ohjaussuhde on kulmakivi ohjausprosessissa. Ohjaussuhteen muodostuminen alkaa heti, kun ohjaaja ja ohjattava tapaavat ensimmäisen kerran toisensa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 81.)

3.1 Tutkimuksia potilasohjauksesta

Mäkeläinen (2009) on tutkinut tutkimuksessaan Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy nivelreumaa sairastavan potilaan ohjausta ja potilaan hallinnan tunnetta. Nivelreumapotilaan ohjauksen indikaationa on riittävä tiedon anto potilaalle kyseisestä sairaudesta ja sen hoidosta. Tarkoituksena on myös vahvistaa nivelreumaan sairastuneen hallinnan tunnetta, mikä edesauttaa potilasta tulemaan toimeen oman sairautensa kanssa.

Mäkeläisen (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mistä asioista reumasairaanhoitajat antavat nivelreumapotilaille ohjausta. Tarkoituksena oli myös selvittää mitä ohjausmenetelmiä reumasairaanhoitajat käyttävät potilastyössä. Mäkeläisen tavoitteena oli myös kartoittaa, miten paljon tietoa potilailla on nivelreumasta, sen hoidosta ja hoitokäytännöistä sekä selvittää millainen on heidän hallinnan tunteensa. Yhtenä Mäkeläisen tutkimuksen (2009) tarkoituksena oli myös kuvata, minkälainen hallinnan tunne nivelreumapotilailla on ja miten hallinnan tunne korreloi nivelreumapotilaan fyysisen toimintakyvyn ja tiedon kanssa. Kyseisessä tutkimuksessa tarkasteltiin myös nivelreumapotilaiden tyytyväisyyttä reumasairaanhoitajilta saamaansa ohjaukseen.

Mäkeläisen tutkimukseen (2009) osallistui 80 reumahoitajaa 52 eri sairaalasta tai terveyskeskuksesta ja 252 nivelreumapotilasta 34 eri sairaaloista ja terveyskeskuksista eri puolilta Suomea. Nivelreumapotilailta aineisto kerättiin kyselylomakkeilla kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua ensimmäisestä aineiston keruusta (n=223). Potilaista 173 kuvasi ja/tai arvioi saamaansa ohjauksen sisältöä.

Tutkimustuloksissa (2009) Mäkeläiselle selvisi, että reumahoitajat antoivat ensisijaisesti ohjausta lääkehoidosta nivelreumapotilaille potilaan itsehoidon jäädessä vähemmälle. Mäkeläisen tutkimuksessa (2009) reumasairaanhoitajista vain 45 % mainitsi keskustelleensa nivelreumapotilaiden kanssa itsehoidosta. Reumasairaanhoitajien antamassa itsehoidon ohjauksessa tarkoituksena on opettaa nivelreumapotilaille erilaisia selviytymiskeinoja esimerkiksi miten selviytyä ja elää sairautensa. Reumasairaanhoitajat ohjasivat myös miten selvitä sairaudesta aiheutuvien oireiden kanssa kotona. Reumahoitajien antama itsehoidon ohjaus sisälsi informaatiota toimintakyvyn ylläpitämisestä, kipujen vähentämisestä käyttämällä vaihtoehtoisia kivunhoitoja kivunlievitysmenetelmiä kipulääkkeiden lisäksi sekä oman voinnin tarkkailusta. Potilasohjaus oli enimmäkseen yksilöohjausta eli ohjaus tapahtui kahdenkeskisesti. Ryhmäohjausta reumasairaanhoitajat tarjosivat vähemmän nivelreumapotilaille.

Potilaiden tieto nivelreumasta ja sen hoidosta vaihteli hyvästä tiedosta vähäiseen tietoon. Myös potilaiden hallinnan tunne vaihteli vahvasta hallinnan tunteesta heikkoon hallinnan tunteeseen. Jos potilaat joutuivat käyttämään ei-lääkkeellisiä menetelmiä nivelkipuunsa, kokivat he kivun hallinnan tunteensa heikommaksi. Potilaiden hyvä tietämys nivelreumasta ei korreloinut vahvan hallinnan tunteen kanssa. Nivelreumapotilaiden heikko hallinnan tunne taas korreloi heikon toimintakyvyn kanssa. Puolen vuoden aikana potilaiden tieto heikkeni, kun taas heidän hallinnan tunteensa puolestaan vahvistui. Puolet vastanneista nivelreumapotilaisista oli tyytyväisiä reumasairaanhoitajalta saamaansa ohjaukseen. Kuitenkin joka neljäs potilas ei ollut tyytyväinen saamaansa reumasairaanhoitajan ohjaukseen. Suurin syy tyytymättömyyteen oli reumahoitajalta saadun emotionaalisen tuen puute.

Mäkeläisen (2009) tutkimuksen mukaan nivelreumapotilaan hallinnan tunteen kohottamiseksi sekä vahvistamiseksi potilasohjauksen sisältöön tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota muun muassa suunnittelemalla potilasohjauksen sisältö yksilöllä lähtöisesti eli ottamalla huomioon jokaisen potilaan tarpeet yksilöllisesti. Lisäksi reumasairaanhoitajien tulisi ottaa käyttöön muitakin ohjausmenetelmiä kuin yksilöohjaus. Esimerkiksi ryhmäohjauksen on todettu vaikuttavan positiivisesti potilaiden hallinnan tunteen vahvistumiseen. Nivelreumapotilaiden alkuvaiheen potilasohjaukseen sekä sairastumisen aiheuttamien tunteiden käsittelyyn tulisi keskittyä nykyistä enemmän ja tehokkaammin. Tämä vahvistaisi potilaiden itseluottamusta omiin kykyihin ja taitoihin selviytyä sairautensa kanssa tavallisessa arjessa.

Mäkeläinen (2009) toteaa tutkimuksensa antavan uutta tietoa nykyisestä nivelreumaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöstä. Tutkimustulosten mukaan reumasairaanhoitajien tulisi suunnitella käytettävät ohjausmenetelmät ja potilasohjauksen sisällöt yhdessä potilaan kanssa. Potilaiden yksilöllinen tuen ja tiedon tarve on otettava potilasohjauksessa paremmin huomioon. Lääkeohjauksen lisäksi reumasairaanhoitajien tulisi opettaa potilaille itsehoitomenetelmiä, jotka auttavat ja tukevat potilasta selviytymään sairautensa ja sen oireiden kanssa. Reumasairaanhoitajien tulee myös erityisesti keskittyä tukemaan heikon hallinnan tunteen omaavia nivelreumapotilaita. Reumasairaanhoitajien on varattava aikaa varsinkin vastasairastuneen potilaan ohjaukseen.

Muhonen (2006) on kuvannut Pro gradu -tutkielmassaan Nivelreumapotilaiden arvioita sairanhoidajan toteuttamasta lääkehoidon ohjauksesta, nivelreumapotilaan lääkehoitoon liittyviä arvioita sairanhoidajan toteuttamasta lääkehoidon ohjauksesta ja siihen liittyvistä odo- tuksista. Muhosen (2006) tutkimuksen tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää nivelreumapotilaiden lääkehoidon ohjausta. Tutkimusaineisto kerättiin erään sairaalan reumatologisella osastolla haastattelemalla teemahaastattelussa kahtatoista seropositiivista nivelreumaa sairastavaa potilasta, joilla kaikilla oli käytössä antireumaatteja tai biologisia lääkkeitä.

Muhosen tutkielmaan (2006) osallistuneiden nivelreumapotilaiden mukaan keskeinen tarve sairanhoidajien toteuttamassa lääkehoidon ohjauksessa oli potilaan ohjaaminen itsenäiseen ja turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen, mihin sairanhoidajan antoivat hyvän pohjan toteuttamallaan potilasohjauksella. Sairanhoidajat käyttivät ohjauksen toteuttamisessa erilaisia ohjausmenetelmiä. Tärkeimmäksi ohjausmenetelmäksi potilaat kokivat kahdenkeskisen ohjauskeskustelun, jonka ansiosta annetun ohjauksen ymmärrettävyys parantui. Oikea- aikaisuuden merkitystä lääkehoidossa korostettiin. Esimerkiksi, jos potilaalla oli akuutteja kipuja, ei kipujen akuutissa vaiheessa annettu potilasohjausta. Sairanhoidajat olivat ammatillisia vuorovaikutustilannetta arvioitaessa. Sairanhoidajien aikaresurssin vähyyden johdosta ohjaustilanteet saattoivat jäädä joko lyhyeksi tai puuttua jopa kokonaan.

Muhosen tutkielman (2006) mukaan sairaanhoitajien lääkehoidon ohjauksella potilaat sitoutuivat lääkehoidon itsenäiseen toteuttamiseen. Nivelreumapotilaat kokivat sairaanhoitajan antaman lääkehoidon ohjauksen tärkeäksi ja heidän itsehoitoaan tukevaksi tapahtumaksi. Sairaanhoitajien toteuttama lääkehoidon ohjaus koettiin tärkeäksi voimavaraksi potilaiden selviytymiseen kotona. Kirjallisista lääkehoidonohjeista potilaat saivat ongelmatilanteisiinsa apua. Nivelreumapotilaat kuvasivat kehitysehdotuksia kaikilla tutkielman osa-alueilla. Potilaat toivoivat nivelreumaa sairastavien potilaiden lääketietämystä lisättävän ja lääkeohjauksen toteutuvan. Ohjauksen sisältöä tulisi monipuolistaa ja selkiyttää. Potilaiden mielestä sairaanhoitajien tulisi rohkeammin käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä. Ohjauksen ymmärrettävyyttä pitäisi tarkentaa ja selventää sekä vuorovaikutuksellisuutta ja oikea-aikaisuutta tulisi kehittää kehitysehdotuksien mukaisesti.

Kantola pro gradu -tutkielmassa (2007) Nivelreumapotilaan ohjaus tarkoituksena on ollut kuvailla nivelreumapotilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta eräässä nivelreumapotilaiden hoitoon erikoistuneessa sairaalassa. Kantolan tutkielman (2007) tavoitteena on ollut tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa käyttää nivelreumapotilaiden ohjauksen kehittämisessä. Tutkielmassa kartoitettiin potilasohjauksen riittävyttä ja toteutumista sekä tarkasteltiin taustamuuttujien kuten sukupuolen, iän, ja sairauden keston yhteyttä ohjauksen riittävyteen ja toteutukseen sairaalassa.

Kantolan (2007) tutkielma osoitti nivelreumapotilaiden saavan ohjausta kyseisessä sairaalassa eniten moniammatilliselta työryhmältä. Moniammatilliseen työryhmään kuului lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitajia, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä ravitsemusterapeutti. Ainoastaan muutama tutkielmaan vastanneista oli saanut ohjausta ainoastaan yksittäiseltä ammattiryhmältä. Perinteisesti potilasohjaus on ollut asiantuntijalähtöistä. Kantolan (2007) tutkielmassa arvioitiin ohjauksen toteutumista ohjauksen vuorovaikutuksen, suunnittelun ja ohjauksen puitteiden avulla. Vastaajien mukaan ohjauksen suunnittelu sairaalassa toteutui hyvin. Tutkielmassa nivelreumapotilaiden tarpeet otettiin ohjauksen lähtökohdaksi.

Kantolan tutkielman (2007) mukaan nivelreumapotilaat kokivat ohjaustilanteen vuorovaikutuksen erittäin hyväksi, ohjauskielen ymmärrettäväksi sekä vuorovaikutussuhteen potilaan ja hoitajan välillä tasavertaiseksi. Tutkielman mukaan noin puolet nivelreumapotilaista koki heikoksi ohjauksen puitteet sairaalassa. Esimerkiksi ohjaustilat eivät olleet sairaalassa asianmukaiset. Ohjausta annettiin sairaalassa potilashuoneissa, jossa kaikki muutkin samassa huoneessa olevat potilaat kuuluivat ohjauskeskusteluun. Potilaiden oli vaikeaa tuoda henkilökohtaisia asioita esille sellaisessa ohjausympäristössä. Tutkielma osoitti, että sairaalan henkilökunnalla tulisi olla enemmän aikaa käytettäväksi potilasohjaukseen.

Kantolan pro gradu -tutkielman (2007) tutkimustulosten mukaan nivelreumapotilaat saivat tarpeeksi informaatiota sairaudestaan ja sairautensa hoidosta sekä aiheeseen liittyvistä tutkimuksista. Informaatio esimerkiksi ruokavaliosta, sairauden ja sen hoidon aiheuttamista rajoituksista, selviytymisestä sairauden kanssa sekä jatkohoidosta jäivät vähemmälle. Tutkielman mukaan vain puolet tutkimukseen osallistuneista nivelreumapotilaista arvioivat saaneensa ohjausta kotona selviytymisessä sairautensa kanssa. Kantolan (2007) tutkielman mukaan sairaalan hoitohenkilökunnan taidolliset, tiedolliset sekä asenteelliset valmiudet olivat hyvät.

Tutkielmassa Nivelreumapotilaan ohjaus (2007) mukaan sairaalan hoitajat hallitsivat parhaiten verbaalisen- ja yksilöohjauksen eri ohjausmenetelmistä sairaalassa. Tutkielma osoitti potilaiden arvostavan kahdenkeskistä ohjaustilannetta sekä ajan tasalla olevia kirjallisia ohjeita verbaalisen ohjauksen tukena. Nivelreumapotilaat kokivat ohjausmateriaalin olleen ajan tasalla. Ohjausmateriaali oli kieleltään ymmärrettävää sekä ulkoasultaan selkeää. Videoiden käyttämisestä ohjausmenetelmänä ei juurikaan sairaalassa käytetty. Nivelreumapotilaat toivat esille myös, että ryhmäohjausta voisi lisätä. Noin kolmasosa nivelreumapotilaista ei saanut sairaalassa ohjausta apuvälineiden käytössä, tosin yksi syy lienee tähän, että potilas ei välttämättä tuolloin tarvinnut vielä mitään apuvälineitä. Kokonaisuudessa nivelreumapotilaat olivat saamaansa ohjaukseen sairaalassa tyytyväisiä.

Tähtinen on kuvannut pro gradu -tutkielmassaan (2007) Hoitohenkilöstön potilasvalmiudet, Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstön taidollisia, tiedollisia sekä asenteellisia ohjausvalmiuksia, erilaisten ohjausmenetelmien hallintaa, ohjaustapahtumaa, potilasohjauksen ajankohtaa ja potilasohjauksen puitteita sekä kehittämistä hoitohenkilöstön näkökulmasta katsottuna. Tähtinen on tutkielmassaan (2007) käyttänyt vastanneista sairaanhoitajista sekä perus- ja lähihoitajista käsitettä hoitohenkilöstö yhtenäisyyden vuoksi. Tähtisen tutkielman (2007) lähestymistapa on kvantitatiivinen ja tutkimuksen aineisto (N=212) on kerätty kyselylomakkeella Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstöltä. Kyselyn vastausprosentti oli 73 % eli tutkimukseen vastasi yhteensä 154 Oulun yliopistollisessa sairaalassa työskentelevää hoitajaa. 96 % vastaajilla oli tehtävänimikkeenä sairaanhoitaja.

