



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tuula Nurminen

LISÄKILPIRAUHASSEN LIIKATOIMINTA

Kirjallinen potilasohje

Sosiaali- ja terveysala
2014

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tuula Nurminen
Opinnäytetyön nimi	Lisäkilpirauhasen liikatoiminta. Kirjallinen potilasohje
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	51 + 1 liite
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta Seinäjoen keskussairaalan endokrinologian poliklinikan tarpeisiin. Tavoitteena oli lisätä lisäkilpirauhasen liikatoimintapotilaiden sekä heidän läheistensä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta kirjallisen potilasohjeen avulla. Lisäksi tavoitteisiin kuului opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten käyttö tietopakettina sairaanhoitajan työn tukena.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sisältää tietoa lisäkilpirauhasesta, sen toiminnasta ja liikatoiminnasta, sairauden syistä, oireista sekä sen diagnostiikassa ja hoidon seurannassa käytettävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista. Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito-osuus koostuu leikkaus-, seuranta- ja lääkehoidosta sekä kalsiumin, D-vitamiinin ja nesteen saantisuosituksista. Lisäksi viitekehyksessä on käsitelty potilasohjausta yleisellä tasolla, kirjallista potilasohjetta sekä suullista potilasohjausta.

Jatkotutkimusehdotuksina esitettiin tällä opinnäytetyöllä tuotetun kirjallisen potilasohjeen lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta päivittämistä kahden – viiden vuoden kuluessa. Koska lisäkilpirauhaspotilailla ei ole omaa yhdistystä, tätä potilasryhmää hoitava taho voisi laadituttaa lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta internetsivut, joilta potilaat ja heidän läheisensä voivat hakea ajantasaista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä hoitoa tukevista palveluista. Uusien kirjallisten potilasohjeiden laatiminen on tärkeää alueilla, joilla niitä ei vielä ole. Lisäksi käytössä olevien kirjallisten potilasohjeiden päivittäminen on ajankohtaista.

Avainsanat	lisäkilpirauhanen, lisäkilpirauhasen liikatoiminta, primaarinen lisäkilpirauhasen liikatoiminta, potilasohjaus, kirjallinen potilasohje
------------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Tuula Nurminen
Title	Hyperparathyroidism. Written Patient Information
Year	2014
Language	Finnish
Pages	51 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to produce written patient information for the endocrinology outpatient clinic at Seinäjoki Central Hospital. The patient information has been made for patients suffering from hyperparathyroidism. The goal was to increase hyperparathyroidism patients' and their relatives' knowledge about the disease and its treatment. A further aim was to create a theoretical frame that could be used to support the work of a nurse.

The theoretical frame of the thesis contains information about parathyroid gland, its function and hyperfunction, the causes of the disease, the symptoms and also the laboratory