Tähtisen pro gradu -tutkielman (2007) tulosten perusteella hoitohenkilöstö arvioi tiedollisten ohjausvalmiuksien olevan hyvät sairaudesta sekä sairauden hoidosta, mutta tyydyttäväksi potilaan jatkohoidosta. Hoitohenkilöstön tiedot olivat heikot varsinkin sosiaalietuisuuksista. Potilaiden jatkohoidon ohjaus on sisältöalue, josta potilaat selkeästi toivoisivat enemmän informaatiota. Hoitohenkilöstö arvioi taidollisista ohjausvalmiuksista hyväksi ohjaustaidot, itsehoitohoidon ohjaustaito sekä vuorovaikutustaidot, kun taas tyydyttäväksi ohjaustilanteen arvioinnin. Hoitohenkilöstö arvioi asenteellisten ohjausvalmiuksien olevan hyvät. Hoitohenkilöstö on sitoutunut ja motivoitunut potilasohjaukseen sekä pitää potilasohjausta tärkeänä osana työtään. Hoitohenkilöstön asennoituminen potilasohjaukseen on positiivinen. Kuitenkin Tähtisen

tutkielman (2007) perusteella asenteellisten ohjausvalmiuksien osalta noin puolet vastaajista kokee ohjauksen vähentävän aikaa muiden potilaiden hoidosta.

Tähtisen tutkielman (2007) mukaan työkokemuksella ja sen kestolla arvioitiin olevan merkitystä ja yhteyttä taidollisiin sekä tiedollisiin ohjausvalmiuksiin. Pitemmän työkokemuksen omaavat vastaajat arvioivat taidolliset ja tiedolliset ohjausvalmiutensa paremmiksi kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat vastaajat. Vuorovaikutukselliset menetelmät arvioitiin ohjausmenetelmien hallinnassa hyväksi, mutta teknisten apuvälineiden hallinta arvioitiin ohjausmenetelmänä heikoksi. Puolet tutkimukseen vastanneista hoitajista ei käytä minkäänlaisia teknisiä apuvälineitä ohjauksessa. Kaikkein heikoimmaksi vastaajat arvioivat video- ja äänikasettien käytön. Potilasohjaustapahtuman toteutuminen arvioitiin hyväksi. Tutkielmaan vastanneet arvioivat potilaslähtöisen ohjauksen ja ohjaustilanteen toteutumisen sekä potilaan tunteiden huomioimisen ohjaustilanteessa hyväksi. Hoitohenkilöstö arvioi myös ottavansa hyvin huomioon omaiset ohjaustilanteessa. Tähtisen tutkielman (2007) perusteella hoitohenkilöstön taidollisia ja tiedollisia potilasohjausvalmiuksia voidaan pitää kohtalaisen hyvinä.

Tähtisen tutkimuksessa (2007) tuli ilmi, että hoitohenkilökunnan mielestä potilasohjaukseen oli käytettävissä liian vähän aikaa, tiloja, henkilöstöä ja välineistöä. Hoitohenkilöstö toivoi potilasohjauksen kehittämiseksi lisää henkilö- ja aikaresursseja, ohjausmenetelmien- ja materiaalin kehittämistä sekä potilasohjaukseen paremmin soveltuvia tiloja ja lisäkoulutusta. Tähtisen tutkimuksen (2007) mukaan hoitohenkilöstön työyksiköissä on tutkimustietoa käytettävissä potilasohjauksen perustaksi, mutta heillä ei ole mahdollisuutta kehittää potilasohjausta työyksikössään.

3.2 Yhteenveto potilasohjaustutkimuksista

Yllä mainittujen (kappaleessa 3.1) tutkimusten perusteella voidaan todeta, että valtaosa nivelreumapotilaista on tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Mäkeläisen (2009) tutkimuksen mukaan nivelreumapotilaat kokivat tyytymättömyyttä reumahoitajien emotionaalisen tuen puutteeseen sekä toivoivat potilasohjauksen olevan enemmän yksilölähtoisempää. Ensisijaisesti ohjausta annettiin potilaille lääkehoidosta itsehoidon ohjauksen jäädessä selkeästi vähemmälle. Tähtisen (2007) tutkimuksessa kuitenkin hoitohenkilökunta, käsittäen suurimmaksi osaksi (96 %) sairaanhoitajia, arvioivat taidolliset ohjausvalmiudet muun muassa itsehoidon ohjauksen ja vuorovaikutustaitojen osalta hyväksi.

Tutkimuksista tuli selkeästi esille, että sairaanhoitajat eivät käyttäneet monipuolisesti hyväksi erilaisia ohjausmenetelmiä. Tähtisen (2007) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta arvioi teknisten apuvälineiden käytön hallinnan heikoksi. Yksilöohjaus nousi tutkimusten perusteella suosituimmaksi ohjausmenetelmäksi, josta myös potilaat kokivat hyötyneensä eniten esimer-

kiksi lääkehoidon ohjauksessa. Potilaat toivat kuitenkin kehitysehdotuksissa voimakkaasti esille toiveen muistakin ohjausmenetelmien käytöstä, kuten ryhmäohjauksesta, joka lisäisi potilaiden itseluottamusta muun muassa itsehoidon toteutumisessa kotona.

Tutkimuksissa tuli ilmi ohjaustilanteiden ja ohjauksen jäävän liian lyhyiksi aikaresurssien vuoksi, pahimmassa tapauksessa ohjaustilanteet puuttuivat kokonaan. Potilaat kokivat huonoiksi potilasohjauksen puitteet esimerkiksi ohjaustilat sairaalassa. Tähtisen (2007) tutkimuksessa hoitohenkilökunta toi esille saman asian; liian vähän aikaa potilasohjaukselle, tiloja, henkilöstöä sekä välineistöä. Hoitohenkilöstö toivoi myös lisäkoulutusta.

4 Ohjauksen prosessikuvaus

4.1 Prosessi ja prosessiajattelu

Prosessi sanaa voidaan käyttää monissa eri merkityksissä. Sana prosessi voidaan ymmärtää minä tahansa kehityksenä, muutoksena tai toimintana. Laamasen (2007) mukaan prosessin käsite koostuu resurssista, toiminnasta ja tuotoksesta, joihin liittyy suorituskyky. Tärkeä osa myös prosessin ideaa on palautteen merkitys. Prosessin ideassa ajatellaan, että on olemassa jotakin toistuvaa ja pysyvää, jota voidaan kehittää ja mallintaa ja josta voidaan sopia. Vertahtaessa palveluprosessia, kuten terveyspalvelua teollisuusprosessiin voidaan havaita palveluprosessin olevan altis jatkuville muutoksille. Palveluprosessin tapahtumien kulkuun voi ennalta-arvaamattomasti vaikuttaa asiakkaiden käyttäytyminen, mikä luo omat haasteet palveluprosessin suunnittelulle, etenemiselle ja lopputulokselle. Teollisuusprosessit taas voidaan helposti kuvata selkeinä peräkkäisten vaiheiden ketjuna. (Laamanen 2007, 19 - 21.)

Käsitteenä prosessi pitää sisällään aina jonkinlaisen oletuksen toistosta ja jatkuvuudesta. Prosessi voi olla olemassa ilman, että kenelläkään on sen toiminnasta totuudenmukaista käsitystä. Prosesseja rakennetaan, jotta samoja asioita voitaisiin hoitaa samalla tavalla jokaisella kerralla. Prosessien johtamisen lähtökohtana prosessit tulee määritellä, mallintaa ja kuvata esimerkiksi rakentamalla ja luomalla prosessikarttoja. Prosessilla tarkoitetaan tuotantoorganisaation toteuttamaa ja suunnittelemaa toimenpiteiden sarjaa sekä toimenpiteitä yhdistäviä ohjauksen menettelytapoja ja informaatiovirtoja. Prosessin tarkoituksena on kuvata suunnitelmia, aikomuksia, protokollia, resurssien ryhmittelyä ja käytön kriteereitä. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004, 92 - 123.)

Prosessi koostuu asioista tai tapahtumista, joita yhdistää jonkinasteinen etenemisen logiikka. Prosessit voivat olla rinnakkaisia, jolloin asia etenee kahta tai useampaa reittiä samaa aikaa tai sekventiaalisia, jolloin yksi asia tehdään kerrallaan. Systeemitasoja ei pitäisi sekoittaa prosessien tarkastelussa. Prosessit ovat käytännössä eriasteisten osaprosessien summia. Poti-

laan hoitoprosessi on sairaalaolosuhteissa ydinprosessi ja tukiprosesseja ovat esimerkiksi ruoka- ja kiinteistöhuolto. Prosessien ryhmittelyyn ja määrittelyyn liittyy monia arvostuksia ja näkökulmia sekä vallankäyttöä. Prosessikeskeisyyttä voidaan pitää myös asiakaskeksyytenä. (Lillrank ym. 2004, 92 - 94.)

Laamanen (2007) on kuvannut neljä eri päävaihetta prosessin mukaisen toiminnan kehittämässä. Ensimmäisessä päävaiheessa avainprosessien tunnistaminen rakentaa perustan organisaation kehittymiselle nopeaksi, asiakassuuntautuneeksi ja joustavaksi. Toisessa päävaiheessa kuvataan 2-4 prosessia ja organisoidaan kehitystyö, minkä jälkeen kuvauksista on tarkoitus siirtyä käytännön toimintaan. Muun muassa prosessikuvausten analysointi, mittaaminen, viestintä, verkostojen ja tiimien perustaminen, osaaminen sekä auditointi, työkalujen ja suorituskyvyn analysointi muodostavat prosessien mukaisen toiminnan organisoimnin. Neljänteen päävaiheeseen liittyy prosessien jatkuva parantaminen kehittämällä prosessia, prosessin strateginen suunnittelu ja muutosten aikaansaaminen. (Laamanen 2007, 50.)

Laamanen (2007) tarkoittaa prosessien tunnistamisella prosessien alkamisen ja lopettamisen määrittämistä. Laamasen (2007) mielestä prosessien tulee alkaa ja päättyä aina asiakkaaseen, mikä parantaa asiakassuuntautumista. Rajausperiaatteella, prosessi alkaa suunnittelusta päättyen arviointiin, millä on tarkoitus pyrkiä edistämään jatkuvan kehittämisen periaatetta. Laamanen (2007) ehdottaa prosessien luokitteluksi puhuttavan ydin- ja tukiprosesseista. Ydinprosesseilla Laamanen (2007) tarkoittaa prosesseja, joissa syntyy jalostusarvo organisaatiolle ja prosesseja, joilla on ominaista välitön ja suora yhteys asiakkaaseen. Tukiprosessien tarkoituksena on luoda edellytyksiä tehokkaalle organisaation toiminnalle. (Laamanen 2007, 52 - 58.)

Prosessiajattelulla tarkoitetaan toiminnan suunnittelua prosessien lähtökohtiin tukeutuen sekä organisaatioiden sisäistä toimintaketjujen tunnistamista. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä prosessiajattelu on perinteisesti ollut vierasta ja järjestelmä on rakentunut funktionaalisen organisoimnin varaan. Sairaalan sisällä hoitajat ja lääkärit ovat sijoittuneet omiin yksikköihinsä. Potilasvastuu jakautuu hoitotieteellisen vastuun osalta hoitajille ja lääketieteellisen vastuun osalta lääkäreille. Osa toimenpiteistä, jotka liittyvät hoitoon on eriytetty omiin yksikköihinsä esimerkiksi röntgeniin ja laboratorioon. Potilaan ensihoito ja jatko-hoito ovat ikään kuin irrallisia funktioita. Potilaan hoidon kokonaisvastuuta ei ole osoitettu millekään taholle. Terveydenhuoltoon on rakennettu prosessiajattelun toimintamalleja muun muassa, kun käyttöön on otettu hoitotiimi-käsite. Hoitotiimi koostuu moniammatillisesta työryhmästä, joka vastaa potilaan koko hoitoprosessista. Hoitotiimien tavoitteena on keskittyä toiminnan ydinprosesseihin ja varmistaa sekä taata potilaan hoidon joustavuus. (Mattila 2006, 7 - 9.)

Hoitoprosessi on toinen erittäin keskeinen prosessiajattelun käsite terveydenhuollossa. Hoitoprosessi merkitykseltään tarkoittaa asiakkaan ongelmakokonaisuuteen liittyvien hoitotapahtumista muodostuvaa suunniteltua toimintasarjaa. Hoitoketjun muodostavat terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä suunnitelmallinen hoitoprosessien lauma. (Mattila 2006, 9.) Hoitoprosessi on toimintasarja, joka muodostuu organisaatiokohtaisen tietyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvista suunnitelluista hoitotapahtumista. Hoitoprosessit muodostuvat erilaisista tapahtumista, kuten poliklinikkakäynneistä, kuvantamisesta ja leikkauksista. (Lillrank ym. 2004, 123 - 124.)

4.2 Prosessikuvaus

Prosessikuvausta voidaan käyttää prosessiorganisaation toiminnan mallintamisvälineenä tai prosessiajattelun työkaluna. Prosessikuvaus on jonkin prosessin esitys, jossa käydään läpi vaiheiden toimenpiteet, syötteen, tulokset ja toimijat. Prosessikuvaus voi sisältää myös elementtejä, kuten esimerkiksi tietoa informaation kulusta, vaiheiden kestoajoja sekä tietoa tulosten vaikutuksista. Kuvaus esitetään tavallisesti vuokaavion tai matriisin muodossa. Prosessikuvausta voidaan käyttää muun muassa seuraaviin tarkoituksiin, kuten arviointiin, organisaatiokehitykseen, kompetenssien tarkasteluun, kommunikointiin, työn osa-alueiden määrittämiseen sekä syy-seuraussuhteiden selvittämiseen. Prosessikuvaus määrittyy kohdetasonsa perusteella. Tarkastelu voi käsittää vain yksittäisen tiimin ja olla tarkkuudeltaan erittäin suurpiirteinen tai yksityiskohtainen tai kokonaisen organisaation. Kuvauksen ollessa liian tarkka, voi hahmotettavuus vaikeutua, joten tulee olla tarkka mitä prosessikuvaukseen sisällytetään. (Mattila 2006, 8 - 9.)

Laamasen (2007) mukaan prosessikuvaus ei ole itsessään tavoite, vaan keino mallintaa organisaation toimintaa, jotta sitä pystytään analysoimaan, ymmärtämään sekä kehittämään. Prosessikuvaus on viestinnän väline. Laamasen (2007) mielestä hyvä prosessikuvaus muodostuu prosessikaaviosta eli vuokaaviosta sekä prosessikaaviosta laadittuna kirjallisesta tuotoksesta. Laadukas prosessikuvaus sisältää prosessin kannalta kriittiset tiedot, esittää asioiden välisiä riippuvuuksia, helpottaa ymmärtämään ja havainnoimaan kokonaisuutta, edistää prosessissa toimivien henkilöiden välistä yhteistyötä sekä tarjoaa mahdollisuuden toimia joustavasti tilanteen vaatimusten vaatimalla tavalla. Prosessikuvauksen tulee olla teknisiltä vaatimuksiltaan tiivis, ymmärrettävä, ristiriidaton, sovitun rungon ja prosessikaavion mukainen, sen tulee sisältää tunnistetiedot, termien ja käsitteiden on oltava yhteneväisiä ja sovitun mukaisia. (Laamanen 2007, 75 - 76.)

Laamanen (2007) suosittelee käytettävän prosessien kuvaamisessa prosessikaaviota, johon kuvataan sekä roolit että tekeminen. Tärkeää, että ihmiset tunnistavat omat roolinsa ja osavat sen avulla sijoittaa itsensä mukaan prosessiin. Laamanen suosittelee ylimmäksi rooliksi

sijoitettavan aina asiakkaan, koska tämä lähestymistapa korostaa asiakkaan merkitystä. Laamanen sijoittaisi roolit prosessikaavion vasempaan laitaan niin, että tehtävien sarja etenee vasemmalta oikealle mahdollistaen aikataulun esittämisen ja luoden paremman mielikuvan prosessien horisontaalisesta etenemisestä. Neliötä käytetään prosessikaaviossa tehtävien symbolina ja nuolta tiedonkulun symbolina. Laamanen (2007) suosittelee korostaa asiakkaan toimintaa soikionmuotoisella symbolilla. Laamasen mielestä, mitä vähemmän symboleja sen parempi, koska ne eivät aina ole olennaisia eivätkä auta ymmärtämään kuvattua toimintaa. (Laamanen 2007, 79 - 81.)

Prosessikaaviossa on tärkeää kuvata aidosti tekemistä, eikä vain tietoa ja tiedonkulkua. Tällöin prosessikaavioista tulee dynaamisempia sekä toimintaa kuvaamalla korostetaan sitä, mihin tietoja käytetään. Laamanen (2007) suosittelee prosessikaavion yksityiskohtaisuudelle, että prosessi tulee kuvata niin tarkkaan ja selvästi, että prosessin toimintalogiikka selviää. Liian yksityiskohtainen ja tarkka kuvaus synnyttää aliprosesseja, jotka eivät auta ymmärtämisessä. On siis tärkeää, että kaaviot pysyvät tarpeeksi yksinkertaisina. (Laamanen 2007, 81 - 82.)

Selkärankareumapotilaan ohjausprosessi jaettiin kolmeen teemaan; potilaan ohjausprosessi, ohjauksen sisältö ja ammattiryhmät, jotka osallistuvat ohjaukseen. Toisin sanoen teemat nousivat tämän opinnäytetyön tarkoituksesta. Tutkimuskysymykset luotiin teemojen pohjalta. Tutkimuskysymyksillä esiteltiin haastateltaville ohjausprosessin kolme teemaa. Tarvittaessa haastattelussa esitettiin lisäkysymyksiä, jotka oli muodostettu tutkimuskysymyksistä. Lisäkysymyksillä tarkennettiin haastateltavien vastauksia. Tällä tavalla pyrittiin välttämään mahdolliset väärinkäsitykset haastateltavien ja haastattelijan välillä. Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset perustuivat Laamasen (2007) esittämään prosessikuvaukseen.

Tässä opinnäytetyössä prosessikuvausta käytetään selkärankareumapotilaan ohjauksen mallintamiseksi välineenä. Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus on ohjauksen esitys. Kuvauksessa käydään läpi eri vaiheiden toimenpiteet ja toimijat, jotka sijoitettu prosessikaavion vasempaan laitaan allekkain alkaen potilaasta. Tällä menettelyllä on haluttu korostaa potilaskeskeisyyttä. Tämän opinnäytetyön prosessikuvausta voidaan käyttää muun muassa selkärankareumapotilaan ohjauksen arviointiin ja lähempään tarkasteluun. Kyseisestä prosessikuvauksesta on tehty tiivis ja selkeä kokonaisuus helpottaen selkärankareumapotilaan ohjausprosessin hahmotettavuutta. Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus muodostuu itse prosessikaaviosta sekä siitä laaditusta kirjallisesta tuotoksesta. Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvauksessa kuvataan potilaan ohjausprosessi, ohjauksen keskeiset sisällöt sekä toimijat eli ammattilaiset, jotka osallistuvat potilaan ohjaamiseen reumatologian poliklinikalla.

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskenteleville reumasairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää selkärankareumapotilaan ohjauksen kehittämiseen kyseisellä poliklinikalla. Haastatteluteemat ja haastattelukysymykset ovat liitteessä yksi.

Tutkimuskysymykset

1. Mistä vaiheista koostuu selkärankareumapotilaan ohjausprosessi?
2. Mikä on selkärankareumapotilaan ohjauksen sisältö?
3. Mitkä eri ammattiryhmät osallistuvat selkärankareumapotilaan ohjaukseen?

6 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Opinnäytetyö on luonteellaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan erilaisia tulkinnallisia käytäntöjä tutkimustyössä. (Metsämuuronen 2006, 83). Laadullisessa tutkimuksessa perustarkoitus on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullinen tutkimus mahdollistaa ymmärtämyksen lisääntymisen tutkittavaan ilmiöön. Useita hoitamisen ilmiöitä ei voida vain määrällisesti mitata. Ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan usein myös ihmisten omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.) Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi, koska opinnäytetyössä pyritään tutki- maan tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kohdejoukko valitaan tarkoituk- sen mukaisesti ja tarvittava aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Saja- vaara 2007, 157 - 160.)

Ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset on laadullisen tutkimuksen läh- tökohtana. Laadullisissa tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä käytetään paljon esimer- kiksi haastattelua ja videointia, koska ollaan tekemisissä tarinoiden, kertomusten ja merkitys- ten kanssa. Määrälliseen tutkimukseen verrattuna tilastollisesti yleistettävää tietoa ei saada samalla tavalla. Keskeiseksi laadullisen tutkimuksen ominaispiirteeksi on nimetty induktiivi- nen päättely, joka etenee yksittäistapauksista yleiseen. Induktiivisessa päättelyssä havainnoi- daan yksittäisiä tapahtumia ja tehdyt havainnot yhdistetään sen jälkeen laajemmaksi koko- naisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22 - 23.)

Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat induktiivinen lähtökohta, osallistujien näkökulman ymmärtäminen ja tutkimusta ohjaavat miksi-, mitä-, ja miten- kysymykset. Muita laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat muun muassa tutkimusprosessin aikana tutkimustehtävien tarkentuminen, tarkoituksenmukainen osallistujien valinta ja määrä, avoin aineistonkeruumenetelmä ja läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin. Tutkija on itse aktiivinen osallistuja. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteinä ovat myös painotus luonnollisia olosuhteita kohtaan, tiedon kontekstuaalisuus, aineistoa ilmentävät sanat, lähtökohdaltaan induktiivinen aineiston analyysi ja vähäinen tieto tutkimusaiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 31.)

Aineistonkeruumenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua ja haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastattelu on tiedonkeruumuodoista yksi käytetyimmistä ja haastattelussa ollaan haastateltavien kanssa suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa. Haastattelutilanne luo mahdollisuuden kohdistaa tiedonhankintaa itse tilanteessa ja tällöin on mahdollista saada esiin vastausten taustalla piileviä motiiveja. Haastattelun etuna on, että haastateltavalla on mahdollisuus tarvittaessa selventää antamiaan vastauksia perustelemalla. Haastattelija voi näin syventää saamiaan vastauksia. Tarvittaessa voidaan esittää lisäkysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34 - 35.) Aineiston keruuta voidaan haastattelussa säädellä joustavasti tilanteeseen sopivalla tavalla ja vastaajia myötäillen. (Hirsjärvi ym. 2007, 200).

Teemahaastattelu on avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun välimuoto, jossa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat etukäteen tiedossa. Haastattelussa esitettävien kysymysten järjestys ja muoto puuttuvat, kun taas strukturoidussa haastattelussa eli lomakehaastattelussa esitettävien väitteiden ja kysymysten esittämisjärjestys ja muoto ovat tarkalleen määritellyt. Teemahaastattelu, ryhmähaastattelu sopi opinnäytetyön aineistonkeruu menetelmäksi, koska haastattelussa esittäviä kysymyksiä ei ole rajattu, koska haastattelun horisontti haluttiin jäävän avoimeksi. Ryhmähaastattelussa opinnäytetyöntekijällä on mahdollisuus tarpeen vaatiessa säädellä haastattelutilanteita jouhevasti. Haastattelussa aiheesta saattaa nousta lisäkysymyksiä, joihin vastaukset on helposti saatavissa. Avoin haastattelumuoto ei käynyt opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi, koska opinnäytetyön aihe haluttiin pitää selkeänä. Aihe ei saa lähteä haastattelun edetessä muuttumaan liikaa, vaikka haastattelun suunta pidetäänkin avoimena. (Hirsjärvi ym. 2007, 203 - 204.) Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna, koska sillä saatiin kerättyä tietoa samanaikaisesti monelta vastaajalta. Ryhmähaastattelussa ryhmä voi auttaa väärinymmärrysten korjaamisessa ja jos esitetty kysymys on muistinvarainen. Ryhmä voi kuitenkin estää ryhmän kannalta negatiivisten asioiden esiin tulemisen. (Hirsjärvi ym. 2007, 205 - 206.)

Haastattelu selkärankareumapotilaan ohjauksesta ja ohjauksen sisällöstä sekä ammattiryhmistä, jotka osallistuvat selkärankareumapotilaan ohjaukseen suoritettiin tammikuussa 2011 Meilahden kolmiosairaanalan reumatologian poliklinikalla. Haastattelussa haastateltiin kahta reu-

masairaanhoitajaa teemahaastattelussa. Haastattelu nauhoitettiin nauhurilla ja nauhoittamiseen pyydettiin haastateltavilta kirjallinen suostumus (liite 2). Haastattelu kesti noin 45 minuuttia. Nauhoitettu haastatteluaineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin vielä samana päivänä. Litteroinnin jälkeen tehtiin aineistonanalyysi. Nauhoitetun haastattelun ja teoreettisen viitekehyksen perusteella muodostui selkärankareumapotilaan ohjauksen alustava prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaan reumatologian poliklinikalla. Prosessikuvaus luotiin QPR ProcessGuide -ohjelman avulla. Tiedonkeruun toisessa vaiheessa alustava prosessikaavio esiteltiin reumatologian poliklinikalla. Toisella esityskerralla paikalla oli enemmän reumasairaanhoitajia. Reumasairaanhoitajat toivat esille korjauksia ja lisäyksiä prosessikaavioon.

Haastateltavat valittiin tarkoituksen mukaisesti niin, että haastateltavien valinta palveli parhaalla mahdollisella tavalla opinnäytetyön tarkoitusta. Poliklinikan osastonhoitaja auttoi haastateltavien valinnassa. Haastateltavien valintaan vaikuttivat työkokemus terveydenhoitoalalla ja työkokemus reumasairauksista, selkärankareumasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedon laatu korvaa määrän, joten tarkalla haastateltavien valinnalla saatiin kerättyä merkityksellistä tietoa opinnäytetyön kannalta, vaikka itse otanta olikin pieni. Tutkimusluvan saavuttua, opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä poliklinikan osastonhoitajaan, jonka kanssa sovittiin haastatteluajankohdasta. Osastonhoitaja oli valinnut sopivat haastateltavat ja haastateltavia oli tiedotettu tulevasta haastattelusta etukäteen ja heiltä oli saatu suostumus haastattelulle, joka varmistettiin vielä kirjallisella haastattelusuostumuksella. Ennen haastattelusuostumuksen allekirjoittamista haastateltavat reumasairaanhoitajat saivat vielä erikseen tietoa opinnäytetyöstä opinnäytetyöntekijältä. Heille annettiin myös mahdollisuus kysyä opinnäytetyöstä, jos jotakin oli jäänyt epäselväksi.

Haastattelu toteutettiin Meilahden kolmiosairaan reumatologian poliklinikalla reumasairaanhoitajan vastaanottohuoneessa. Ryhmähaastattelu aineistonkeruu muotona auttoi haastateltavia avautumaan. Haastateltavat täydensivät hyvin toistensa vastauksia, sekä jatkoivat toisensa ajatuksia aina tarvittaessa. Haastatteluilmapiiri pysyi leppoisana ja jännitys väheni. Opinnäytetyöntekijä ohjasi haastattelua ennalta suunniteltujen teemojen mukaisesti. Hyvänä apuna toimivat myös lisäkysymykset teemojen tutkimuskysymyksistä. Opinnäytetyöntekijä varoi puuttumasta liikaa haastattelun kulkuun, mutta esitti tarvittaessa täsmentäviä kysymyksiä oman ymmärtämisen tueksi ja huolehti haastattelun etenemisestä oikeaan suuntaan. Haastattelu kesti kokonaisuudessa hieman yli tunnin, mutta nauhoitusta tuli vain noin 45 minuuttia, koska haastattelun aikana ilmeni ongelmia nauhurin kanssa. Nauhuriongelma ei kuitenkaan koitunut opinnäytetyön kannalta suurta haittaa, koska vain haastattelun lopusta jäi osa keskustelusta nauhoittamatta, ja kyseinen keskustelu oli enimmäkseen toistoa aikaisemmasta. Haastateltavat tuottivat kattavasti tietoa selkärankareumapotilaan ohjausprosessista, ohjauksen sisällöstä sekä ohjaukseen osallistuvista ammattiryhmistä.

6.2 Opinnäytetyön aineiston analysoiminen

Tutkimuksen ydin on tutkimuksessa kerätyn aineiston tulkinta, analyysi ja johtopäätösten tekeminen. Analysointivaiheessa saadaan selvitettyä tutkimuskysymyksiin vastaukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 216). Opinnäytetyössä kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla, koska sillä voitiin tarkastella tapahtumien ja asioiden seurauksia, yhteyksiä ja merkityksiä. Sisällönanalyysilla voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota sekä viestintää. Sisällönanalyysi perustuu kommunikaatioprosessien sekä kommunikaatiotutkimukseen ja -teorian tutkimiseen. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet tulevat selkeästi esille ja että tutkittavien ilmiöitä voidaan yleistävästi ja lyhyesti kuvailla. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida systemaattisesti tehtyjä havaintoja dokumenteista. (Janhonen & Mikkonen 2001, 21 - 23.) Analyysilla on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä, jotta voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110).

Sisällönanalyysiä voidaan tehdä teorialähtöisesti eli deduktiivisesti tai aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. (Kankkunen ym. 2009, 135). Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyön analyysivaiheessa tutkimuskysymykset ohjasivat opinnäytetyöntekijää. Tutkimuskysymyksiin opinnäytetyöntekijä etsi analyysivaiheessa vastauksia. Haastattelu litteroitiin vielä samana päivänä Word-dokumenttiin sanasta sanaan ja tekstiä kertyi kuusi sivua, josta osa oli tämän opinnäytetyön kannalta epäolennaista tietoa.

Induktiivinen sisällönanalyysi kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi. Opinnäytetyön aineiston ensimmäisessä analysointivaiheessa aineisto pelkistettiin eli redusointiin, jossa aineistosta karsitaan tutkimuksella epäolennainen informaatio pois. Redusointi voi olla joka aineiston pilkkomista tai tiivistämistä. Aineistolle esitettiin kysymyksiä: Mistä vaiheista koostuu selkärankareumapotilaan ohjausprosessi, mikä on selkärankareumapotilaan ohjauksen sisältö, mitkä eri ammattiryhmät osallistuvat selkärankareumapotilaan ohjaukseen? Opinnäytetyöntekijä käytti pelkistämässä apua yliviivaustussia yliviivaamalla opinnäytetyölle tärkeä informaatio. Tutkimuskysymysten kannalta olennainen haastattelumateriaali tiivistettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi haastattelumateriaalista, epäolennainen informaatio karsiutui pois. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 114.) Esimerkki aineiston redusoinnista esitetään taulukossa yksi.

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>"...siihen me paljon kiinnitetään huomiota esim tupakoiminen ja alkoholin käyttöön, koska monet on tosi vahvoja lääkkeitä mistä</i>	Kiinnitetään huomiota potilaan tupakoimiseen ja alkoholin käyttöön

<i>puhutaan."</i>	
<i>"Ja sit totta kai ruokavalio, et mitään ihme-dieettejä ei ole, millä, kun joskus joku sanoo et jos mä otan tän ruokavalion niin mä paranen vai mut kun semmosta ei ole."</i>	Potilasta ohjataan noudattamaan terveellistä ruokavaliota
<i>"No just esimerkiksi liikunta, että ei jäädä sohva-perunaksi, kivun sallimissa rajoissa liikutaan."</i>	Potilasta ohjataan liikkumaan kivun sallimissa rajoissa
<i>"Et meidän kuntoutusohjaaja kutsuu, meillä on nyt keväällä kaks selkärankareuma tämmöstä ensitietopäivää..."</i>	Kuntoutusohjaaja kutsuu potilaan ensitietopäivään
<i>"...sosiaalihoitajalle on mahdollista päästä kans tarpeen mukaan jos on taloudellisia ongelmia tai haluaa vaihtaa ammattia tai erilaisia todistuksia tarvii..."</i>	Sosiaalityöntekijän ohjaa tarvittaessa taloudellisissa ongelmissa, ammatin vaihdossa ja erilaisten todistusten kanssa
<i>"Selkärankareumapotilaat eivät yleensä tarvii vain kun sen fysioterapiaohjauksen ja sekin on tärkeä et saa sen selkärankareumapotilaan fysioterapiaohjauksen et ei se selkä ihan jäykisty siinä..."</i>	Fysioterapeutti ohjaa ennalta ehkäisemään selän jäykistymistä
<i>"Ja sit meillä on tietenkä vielä toimintaterapeutit, joilla on sit nää apuvälineet ja lastat ja ohjaa jokapäiväisissä askareissa kun tuolla kotona tarvii näitä apuvälineitä..."</i>	Toimintaterapeutti ohjaa apuvälineasioissa

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Toinen vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi, joka tarkoittaa, että aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja yhtäläisyyksiä kuvaavia käsitteitä. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa ryhmitellään ja lopuksi yhdistetään omaksi luokaksi. Aineiston klusterointi tehtiin alleviivamalla pelkistetystä aineistosta yhtäläiset ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 114.) Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien klusteroinnista sekä alaluokkien muodostumisesta on taulukossa kaksi.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Kiinnitetään huomiota potilaan tupakoimiseen ja alkoholin käyttöön	Elämäntapaohjaus liikunnasta, ravitsemuksesta, tupakoinnista ja alkoholin käytöstä
Potilasta ohjataan noudattamaan terveellistä ruokavaliota	

Potilasta ohjataan liikkumaan kivun sallimissa rajoissa	
Kuntoutusohjaaja kutsuu potilaan ensitietopäivään	Erityistyöntekijöiden ohjaus tarvittaessa
Sosiaalityöntekijän ohjaa tarvittaessa taloudellisissa ongelmissa, ammatin vaihdossa ja erilaisten todistusten kanssa	
Fysioterapeutti ohjaa ennalta ehkäisemään selän jäykistymistä	
Toimintaterapeutti ohjaa apuvälineasioissa	

Taulukko 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

Viimeisessä eli kolmannessa vaiheessa aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto eli aineisto abstrahoidaan. Aineistosta nostetaan esille yläluokat. Samansisältöiset alaluokat yhdistetään ja saadaan muodostettua yläluokkia. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 110 - 114.) Esimerkki yläluokkien muodostamisesta alaluokista on taulukossa kolme.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Elämäntapaohjaus liikunnasta, ravitsemuksesta, tupakoinnista ja alkoholin käytöstä	Reumasairaanhoitajan vastaanotto
Erityistyöntekijöiden ohjaus tarvittaessa	

Taulukko 3. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

Yläluokista muodostettiin oppinäytetyön pääluokat, joista rakentuivat prosessin eri vaiheet: ohjauksen suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen arviointi ja päättyminen. Lopuksi pääluokat yhdistettiin, niin muodostui yhdistävä luokka, selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus, joka esitetty taulukossa viisi. Taulukossa neljä on esimerkki pääluokkien muodostamisesta.

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanotto	Ohjauksen toteutus
Reumasairaanhoitajan toinen vastaanotto	
Reumatologin toinen vastaanotto	

Ensitetopäivät	
Puhelinohjaus	

Taulukko 4. Esimerkki pääluokkien muodostamisesta

PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Ohjauksen suunnittelu	Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla
Ohjauksen toteutus	
Ohjauksen arviointi ja päättyminen	

Taulukko 5. Esimerkki yhdistävän luokan muodostamisesta

6.3 Prosessin kuvaaminen

Opinnäytetyössä prosessin kuvaamisessa käytettiin kokonaisvaltaista QPR Process Guide-ohjelmistoa, joka on suunniteltu prosessien hierarkiseen mallintamiseen. Ohjelmiston avulla prosessikuvaus on helpompaa hahmottaa ja ymmärtää. Ohjelmiston avulla yhdistellään prosessien analysointi sekä mallintaminen. (QPR Software Oyj 2008.) Analysoidusta aineistosta muodostettiin prosessikuvaus ohjelmistoa apuna käyttäen.

7 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikan reumasairaanhoitajille. Opinnäytetyöntekijä kävi haastattelemassa kahta reumasairaanhoitajaa kyseisellä poliklinikalla. Haastateltavat valittiin tarkoituksen mukaisesti. Taustatietolomakkeen (liite 3) avulla kartoitettiin haastateltavien taustoja. Reumatologian poliklinikan osastonhoitaja auttoi haastateltavien valinnassa, ja oli tietoinen kriteereistä, jotka vaikuttivat haastateltavien valintaan. Molemmat haastateltavat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Haastateltavat sijoittuivat ikäluokkiin 46 - 52 vuotta ja 32 - 38 vuotta ja heille oli kertynyt työkokemusta terveydenhoitoalalta 5 - 30 vuotta.

Opinnäytetyön analyysin tuloksena saatiin selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla (liite 4). Prosessikuvaus luotiin QPR Process Guide -ohjelman avulla. Tutkimustuloksissa selvisi, että selkärankareumapotilaan ohjausprosessi koostuu vaiheista ohjauksen suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen arviointi ja päättyminen. Ohjauksen suunnittelu sisältää hoitosuhteen alkamisen poliklinikalla.

Ohjauksen toteutus muodostuu viidestä yläluokasta, jotka ovat reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanotto, reumasairaanhoitajan toinen vastaanotto, reumatologin toinen vastaanotto sekä ensitietopäivät ja puhelinohjaus. Ohjauksen keskeisiä sisältöjä ovat muun muassa ohjaus ravitsemuksesta ja ruokavaliosta, liikunnasta, lääkehoidosta ja turvakokeista. Ohjausta antavat reumatologi, reumasairaanhoitaja, osastonsihteeri, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, bioanalyytikko ja röntgenhoitaja sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvauksen eri vaiheet on käsitelty sitä vastaavan kappaleen alle, näin ollen saatiin muodostettua kokonainen ja yhtenevä prosessikuvaus. QPR Process Guide- ohjelmalla kuvattu selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus on liitteessä neljä.

7.1 Ohjauksen suunnittelu

7.1.1 Hoitosuhteen alkaminen poliklinikalla

Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikka on lähete-poliklinikka. Poliklinikalle ei voi siis akuutisti tulla, koska poliklinikalla ei ole päivystystoimintaa. Potilaat tulevat yleensä terveysasemien, yksityisten lääkäriasemien tai työterveyshuollon kautta lääkärin laatimalla läheteellä. Osalla potilaista saattaa olla maksusitoumus. Lähetteen saavuttua reumatologian poliklinikalle, osastonsihteeri vastaanottaa lähetteen, jonka jälkeen lähete menee ylilääkärin tarkistettavaksi. Ylilääkäri tarkistaa lähetteen kiireellisyyden ja hyväksyy sen, minkä jälkeen potilaan hoito voidaan aloittaa. Ylilääkäri määrää lähetteen ja potilasasiakirjojen perusteella tutkimuksia ja kokeita, joissa potilas käy ennen ensimmäistä vastaanottoa. On tärkeää, että tutkimustulokset saadaan hyvissä ajoin, jotta reumatologi pystyy suunnittelemaan potilaan hoitoa. Natiiviröntgen potilaan selkärangan SI-nivelistä on yksi tutkimus, joka usein määrätään, jos sitä ei ole lähettävän tahon toimesta otettu. Harvoissa tapauksissa potilaan selkärangan SI-niveleä magneettikuvataan MRI- kuvauksen hintavuuden vuoksi. Osastonsihteeri varaa potilaalle ensimmäiset reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanottoajat sekä tilaa määrätyt tutkimukset. Hän antaa vastaanottoajat sekä ohjeet niistä ja tutkimuksista tiedoksi potilaalle kirjeitse sekä lähettää lupalapun allekirjoitettavaksi tietojen luovutusta ja siirtoa varten. Reumasairaanhoitaja saa tiedon uudesta potilaasta osastonsihteerin kautta sähköisesti.

Reumatologi suunnittelee potilaan hoitoa ennen ensimmäistä vastaanottoa tutustumalla etukäteen potilaan potilasasiakirjoihin sekä tarkastamalla tutkimustulokset. Kutsun ja ohjeet tutkimuksista saatuaan, potilas menee mihin tahansa HUS laboratorioon ja HUS röntgeniin tutkimuksiin. Verinäytteidenottolanteessa laboratorion bioanalyytikko ohjaa potilasta, ottaa näytteet, tutkii ne sekä kirjaa tulokset ylös sähköiseen tietojärjestelmään. Röntgenhoitaja ohjaa potilasta röntgenkuvaustilanteessa, ottaa röntgenkuvan, lähettää otetun röntgenkuvan

eteenpäin sähköisen tietojärjestelmää apuna käyttäen. Röntgenlääkäri tulkitsee röntgenkuvan ja laatii siitä lausunnon.

Reumasairaanhoitaja tutustuu myös ennalta potilaan potilasasiakirjoihin kartoittaen näin potilaan tilannetta ja saadakseen muodostettua kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Ensimmäistä tapaamista ei paljoakaan pysty etukäteen suunnittelemaan, koska vasta reumatologin vastaanotolla selviää aloitetaanko potilaalle antireumaattinen lääkitys, ja millainen se on. Reumasairaanhoitaja saa tiedot potilaan hoitosuunnitelmasta ja lääkehoidosta samanaikaisesti, kun potilas saapuu hänen vastaanotolleen. Reumasairaanhoitaja ohjaa potilasta sen mukaan, mitä reumatologin vastaanotolla on selvinnyt. Potilaan ohjaus on suurimmaksi osaksi yksilöohjausta. Ryhmäohjausta ei juurikaan käytetä, tosin sitä on suunnitteilla. Ohjauksen apuna reumasairaanhoitaja voi käyttää Suomen Reumaliiton internet -sivuilta löytyvää Reumaapista ja muuta poliklinikalta löytyvää materiaalia.

7.2 Ohjauksen toteutus

7.2.1 Reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanotto

Potilas saapuu sovittuna aikana ensimmäiselle reumatologin vastaanotolle. Reumatologi haastattelee potilasta ja suorittaa kliinisen tutkimuksen, joka käsittää muun muassa yleis- ja nivelstatuksen sekä potilaan nivelien toiminnan tutkimisen. Tarvittaessa reumatologi voi käyttää potilaan nivelten tutkimiseen apuna ultraäänilaitetta. Kliinisessä tutkimuksessa reumatologi toteaa usein selän liikkuvuuden heikentymisen. Normaalisti terve selkä kiertyy ja taipuu hyvin eri suuntiin. Tulehdus risti-suoliluunivelessä voi ilmetä paineluarkuutena alaselässä. Reumatologi tarkastaa potilaan selkärangan SI-nivelistä otetun röntgenkuvan ja sen lausunnon, laboratorionäytteiden tulokset sekä muut potilaasta otettujen tutkimusten tulokset, ja kertoo tutkimusten tulokset potilaalle. Tarvittaessa reumatologi määrää lisää tutkimuksia, jotka reumasairaanhoitaja tilaa sähköisesti.

Jos potilaalla on tulehtuneita niveliä, reumatologi hoitaa ne vastaanotolla paikallisilla nivelenensisäisillä kortisoni-injektioilla. Jos potilaalla on jatkossa tarvetta paikallisille kortisonipistoksille vastaanottoaikojen ulkopuolella, ottaa potilas yhteyttä reumasairaanhoitajaan tai osastonsihteriin puhelimitse, jolloin hänelle varataan kortisonipisto aika päiväsairalaan puolelle. Päiväsairalassa lääkäri antaa kortisonipistoksia keskiviikkoihin ja torstaisin. Kortisonipistoksia antava lääkäri selostaa ja ohjaa potilaalle kortisonipistoksen jälkihoidon. Injektion jälkeen voi joskus ilmaantua ohimenevää kasvojen punoitusta ja kuumotusta. Pistoskohtaa ei saa kastella injektio-päivänä. Jälkihoidon tarkoituksena on varmistaa, että kortisonivalmiste pysyy tarkoitetussa kohdassa tarpeeksi kauan, jotta hoitotulos olisi mahdollisimman tehokasta. Hoidettuun niveleen, esimerkiksi polveen ei saa varata painoa ainakaan vuorokau-

teen. Liikkumisen apuna potilas voi käyttää kyynärsauvoja. Lääkäri antaa toimenpiteen yhteydessä ohjeet lepotaiheen jälkeen toteutettavasta liikehoidosta. Riippuen siitä mikä nivel hoidetaan, voivat jälkihoito-ohjeet hieman vaihdella.

Reumatologi voi tarvittaessa aloittaa potilaalle antireumaattisen lääkityksen jo ensimmäisellä vastaanotolla ennalta otettujen tutkimusten ja kokeiden, haastattelun sekä kliinisen tutkimuksen perusteella. Reumatologi antaa potilaalle tietoa selkärankareuma sairaudesta, aloitettavasta antireumaattisesta lääkityksestä, tarvittaessa kertoo ja ohjaa paikallisesta nivelensisäisestä kortisoni-injektiohoidosta sekä vastaa potilaan esittämiin kysymyksiin. Reumatologi kannustaa ja motivoi potilasta, kuuntelee, ohjaa sekä on tukena. Potilas voi kysyä mieltä askarruttavista asioista, ja voi tuoda esille tuntemuksiaan. Reumatologi huomioi ohjauksessa potilaan yksilöllisyyden. Reumatologi määrää tarvittaessa otettavaksi lisää tutkimuksia ja kokeita. Vastaanoton lopuksi reumatologi ohjaa potilaan menemään reumasairaanhoitajan vastaanotolle.

Reumatologin vastaanoton jälkeen potilas saapuu reumasairaanhoitajan vastaanotolle, jolloin reumasairaanhoitaja alkaa toteuttaa reumatologin määräyksiä. Reumasairaanhoitaja saa tiedot potilaan hoitosuunnitelmasta ja lääkkehoidosta ja ohjaa potilasta niiden mukaisesti. Potilasohjauksessa edetään aina yksilöllisesti huomioiden kunkin potilaan vastaanottokyky erikseen. Potilaalle ei aina heti aloiteta antireumaattista lääkitystä, mutta useissa tapauksissa aloitetaan ensimmäiseksi antireumaattiseksi lääkkeeksi Salazopyrin®. Reumasairaanhoitaja ohjaa ja kertoo potilaalle selkärankareuma sairaudesta sekä kertoo onnistuneen hoidon edellytyksistä ja hoidon kulusta, mitä hoito on juuri hänen kohdallaan.

Reumasairaanhoitaja kertoo aloitettavasta antireumaattisesta lääkityksestä, ohjaa lääkityksestä aiheutuvat turvakoekäytännöt ja turvakoeseurannan sekä ohjaa potilasta ottamaan mahdollisimman nopeasti yhteyttä oman terveysaseman terveydenhoitajaan tai sairaanhoitajaan, joka järjestää turvakokeiden seurannan terveysasemalla. Potilas sopii terveysaseman terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan kanssa, antaako terveysaseman lääkäri vai hoitaja turvakoeseurannan vastaukset. Potilas saa reumatologian poliklinikalta lääkereseptin ja kirjallisen lääkeohjeen. Reumasairaanhoitaja antaa potilaalle myös turvakokeidenseurantakortin ja kirjalliset ohjeet turvakoeseurannasta vietäväksi oman terveyskeskuksen terveydenhoitajalle tai sairaanhoitajalle, joka syöttää tarvittavat turvaturvakokeen mukaiset laboratoriotutkimukset tietokoneelle potilaan tuomien poliklinikan turvakoeohjeiden mukaisesti ja näin ollen järjestää turvakokeiden seurannan alkamisen terveysasemalla. Potilas voi kirjata turvakoeseurantakorttiin turvakokeiden verinäytteiden vastauksia ja näin seurata verinäytearvojaan. Terveysaseman terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja on yhdyshenkilö, johon potilas ottaa yhteyttä jos kysyttävää ilmenee turvakokeista tai jos potilaalla ilmenee mahdollisia sivuvaikutuk-

sia lääkehoidosta, tulee hänen olla yhteydessä ensisijaisesti terveysasemaan. Turvakoeseuran-tajärjestelyt saattavat hieman poiketa terveysasemakohtaisesti.

Reumasairaanhoitajalta potilas saa myös kirjalliset ohjeet turvakoeseurannan laboratoriotutkimuksista: miksi mitäkin veriarvoja seurataan ja mitä kyseiset veriarvot tarkoittavat ja mitkä ovat niiden viitearvorajat. Näin varmistetaan, että potilas ymmärtää turvakoeseurannan tarkoituksen ja pystyy mahdollisimman hyvin osallistumaan sairautensa seurantaan, mikä lisää hoitoon sitoutuneisuutta. Yleisiä reumasairauksien hoidon seurannassa käytettäviä laboratoriotutkimuksia ovat lasko eli senkka, CRP, HB, leukosyytit, trombosyytit, B-Neutr, B-Lymf, maksaentsyymiarvot alat ja afos, munuaisten toimintakoe krea sekä keskisuihkuvirtsanäyte eli PLV.

Selkärankareuman hoidossa käytettävät lääkkeet saattavat joskus vaikuttaa haitallisesti veren soluihin ja maksan toimintaan ja sen johdosta useimpien reumalääkkeiden kohdalla on hoidon alussa syytä seurata verikokein lääkkeen turvallisuutta. Useimpien reumalääkkeiden kohdalla turvakokeita seurataan lääkkeiden aloituksen jälkeen kahden viikon välein ensimmäisen kahden kuukauden ajan ja sen jälkeen kolmen kuukauden välein. Terveysasemälääkäri on vastuussa potilaan turvakokeiden tulosten seurannasta ja huomattessaan turvakokeissa poikkeavaa, tekee lääkäri lääkitykseen usein muutoksia. Lääke voidaan esimerkiksi tauottaa pariiksi viikoksi. Terveysaseman lääkäreillä on käytössä sähköinen hoitopalaute, josta näkyy aloitettu lääke ja seurantaohjeet. Jos potilaan turvakokeissa ilmenee ongelmia, suositellaan, että terveysaseman lääkäri ottaa tarvittaessa yhteyttä reumatologian poliklinikan lääkäriin.

Reumasairaanhoitaja jakaa potilaalle myös kirjallista informaatiota muun muassa selkäranka-reuma sairaudesta, sen hoidosta ja aloitettavasta antireumaattisesta lääkityksestä sekä kertoo ylipäättänsä luotettavista informaation lähteistä varoittaen samalla muun muassa informaatioltaan epäluotettavista internetin keskustelupalstoista. Reumasairaanhoitaja ohjaa potilasta tutustumaan luotettaviin Suomen Reumaliiton internet- sivuille. Monet potilaat ovatkin jo ehtineet käydä omatoimisesti tutustumassa kyseisiin sivuihin etsiessään tietoa oireisiinsa. Reumasairaanhoitaja motivoi ja kannustaa potilasta, ja sekä antaa potilaalle tilaa kertoa tunteuksistaan sekä kuuntelee ja keskustelee. Potilas voi aina tuoda esille tunteitaan, ja keskustella niistä jos kokee tarvetta.

Potilaat ovat kärsineet selkäviviista ja mahdollisesti myös nivelsäryistä jo pitkään, joten heillä ei välttämättä riitä voimavaroja ottaa vastaan niin paljon tietoa kuin sitä olisi tarjolla. Tämän johdosta ensimmäisellä reumasairaanhoitajan vastaanotolla käsitellään usein vain itse sairaus, aloitettu lääkitys ja lääkityksestä aiheutuva turvakoeseuranta sekä varataan potilaalle seuraava vastaanottoaika. Potilas tulee reumasairaanhoitajalle noin kuukauden kuluttua uudestaan ja reumasairaanhoitaja varaa potilaalle vastaanottoajan yhdessä potilaan kanssa.

Reumasairaanhoitaja antaa potilaalle yhteystietonsa ja ohjaa potilasta olemaan yhteydessä puhelinaikoina jos ilmenee ongelmia tai kysyttävää hoitoon liittyen.

7.2.2 Reumasairaanhoitajan toinen vastaanotto

Potilas saapuu reumasairaanhoitajan vastaanotolle noin kuukauden kuluttua ensimmäisestä käynnistä poliklinikalla. Kyseinen vastaanottoaika varataan potilaan tarpeiden mukaan, jokainen selkärankareumapotilas ei sitä suinkaan tarvitse, vaan seuraava vastaanottoaika reumasairaanhoitajalle voi olla vasta seuraavan reumatologin vastaanoton yhteydessä. Vastaanottoaikojen varaamisessa otetaan huomioon potilaan sairaudentila ja sen vakavuus. Mitä vakavampaa tautimuotoa potilas sairastaa sitä enemmän ja tiheämmin potilaalle varataan vastaanottoaikoja poliklinikan reumatologille ja reumasairaanhoitajille. Yksilöllisesti ja asiakaskohtaisesti katsotaan aina erikseen tarvitseeko potilas vastaanottoaikoja reumatologille vai reumasairaanhoitajalle vai vaikka vain toiselle heistä. Potilaan sairaudentila on saattanut lääkityksen ansiosta jo hieman stabiloitua. Kivut ja säryt on mahdollisesti vähentyneet tai ainakin lievittyneet reuma- ja tulehduskipulääkityksellä ja potilas on pystyy vastaanottamaan kuntoutusta ja siihen liittyvää ohjausta. Reumasairaanhoitaja ohjaa potilasta itsehoidosta potilaan tarpeiden mukaan ja painottaa itsehoidon ohjauksessa niihin asioihin, joista potilas selkeästi hyötyy ja joista potilas tarvitsee ohjausta. Kaikille ei ohjata aivan kaikkea, vaan ohjaus määräytyy yksilöllisesti ja potilaskohtaisesti.

Tällä vastaanotolla reumasairaanhoitaja keskustelee potilaan kanssa kuntoutukseen liittyvistä asioista ja antaa poliklinikan erityistyöntekijöiden yhteystiedot. Poliklinikan erityistyöntekijöitä ovat kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kuntoutusohjaaja osaa kertoa erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista muun muassa esimerkiksi laitokuntoutusmahdollisuuksista ja ensitietopäivästä, joka ryhmäohjausta selkärankareumasta ja siihen liittyvistä asioista. Fysioterapeutti antaa jumppaohjausta: muun muassa erilaisista vatsa- ja selkälihasliikkeistä, rintarangan kierto ja taakse taivutus, kaularankaa tukevien lihasten vahvistus, selän pyöristys ja sivutaivutus, selän, käsien, takareisien venytykset, lannerangan ja kaularangan kierto, lonkan koukistajalihasten, rintalihasten ja pakaralihasten venytykset. Fysioterapian tarkoituksena on estää/hidastaa selän jäykistymistä. Toimintaterapeutti auttaa ja ohjaa esimerkiksi erilaisissa apuvälineasioissa (lastat ja rannetuet). Sosiaalityöntekijä osaa auttaa, jos potilaalle on esimerkiksi taloudellisia ongelmia: ei ole varaa lääkkeisiin tai potilas haluaa vaihtaa ammattia. Sosiaalityöntekijä ohjaa myös erilaisissa Kela asioissa, hän tietää esimerkiksi paljon Kelan etuuksista. Potilas ottaa itse yhteyttä erityistyöntekijöihin jos hänellä esiintyy niille tarvetta. Useimmat selkärankareumapotilaat tarvitsevat ainoastaan fysioterapiaohjauksen.

Reumasairaanhoitaja ohjaa potilaalle omatoimiseen itsehoitoon liittyvistä asioista, kuten kertoo nivelten säästöohjeista, kertoo päivittäisen liikunnan merkityksestä, kivun ja jäykkyyden lievityksestä, jalkojen hoidosta, ravitsemuksesta, hampaiden sekä suun hyvästä hoidosta, tulehdustautien ehkäisystä, tarvittaessa uudestaan lääkityksestä sekä turvakoeseurannasta ja ohjaa tutustumaan Reumaliiton toimintaan.

Potilas saa kysyä mieltä askarruttavista asioista ja reumasairaanhoitaja vastaa niihin ja varaa potilaalle seuraavan vastaanottoajan reumatologille noin 3-4 kuukauden päähän ja tarvittaessa itselleen. Esimerkiksi jos reumatologi tekee muutoksia potilaan lääkitykseen, aloittaa vaikka biologisen lääkityksen niin silloin potilas tulee reumatologin vastaanoton jälkeen reumasairaanhoitajalle biologisen lääkkeen ohjaukseen. Muussa tapauksessa voi olla että potilas ei tarvitse enää reumasairaanhoitajan palveluita ja ohjausta, vaan hän tapaa vain reumatologia.

7.2.3 Reumatologin toinen vastaanotto

Potilas saapuu toiselle reumatologian vastaanotolle yleensä 3-4 kuukauden reumasairaanhoitajan vastaanotosta. Reumatologi haastattelee potilasta ja tarkastaa aloitetun hoidon ja lääkityksen vasteen; miten lääkitys on alkanut vaikuttaa, pitääkö aloittaa uusi lääke, onko lääkityksestä tullut sivuvaikutuksia, tarvitaanko lisää lääkitystä tai täytyykö lääkitys vaihtaa. Usein jos Salazopyrin® -lääkkeestä ei ole saatu tarvittavaa vastetta, aloitetaan sen rinnalle esimerkiksi metotreksaatti, Trexan®. Jos jatkossa näistä kahdesta lääkkeestä ei yhdessäkään saada toivottua hoitovastetta, saatetaan rinnalle ottaa vielä biologinen lääkitys.

Reumatologi suorittaa uudestaan kliinisen tutkimuksen sekä tutkii potilaan nivelet ja tarvittaessa hoitaa ne. Jos potilas on käynyt lisätutkimuksissa tai kokeissa, tarkastaa reumatologi niiden tulokset ja kertoo niistä potilaalle. Potilas saa kysyä mieltä askarruttavista asioista ja reumatologi vastaa potilaan esittämiin kysymyksiin. Tarvittaessa potilas menee reumasairaanhoitajan vastaanotolle. Reumasairaanhoitaja varaa potilaalle seuraavan vastaanottoajan usein noin 9-12 kuukauden päähän ja silloin voi olla lähellä potilaan siirto avoterveydenhuollon puolelle jos potilaan vointi on stabiloitunut (oireet saatu poistettua tai ainakin oireet lievittyneet, veriarvot hyvät, lääkitys puree) ja hoito voi jatkua siellä turvallisesti jatkohoitopaikassa. Reumatologi on saattanut jopa purkaa lääkitystä. Usein kuitenkin potilaan siirtyessä takaisin avoterveydenhuollon puolelle, on potilaalla vielä jokin lääkitys päällä. Usein lyhimmillään selkärankareumapotilaan asiakkuus poliklinikalla kestää noin kaksi vuotta. Asiakkuuden pituus kuitenkin riippuu paljon potilaan sairauden tilasta, sen vakavuudesta ja muodosta.

7.2.4 Ensitietopäivät ja puhelinohjaus

Reumatologian poliklinikan selkärankareumapotilaiden ohjaus koostuu suurimmalta osin tällä hetkellä yksilöohjauksesta. Poliklinikka tarjoaa potilaille ryhmäohjauksena ensitietopäivää. Ensitietopäivän organisoii poliklinikan kuntoutusohjaaja, joka tiedottaa potilaita järjestettävästä ensitietopäivästä. Ensitietopäivään osallistuu erityistyöntekijöitä (lääkäri, kuntoutusohjaaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, jalkaterapeutti, sosiaalityöntekijä). Erityistyöntekijät kertovat potilaille sairauteen liittyvistä asioista. Selkärankareumasta järjestetään ensitietopäivä muutaman kerran vuodessa, keväisin sekä syksyisin. Ensitietopäiviä järjestetään myös muista reumasairauksista. Ensitietopäiviin mahtuu 10 - 30 potilasta. Ensitietopäivä on potilaalle kertaluontoinen ja vapaaehtoinen. Ensitietopäivään saa osallistua myös potilaan omaisia. Potilas saa itse päättää osallistumisestaan ensitietopäivään oman kiinnostuksen mukaan. Reumasairaanhoitajat tarjoavat potilaille puhelinohjausta ja puhelinneuvontaa arkisin hoitoon liittyvissä asioissa.

7.3 Ohjauksen arviointi ja päätyminen

Potilas saapuu reumatologin vastaanotolle 9-12 kuukauden kuluttua edellisestä vastaanotosta. Usein potilaalla on takanapäin noin 3-4 reumatologin vastaanottoa ja 1-2 reumasairaanhoitajan vastaanottoa riippuen potilaan sairauden tilasta, sen vakavuudesta ja potilaan toivomuksista ja tarpeista. Reumatologin vastaanotolla reumatologi taas haastattelee potilaan, tarkastaa lääkehoidon sekä tutkii potilaan. Reumatologi keskustelee potilaan kanssa, ja tekee päätöksen potilaan hoidon päättymisestä poliklinikalla, kun potilaan terveydentila on stabiloitunut sellaiseksi, että potilaan sairauden seuranta voi jatkua turvallisesti jatkohoitopaikassa, esimerkiksi potilaan omalla terveysasemalla. Potilas saa samalla tiedon, että hoito reumatologian poliklinikalla on päättymässä. Potilaalla on taas mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista ja tuoda tuntemuksia esille sekä puhua niistä, jos kokee tarvetta. Reumatologi tiedottaa hoitotiimiä asiakkuuden päättymisestä poliklinikalla ja laatii potilaasta epikriisin jatkohoitopaikkaan. Tarvittaessa potilas käy reumasairaanhoitajan vastaanotolla. Reumasairaanhoitaja tekee potilaan käyntitiedot ja näin hoitaa potilaan ulos kirjauksen sähköisen tietojärjestelmän kautta ja näin siirtää potilaan avoterveydenhuollon puolelle. Potilaan hoito päättyy reumatologian poliklinikalla. Poliklinikan osastonsihtööri toimittaa potilaan potilasasiakirjat jatkohoitopaikkaan.

8 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

8.1 Opinnäytetyön eettisyyden arviointia

Peruskysymyksiä etiikassa ovat kysymykset oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta. Tutkijan tulee ottaa huomioon monia eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimusentekoon. Tutkimuseettiset periaatteet, kuten tiedon hankinta ja julkistaminen ovat yleisesti hyväksytyttä. Tutkijan omalla vastuulla on periaatteiden tunteminen ja periaatteiden mukaan toimiminen. Jotta tutkimus on eettisesti hyvä, tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Ihmistieteissä eniten eettisiä ongelmia aiheuttavat tiedonhankintatavat sekä koejärjestelyt. (Hirsjärvi, S. ym. 2007, 23 - 25.)

Eettiset seikat ovat opinnäytetyön tekemisessä keskeisiä, koska niissä epäonnistuminen saattaa viedä pohjan pois koko tutkimukselta. Tutkimsetiikassa tutkimuksen tekijä on lukuisten valinta- ja päätöksentekotilanteissa, joita hänen on ratkaistava eri vaiheissa tutkimusprosessia. Tutkimuskysymysten muodostamisessa ja aineiston hankinnassa on pyritty huomioon haastateltavia. Opinnäytetyössä on noudatettu tutkimusetiikan periaatteita välttämällä kaikenlaisia haittoja, kunnioittamalla ihmisoikeuksia, vaalimalla oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä, luottamuksellisuutta sekä kunnioitusta kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137 - 147.)

Tutkimusaiheen valinta ja siihen ryhtyminen olivat ensimmäisiä opinnäytetyön tekijän tekemiä eettisiä ratkaisuja. Tutkimuksen lähtökohtana tulee aina olla ensimmäisenä ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkijan tulee pyrkiä kunnioittamaan ihmisten itsemääräämisoikeutta antamalla ihmisille itse oikeus päättää osallistuvatko he mukaan tutkimukseen vai eivät. Tutkijan pitää selvittää henkilöiden suostumuksen hankintaan liittyviä asioita, henkilöille tulee antaa tietoa opinnäytetyöstä sekä kertoa rehellisesti osallistumiseen liittyvistä mahdollista riskeistä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23 - 25.)

Opinnäytetyö toteutettiin rehellisesti ja huolellisesti. Työn suunnitteluvaiheeseen panostettiin ja tutkimussuunnitelmaan tehtiin useita korjauksia, tarkistuksia ja lisäyksiä. Opinnäytetyön raportointi on pyritty tekemään mahdollisimman huolellisesti ja tarkasti, ja kaikki opinnäytetyön kannalta oleellinen tieto on objektiivisesti raportoitu. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat luotettavia ja suurin osa käytetyistä lähteistä on 2000-luvulta. Käytettyjen lähteiden alkuperä on osoitettu selkeästi lähdeviittein ja näin opinnäytetyössä on haluttu kunnioittaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 133). Opinnäytetyön tutkimuslupa haettiin erillisellä tutkimuslupahakemuksella. Haastateltavat allekirjoittivat haastattelusuostumuksen, jossa kerrottiin tärkeät näkökohdat liittyen opinnäytetyöhön, muun muassa

haastattelun nauhoittaminen. Samalla haastateltavat saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta sekä toteuttamisesta (liite 2).

Yksikön henkilökunnan pienuus sisälsi haasteen haastateltavien anonymiteetin säilymiselle ja asiasta kerrottiin avoimesti haastatteluun suostuneille. Haastateltaville tarjottiin kuitenkin mahdollisuus osallistua haastatteluun anonymisti, mutta yksikön henkilökunnan pienuuden johdosta haastateltavat ovat tunnistettavissa yksikön keskuudessa. Haastattelussa saatu aineisto on raportoitu niin, että se palvelee sekä uuden tiedon että luottamuksellisuuden sekä kunnioituksen periaatteita. (Kylmä & Juvakka 2007, 151 - 152.) Opinnäytetyön haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyössä taattiin, että haastateltavien sekä muiden osaston hoitohenkilökunnan antamat tiedot jäävät täysin luottamuksellisiksi. Haastattelussa saatu aineisto säilytettiin niin, että se on ollut vain opinnäytetyöntekijän saatavilla. Opinnäytetyön toteuttamisen aikana noudatettiin vaitiolovelvollisuutta. Nauhoitetut haastattelut tuhoitiin oikeaoppisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan tutkimuseettisiä ohjeita ja periaatteita. Opinnäytetyöntekijä on terveys- ja sosiaalialan opiskelijana tietoinen, että opinnäytetyön tekemisessä sovelletaan vaitiolovelvollisuutta, josta on säädetty mm. laissa Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/12 §) ja Laissa Terveystieteiden ammattihenkilöistä (1994/3/12 §). Ei saa luvatta sivullisille ilmaista perheen tai yksityisen henkilön tietoja. Sitoudutaan pitämään tiedonhankinnassa ja sen yhteydessä saamat tiedot luottamuksellisena. Salassapitovelvollisuus säilyy opintojen loppumisen jälkeen. Aineiston käsittelyssä ja tiedonhankinnassa noudatettiin totuudellisuutta ja luottamuksellisuutta. Opinnäytetyötä tehdessä kiinnitettiin huomiota, ettei opinnäytetyöstä koidu haittaa siihen osallistuville henkilöille. (Hirsjärvi ym. 2007, 23 - 25.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointia

Tieteellisten tutkimusten tarkoituksena on tuottaa niin luotettavaa tietoa kuin mahdollista tutkittavasta ilmiöstä. Tällöin luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista informaatiota tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen ja tutkimustoiminnan kannalta on välttämätöntä arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että määrällisen ja laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit eivät juuri eroa toisistaan. Osa tutkijoista saattaa jopa käyttää määrällisestä tutkimuksesta tuttuja luotettavuuskriteereitä, validiteettia ja reliabiliteettia myös laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa. Puolestaan osan tutkijoiden mielestä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa ei voi käyttää määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kriteereillä uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Kyseiset kriteerit ovat laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä, jotka ovat synteesi useiden eri tutkijoiden näkemyksistä.

Uskottavuus osoitettiin opinnäytetyössä varmistamalla, että tutkimustulokset vastaavat haastateltavien käsityksiä opinnäytetyöstä ja sen aiheesta. Opinnäytetyön uskottavuutta paransi haastattelun perusteella luodun alustavan prosessikuvauksen esittäminen poliklinikan reuma-sairaanhoitajille. Tässä menettelyssä opinnäytetyön tulokset palautettiin opinnäytetyöhön osallistuneille ja heitä pyydettiin arvioimaan alustavan prosessikuvauksen paikkansapitävyyttä. Prosessikuvaukseen tehtiin muutoksia ja korjauksia muun muassa ohjauksen toteutuksen yläluokkiin. Yksi yläluokka poistettiin ja sen tilalle luotiin uusi. Muutamien toimijoiden tehtäviä tarkennettiin, esimerkiksi kuka varaa potilaalle seuraavia vastaanottoaikoja tai tilaa reumatologin määräämät tutkimukset. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Luotettavuuskriteeri vahvistettavuus on oikeutus tehdyille ratkaisuille ja päättelylle. Ratkaisut raportoidaan niin seikkaperäisesti, että lukija kykenee seuraamaan opinnäytetyöntekijän päättelyä ja arvioimaan sitä. Oleellista on, että lukija pystyy seuraamaan pääpiirteittäin prosessinkulkua. Tämän opinnäytetyössä ohjaavat opettajat ja opponentit seuraavat opinnäytetyöntekijän päättelyä ja arvioivat sitä. Raporttia kirjoitettaessa hyödynnettiin haastattelussa saatua tutkimusaineistoa. Luotettavuuskriteeri reflektiivisyys on varmistettu tässä opinnäytetyössä, että opinnäytetyöntekijä on ollut tietoinen omista lähtökohdista opinnäytetyöntekijänä ja arvioimaan omaa vaikutustaan aineistonsa ja opinnäytetyöprosessiin. Opinnäytetyöntekijä pyrki esimerkiksi haastattelutilanteessa olemaan puuttumatta liikaa haastattelunkulkuun, mutta tiedosti sen, että joutui esittämään ajoittain täsmentäviä kysymyksiä oman ymmärryksen tueksi. Siirrettävyys tarkoittaa tässä opinnäytetyössä tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Opinnäytetyöntekijä on antanut esimerkiksi kuvailevaa tietoa haastateltavista (taustatiedot) ja haastattelu ympäristöstä ja näiden tietojen avulla lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajarvi 2011, 139.)

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimuksissa pyritään aina välttämään virheitä, kuitenkin tutkimustulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Erilaisilla tutkimus- ja mittaustavoilla voidaan arvioida tutkimusten luotettavuutta. Tutkijan tarkka ja huolellinen selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuus koskettaa tutkimuksen kaikkia vaiheita. Haastattelujen olosuhteet on kerrottu totuudenmukaisesti ja selkeästi. Opinnäytetyössä on kerrottu myös haastattelun kestot, häiriötekijät, virhetulkinnat haastattelussa ja minkälainen on opinnäytetyöntekijän itsearviointi haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 - 227.)

Laadullisen tutkimuksen voidaan sanoa olevan luottava, kun tutkimuksen tulkittu materiaali ja tutkimuskohde ovat yhteensopivia eivätkä teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet satunai-

set tai epäolennaiset tekijät. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä on itse tutkija ja tutkijan rehellisyys, koska tutkimuksessa arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät valinnat, ratkaisut ja teot. Tutkijan tulee jokaisen valinnan kohdalla arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tällä tavalla luotettavuuden arviointia tapahtuu koko ajan suhteessa analyysitaapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, teoriaan, tulkintaan, luokitteluun, tutkimiseen ja johdopäätöksiin. (Vilka 2005, 158 - 159.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät aineiston laatuun ja analyysiin, tutkijaan ja tulosten esittämiseen. Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen sovellettavuutta, pysyvyyttä, neutraalisuutta sekä totuusarvoa. Opinnäytetyöntekijän tulee sisällön analyysi vaiheessa pystyä pelkistämään opinnäytetyön aineistoa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittua ilmiötä. Tutkijan tulee pystyä osoittamaan, että aineiston ja tutkimustulosten välillä on luotettava yhteys. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.)

Opinnäytetyön luotettavuutta on haluttu lisätä myös sillä, että haastateltavat reumasairaanhoitajat on valittu tarkoituksen mukaisesti. Reumasairaanhoitajien valintaan vaikuttivat heidän työkokemus, ammattitaito ja mielenkiinto opinnäytetyötä kohtaan. Opinnäytetyön toteutumisesta opinnäytetyöntekijä laati huolellisen selostuksen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 - 141.) Myös aineistonkeruu- sekä analyysimenetelmän valinnalla on haluttu nostaa luotettavuutta ja näiden menetelmien valinnat ovat perusteltu selkeästi. Opinnäytetyöntekijä vältti omien mielipiteiden ja ennakkoluulojen vaikutusta opinnäytetyöhön. Opinnäytetyöntekijä teki opinnäytetyön sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa opinnäytetyöntekijä pyrki selostamaan tapahtumat mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. Opinnäytetyöntekijä pyrki hankkimaan paljon luotettavaa monipuolista lähdemateriaalia. Lähdemateriaali on pääasiassa suomenkielistä sekä internetistä että kirjallisuudesta haettua tutkittua tietoa.

Teemahaastattelun kysymykset laadittiin yleiskielenkäyttöä vastaaviksi, ja haastattelussa käytettiin tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelu litteroitiin haastattelun jälkeen. Haastattelutila oli rauhallinen ja haastateltavat puhuivat selkeällä ja kuuluvalla äänellä. Haastattelu keskeytyi kerran, kun joku koputti oveen ja toinen haastateltavista meni kysymään, mitä koputtajalla oli asiaa. Haastattelun lopussa tuli ongelmia nauhurin kanssa, ja pieni osa haastattelun loppupuolelta ei tullut nauhalle, mikä ei kuitenkaan vaikuta opinnäytetyön luotettavuuteen, koska materiaali, jota ei saatu nauhalle, oli toistoa alkuhaastattelusta. Keskustelu oli rentoa ja haastateltavat jatkoivat hyvin toistensa ajatuksia.

9 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskenteleville reumasairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää selkärankareumapotilaan ohjauksen kehittämiseen kyseisellä poliklinikalla. Opinnäytetyössä selvitettiin selkärankareumapotilaan ohjausprosessi, ohjauksen keskeinen sisältö sekä mitkä ammattiryhmät osallistuvat selkärankareumapotilaan ohjaukseen reumatologian poliklinikalla. Opinnäytetyöhön osallistui kaksi asiantuntija reumasairaanhoitajaa reumatologian poliklinikalta, joita haastateltiin teemahaastattelussa.

Opinnäytetyössä esiteltiin tyypillinen ja tavanomainen selkärankareumapotilaan ohjausprosessi. Potilaat ovat yksilöitä, joten potilaan hoidonkulku ja potilasohjaus ovat riippuvaista potilaasta ja hänen yksilöllisistä tarpeista, sairaudentilasta ja sen vakavuudesta. Potilaan ohjausprosessi on aina erilainen jos esimerkiksi lääkityksen vastetta joudutaan kauan odottamaan, potilaalle tulee nivelmuutoksia: esimerkiksi nivelien tulehduksia, joita joudutaan hoitamaan kortisoni-injektioilla, jos potilaalla on biologinen lääkitys tai hänen terveydentilassa tapahtuu muita muutoksia. Muun muassa nämä tekijät vaikuttavat potilaan ohjausprosessiin ja näin ollen jokainen ohjausprosessi on altis myös muutoksille. Potilaiden ohjausprosessit voivat olla samankaltaisia, mutta ei ole yhtään täysin samanlaista. Näin ollen oli perusteltua mallintaa tavanomainen selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus ymmärrettävän ja yhtenäisen kokonaisuuden saavuttamiseksi kuitenkin tiedostaen samalla käytännössä selkärankareumapotilaiden ohjauksessa ja hoidon kulussa tapahtuu paljon erilaisia vaihteluita.

Laamasen (2007) mukaisesti prosessikuvaus alkaa ja päättyy potilaaseen korostaen näin potilaslähtöisyyttä. Laamasen (2007) mukaan prosessi alkaa suunnittelusta päättyen arviointiin. Tämän opinnäytetyön prosessikuvaus alkaa potilaan oireilusta ja hakeutumisesta hoitoon ja päättyy potilaan asiakassuhteen loppumiseen reumatologian poliklinikalla. Pääpainona opinnäytetyössä on ohjauksen prosessikuvaus. Kyseisessä prosessikuvauksessa esiteltiin selkeästi potilaan koko ohjausprosessi reumatologian poliklinikalla. Prosessikuvaukseen vasempaan laitaan on valikoitu toimijoiksi potilaan ohjausprosessiin osallistuvia ammattiryhmiä, jotka ovat: potilas, reumatologi, reumasairaanhoitaja, kuntoutusohjaaja, bioanalyttikko ja röntgenhoitaja. Laamasen (2007) mukaisesti asiakirjojenkulku ja tietojärjestelmien käyttö on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle. Prosessikuvauksessa kuvataan aitoa tekemistä.

Ensimmäisessä haastattelussa saatiin kerättyä tietoa selkärankareumapotilaan ohjaus- ja hoitoprosessista. Opinnäytetyöntekijälle välittyi kuitenkin virheellisen kuva potilaan vastaanotokäynneistä ja niiden sijoittelusta. Alustavan prosessikuvauksen esittämisen yhteydessä reumasairaanhoitajat ehdottivat yhden yläluokan vaihtamista toiseksi, reumatologin ja reumasai-

raanhoitajan toinen vastaanotto muutettiin reumatologin toiseksi vastaanotoksi ja lisättiin yläluokka reumasairaanhoitajan toinen vastaanotto. Kyseiset muutokset korjattiin opinnäyte-työhön samana päivänä. Opinnäytetyöntekijä soitti vielä seuraavana päivänä poliklinikan osastonhoitajalle ja halusi varmistaa muutamia asioita liittyen prosessikuvaukseen. Varmistuksia tuli muun muassa siihen varaako reumasairaanhoitaja vai osastonsihtööri potilaalle vastaanottoajat, kun potilas käy vain reumatologin vastaanotolla. Täsmennykset korjattiin opinnäyte-työhön.

Potilasohjauksen keskeisimmät tavoitteet tutkimustulosten perusteella ovat potilaan omatoimisuuden lisääntyminen, hoitoon sitoutuminen ja potilaan informaation lisääminen sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa. Selkärankareumapotilaan hoidon kulmakivenä on lääkehoito ja ärhäköissä tautitilanteissa yhdistelmälääkehoito. Antireumaattinen lääkehoito edellyttää potilaalta useita käyntejä turvakokeissa tietyin väliajoin, alussa jopa kahden viikon välein. Potilaan vointia saattavat heikentää myös niin sanotut "vaeltavat kivut" eli niveltulehdukset esimerkiksi kantaviin niveliin, kuten polviin.

Antireumaattisista lääkkeistä saattaa tulla sivuvaikutuksia, tai lääkkeet voivat haitallisesti vaikuttaa maksa-arvoihin tai veren soluihin ja sen takia lääkkeitä voidaan joutua vaihtamaan ja riittämättömän vasteen takia yhdistelemään keskenään. Potilaan tautitilanteen ollessa "ärhäkäs", voi potilaan terveydentilan stabiloituminen kestää kauan ja käyntejä reumatologian poliklinikalla saattaa tulla paljon. Potilaan asiakkuus reumatologian poliklinikalla saattaa kestää useita vuosiakin. Usein selkärankareuma saadaan kuitenkin stabiloitua nopeasti varsin pienelläkin antireumaattisella lääkehoidolla, ja näin ollen selkärankareumapotilaalle saattaa kerääntyä vain muutamia poliklinikka käyntejä reumatologian poliklinikalla ennen asiakassuhteen päättymistä poliklinikalla. Selkärankareumassa ennuste on parempi kuin esimerkiksi nivelreumassa.

Tulosten perusteella selkärankareumapotilaan ohjauksen keskeisiä sisältöjä ovat ohjaus sairaudesta, lääkehoidosta ja siihen liittyvistä turvakokeista, onnistuneen hoidon edellytyksistä ja hoidon kulusta, itsehoidosta, sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä tutkimuksista ja kokeista sekä potilaan motivointi ja kannustaminen. Tuloksissa selvisi, että potilaan motivointia ja kannustamista itsehoidossa korostetaan, koska motivoitunut potilas huolehtii turvakokeissa käymisestä ja lääkityksestä, ymmärtää sairautensa luonteen ja näin ollen ymmärtää ja tietää millä tavoilla hän voi itse vaikuttaa sairauteensa; harrastamalla liikuntaa, syömällä terveellisesti ja omaamalla terveelliset elämäntavat ja tarvittaessa ottamalla yhteyttä jos kysyttävää ilmenee. Tämän takia potilasohjaus annetaan potilaalle niin ymmärrettävästi kuin mahdollista. Kyngäksen (2007; 145 - 147) mukaan laadukkaalla potilasohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti ja positiivisesti potilaan itsehoitoon, omatoimisuuteen ja itsenäiseen päätöksen tekoon sekä potilaan toimintakykyyn.

Tutkimustulosten perusteella potilaan yksilöllisyys ja sen huomioiminen potilasohjauksessa on tärkeää. Potilaan hoidossa sekä ohjauksessa edetään aina huomioiden potilaan yksilöllisyys, kivuliaisuus ja potilaan sairautentila; kuinka vastaanottavainen potilas on esimerkiksi jaettavan tiedon suhteen. Esimerkiksi, erittäin kivuliaan potilaan kohdalla sairautentila on tärkeä ensin stabiloida ennen kuin annetaan ohjausta. Kivulias potilas ei pysty tehokkaasti vastaanottamaan tietoa eli tärkeimmästä asiasta siirrytään seuraavaksi tärkeimpään. Vastaanotoilla reumasairaanhoitaja seuraa ja arvioi potilaan ohjauksen tarvetta kyselemällä ja kuulostelemalla. Reumasairaanhoitaja on aktiivisesti vuorovaikutuksessa potilaan kanssa.

Selkärankareumapotilaan hoitovastuu on jaettu reumatologian poliklinikan ja potilaan poliklinikalle lähettävän tahon kanssa, usein oman terveyskeskuksen kanssa. Perusohjauksen, kuten ohjauksen sairaudesta, lääkähoidosta ja itsehoidosta potilas saa erikoissairaanhoidon puolelta. Perusterveydenhuollon esimerkiksi terveyskeskuksen tehtävänä on seurata potilaan turvakokeiden vastauksia ja huomioida jos turvakokeissa on poikkeavuutta sekä ohjata potilasta turvakokeisiin liittyvissä asioissa. Terveyskeskuksen potilaan omalääkäri voi aina tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoidoa. Terveyskeskuksen lääkärin tulee olla tietoinen potilaan sairautentilasta. Potilaan sairautentilan stabiloiduttua siirtyy potilas jossain vaiheessa täysin esimerkiksi terveyskeskuksen seurantaan jatkohoitoon. Tällöin hoitovastuu siirtyy kokonaan terveyskeskukselle. Terveyskeskuslääkäri voi kirjoittaa potilaalle uuden lähetteen reumatologian poliklinikalle jos potilaan voinnissa tapahtuu reumasairauden osalta muutoksia.

Tutkimustulosten perusteella opinnäytetyöntekijälle syntyi vahva mielikuva siitä, että poliklinikalla selkärankareumapotilaan ohjauksesta tiedetään paljon ja selkärankareumapotilaan ohjausprosessi on selkeä ja ytimekäs, ja ohjattavuudeltaan itse sairaus helpompi kuin esimerkiksi nivelreuma. Myös työnjako ohjauksen suhteen poliklinikalla tuntui olevan melko selkeä. Hieman esiintyy päällekkäistä ohjausta reumatologin ja reumasairaanhoitajan välillä. Syy päällekkäiseen ohjaukseen saattaa olla se, että reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanotot usein ovat peräkkäin. Myös potilaalla on suuri vaikutus päällekkäisohjauksen esiintymisessä, koska potilaat saattavat kysyä samoja asioita reumatologilta ja reumasairaanhoitajalta. Selkärankareumapotilas saa siis paljon ohjausta. Ohjauksen laajuus määräytyy potilaan yksilöllisyys huomioiden. Pääasiassa potilas saa ohjausta reumatologilta ja reumasairaanhoitajalta, ja tarvittaessa poliklinikan erityistyöntekijöiltä.

Reumasairaanhoitaja vastaa potilaan hoitoon liittyvästä ohjauksesta. Hän on perehtynyt reumasairauksien hoitoon ja omaa sen johdosta tarvittavat taidot ja tiedot, joita selkärankareumapotilaan ohjauksessa tarvitaan. Reumatologian poliklinikalla potilasohjaus on aina yksilöllistä ja potilaan tarpeet sekä toiveet huomioidaan. Haastattelun perusteella reumasairaanhoitaja keskustelee paljon vastaanotoilla potilaan kanssa, muun muassa minkälaista hoito

on juuri hänen kohdallaan, kuinka hoitoa toteutetaan ja seurataan. Potilaan hoidon arviointitilanteessa reumahoitaja keskustelee potilaan kanssa, kuinka hänellä menee ja miten lääkitys on sujunut. Potilas voi olla reumahoitajaan yhteydessä puhelinaikoina hoitoon liittyvissä asioissa. Kaikilla vastaanottokerroilla potilaalle annetaan mahdollisuus käsitellä tunteita.

Prosessikuvaus kuvaa tällä hetkellä reumatologian poliklinikalla tapahtuvaa selkärankareumapotilaan ohjausta ja ohjauksen sisältöjä. Opinnäytetyön jatkotutkimuksena voitaisiin arvioida selkärankareumapotilaan potilasohjauksen laatua ja riittävyttä potilaiden näkökulmasta katsottuna tai onko selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessin kuvauksesta ollut Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalle hyötyä ja apua eli onko kyseinen poliklinikka hyödyntänyt prosessikuvausta työssään. Muista reumasairauksista voisi laatia samantyyllisen potilaan ohjauksen prosessikuvauksen.

Selkärankareumapotilaan prosessikuvausta voisi hyödyntää uuden työntekijän perehdytyksessä, jolloin uudelle työntekijälle havainnollistuu poliklinikan sen hetkinen toiminta ja käytännöt. Prosessikuvausta voisi myös hyödyntää ohjeistamalla henkilökuntaa eli tarkemmin sanottuna yhtenäistämällä toimintaa ja toimintamalleja. Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus mahdollistaa myös potilaan ohjausprosessin lähemmän tarkastelun ja potilaan ohjausprosessin intensiivisemmän analysoimisen. Luotu prosessikuvaus luo mahdollisuuden parantaa ja kehittää selkärankareumapotilaan ohjausta Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla.

Lähteet

- Hakala, M. 19.10.2009. Lääkäriin käsikirja - Selkärankareuma (ankylosoiva spondyliitti). Terveysportti. Luettu 8.12.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=selkärankareuma
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Meilahden Kolmiosairaala. 15.10.2010. Dokumentti. Luettu 30.12.2010.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;34635&print=1>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu-Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu.
- Isomäki, H., Leirisalo-Repo, M. & Hämäläinen, M. 1994. Reumataudit. Vammala. 2 uudistettu painos. Kustantanut Oy Duodecim 1987.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Kustantaja WSOY pro Oy.
- Kantola, S. 2007. Nivelreumapotilaan ohjaus. Pro gradu -tutkielma: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos; Oulun yliopisto.
- Kolmiosairaalahanke. 2008. Luettu 16.3.2009.
<http://www.welllifecenter.fi/Kolmiosairaalahanke.htm>
- Kuurne, S. & Murto, P. 11.3.2010. Sairaanhoitajan käsikirja: Selkärankareuma. Terveysportti. Luettu 8.12.2010
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=selkärankareuma
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy. 1. painos.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona - ideasta käytäntöön. 7.painos. Laatukeskus Excellence Finland, Keuruu.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parviainen, P. 2004. Keskenikäinen potilas: Terveystieteiden tuotannonohjaus. Jyväskylä.
- Mattila, J. 2006. Hoitoprosessi ja resurssien käyttö tertiäarisellä päivystyspoliklinikalla. Diplomityö. Espoo. Teknillinen korkeakoulu: Tuotannotalouden osasto, teollisuustalouden laboratorio. Luettu 22.11.2010
http://www.google.fi/webhp?hl=fi#hl=fi&source=hp&q=hoitoprosessi&aq=f&aqi=g3&aql=&aq=&gs_rfai=&fp=14ea8318b1520def
- Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L. & Kyngäs, H. 2007. Reuma. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Martio, J. & Isomäki, H. Suomen Reumaliitto ry - Selkärankareuma 8/2010. Luettu 9.1.2010.

<http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/selkarankareuma/>

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä.

Muhonen, R. 2006. Nivelreumapotilaiden arvioita sairaanhoitajan toteuttamasta lääkehoidon ohjauksesta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta; Hoitotiede: Terveystieteiden opettajankoulutus. Kuopion yliopisto.

Mäkeläinen, P. 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy. Kuopio university publications e. social sciences 167.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - Hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajaliitto 10/2006 pääkirjoitus Sairaanhoitaja lehdessä. Luettu 28.1.2010.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/

Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Selkärankareuma 7.7.2009-Pertti Mustajoki, sisätautien erikoislääkäri. Luettu 9.3.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00076&p_haku=selkäränkareuma

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen sisällön analyysi. Jyväskylä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki. Kustannusyhtiö Tammi.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. uudistettu painos. Helsinki. Kustannusyhtiö Tammi.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos: Oulun yliopisto.

QPR Software Oyj. 2008. QPR ProcessGuide.
<http://www.qpr.fi/qpr-processguide.html> Luettu 16.3.2008.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2006. Sisätaudit. WSOY. 1.-2. painos. Kustantaja: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Viitanen, J. & Lehtinen, K. 2000;55(45):4613-4617. Selkärankareuman kuntoutus. Suomen Lääkärelehti: Terveysportti. Luettu 8.12.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=selkarankareuma

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

Liitteet

Liite 1 Haastatteluteemat ja haastattelukysymykset

Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla

Haastatteluteemat

1. Potilaan ohjausprosessi
2. Ohjauksen sisältö
3. Ammattiryhmät, jotka osallistuvat potilaan ohjaukseen

Haastattelukysymykset

1. Mistä vaiheista koostuu selkärankareumapotilaan ohjausprosessi?
2. Mikä on selkärankareumapotilaan ohjauksen sisältö?
3. Mitkä eri ammattiryhmät osallistuvat selkärankareumapotilaan ohjaukseen?

Liite 2 Saatekirje ja haastattelusuostumus reumasairaanhoitajille

Hei

Nimeni on Saara Juvonen ja opiskelen terveydenhoitajaksi Laurea - ammattikorkeakoulussa Otaniemessä. Teen opinnäytetyötä selkärankareumaa sairastavan potilaan ohjauksesta Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla. Opinnäytetyöni tarkoitus on tuottaa selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskenteleville reumasairaanhoitajille. Pyydän suostumustanne haastateltavaksi. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kahta Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskentelevää reumasairaanhoitajaa selkärankareumapotilaan ohjauksen sisällöstä sekä potilaan ohjausprosessista Kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Haastatteluun pyydetään siis osallistumaan kahta Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla työskentelevää reumasairaanhoitajaa.

Haastattelun pohjalta laaditaan selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus, jonka jälkeen prosessikuvaus esitellään Kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla poliklinikan hoitohenkilökunnalle, jolloin vapaalla keskustelulla saa tuoda lisäyksiä tai korjauksia, mitkä korjataan opinnäytetyöhön.

Haastatteluun varataan aikaa noin 1-1½ tuntia ja haastattelu nauhoitetaan. Haastateltavat pysyvät nimettömänä opinnäytetyössä. Kaikki haastateltavien tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nauhoitettu haastattelu tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Olkaa ystävällisesti yhteydessä minuun, jos teille tulee kysyttävää.

Ystävällisin terveisin

Saara Juvonen
saara.juvonen@laurea.fi
050 xxx xxxx

Haastattelusuostumus

Pyydän Teidän suostumustanne Selkärankareumapotilaan ohjauksen prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan reumatologian poliklinikalla - opinnäytetyön haastatteluun sekä haastattelun nauhoittamiseen. Nauhoitettu haastattelu tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Tietonne käsitellään luottamuksellisesti.

Osallistun vapaaehtoisesti haastatteluun. Olen saanut informaatiota suoritettavasta ja nauhoitettavasta haastattelusta ja haastattelun sekä opinnäytetyön tarkoituksesta.

___ / ___ 2011

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3 Haastateltavien reumasairaanhoitajien taustatiedot

Ikä

18-24__25-31__ 32-38__ 39-45__ 46-52__ 53-59__ 60-65__

Sukupuoli

Mies:__ Nainen:__

Koulutus

Kauanko olette työskennellyt terveydenhoitoalalla:_____ vuotta.

Lisätietoa:

Kauanko olette työskennellyt Kolmiosairaan reumatologian poliklinikalla: _____ vuotta.

Lisätietoa:

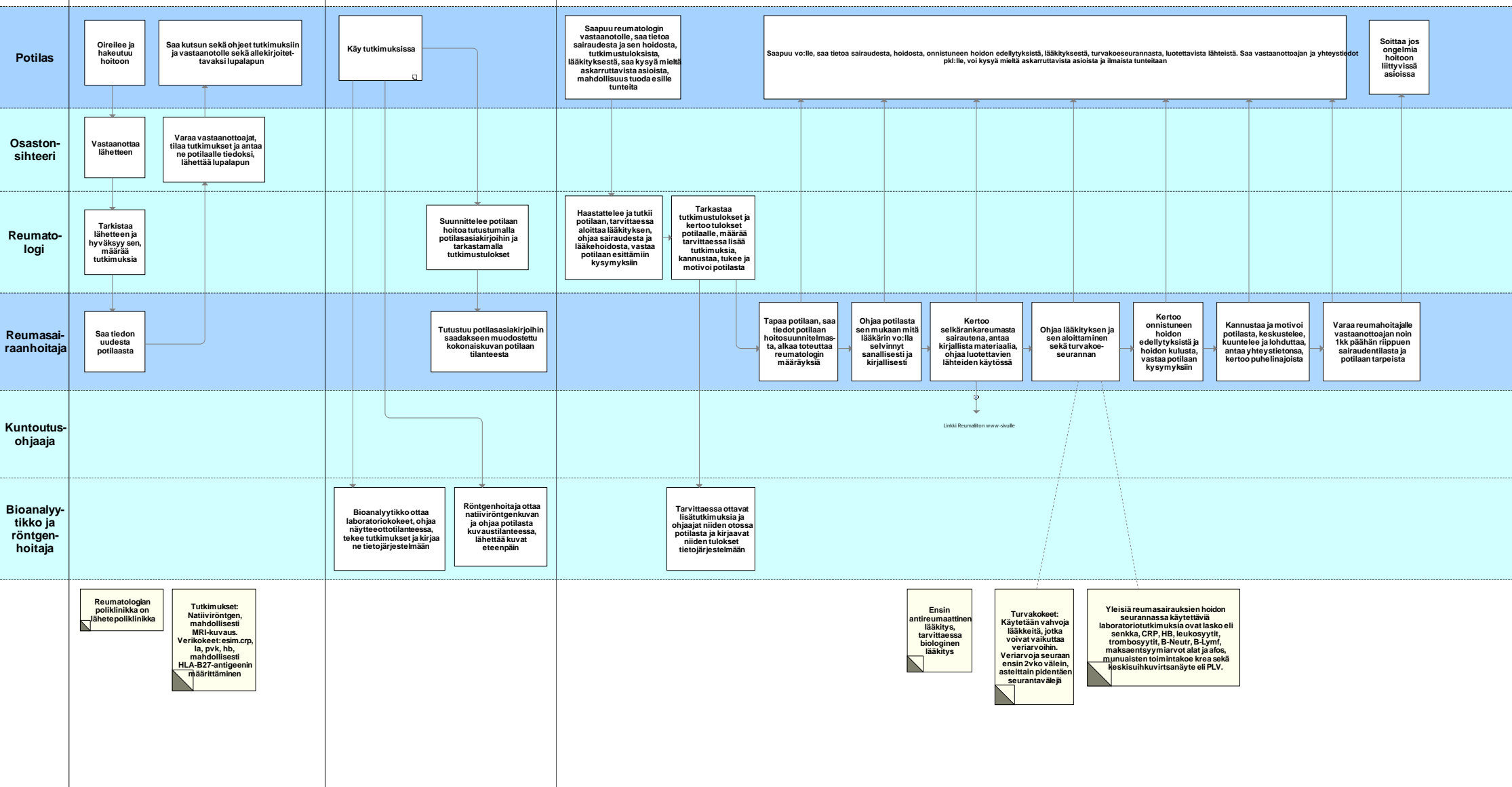
SELKÄRANKAREUMAPOTILAAN OHJAUKSEN PROSESSIKUVAUS MEILAHDEN KOLMIOSAIRAALAN REUMATOLOGIAN POLIKLINIKALLA

OHJAUKSEN SUUNNITTELU

OHJAUKSEN TOTEUTUS

Hoitosuhteen alkaminen poliklinikalla

Reumatologin ja reumasairaanhoitajan vastaanotto



SELKÄRANKAREUMAPOTILAAN OHJAUksen PROSESSIKUVAUS MEILAHDEN KOLMIOSAIRAALAN REUMATOLOGIAN POLIKLINIKALLA

OHJAUksen TOTEUTUS

Reumasairaanhoitajan toinen vastaanotto

Saapuu vo:lle noin 1kk kuluttua, saa tietoa itsehoidosta ja erityistyöntekijöiden yhteystiedot ja ottaa yhteyttä fysioterapeuttiin, saa kysyä mieltä askarruttavista asioista, mahdollisuus puhua tunteista

- Antaa elämäntapaohjausta (itsehoitoon ohjaus)
- Ohjaa potilaan tarvittaessa erityistyöntekijöille
- Vastaa potilaan kysymyksiin, kannustaa, tukee ja motivoi potilasta
- Varaa vastaanottoajan

Itsehoito: Omatoinisuuden tukeminen, ravitsemus- ja liikuntaohjaus, nivelten säästäminen, kivun ja jäykkyyden lievitys, tulehduskipulääkkeiden käyttö, tulehdustaisten ehkäisy, suun ja hampaiden hoito, jalkojen ja ihon hoito

Erityistyöntekijät: kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Fysioterapiaohjaus: Venytys- ja jumppaohjeet yms.

Reumatologin toinen vastaanotto

Saapuu vo:lle, kertoo voinnista, saa tietoa mahdollisista lääke muutoksista, voi kysyä mieltä askarruttavista asioista, saa uuden vastaanottoajan, tapaa reumahoitajan tarvittaessa

Haastattelee ja tutkii potilaan, tarkastaa lääkitysasiat ja tekee niihin tarvittaessa muutoksia, tarkastaa hoitovasteen, vastaa potilaan kysymyksiin, jos potilaasta otettu tutkimuksia/kokeita: tarkastaa ne

Tapaa tarvittaessa potilaan, varaa potilaalle seuraavan vastaanottoajan

Ensitetopäivät

Ottaa yhteyttä kuntoutusohjaajan

Saa tietoa ensitetopäivistä ja osallistuu halutessaan sellaiseen

Vastaa yhteydenottoon, kertoo kuntoutusmahdollisuuksista ja ensitetopäivistä, organisoii ensitetopäivän

Ensitetopäivät: Erityistyöntekijöitä kertomassa ja ohjaamassa selkärankareumasta ja siihen liittyvistä asioista. Potilaan omaiset saavat osallitua

Ensitetopäivät järjestetään muutaman kerran vuodessa, kertaluontoinen ja vapaaehtoinen

Puhelinohjaus

Soittaa tarvittaessa reumasairaanhoitajalle ja kysyy hoitoon liittyvissä asioissa

Antaa puhelinohjausta hoitoon liittyvissä asioissa puhelinvuoronta aikoina

OHJAUksen ARVIOINTI JA PÄÄTTYMINEN

OHJAUksen ARVIOINTI JA PÄÄTTYMINEN

Saapuu reumatologin vastaanotolle 9-12kk kuluttua, keskustele voinnistaan lääkärin kanssa, saa tiedon hoidon päättämisestä, tapaa tarvittaessa reumahoitajan, saa tietoa jatkohoidosta

Haastattelee ja tutkii potilaan, päättää hoidon päättämisestä, kun potilaan sairaudentila stabiloitunut, tiedottaa hoidon päättämisestä hoitotiimiä

Kirjoittaa potilaasta epikriisin jatkohoitopaikkaan

Tapaa potilaan tarvittaessa

Tekee potilaan käytitiedot eli siirtää potilaan hoidon avoterveydenhuollolle sähköisesti - uloskirjaus

Hoitosuhde reumatologian poliklinikalla päättyy

Lähtettää potilaan paperit jatkohoitopaikkaan

Tarvittaessa uusi lähete poliklinikalle jos tarvetta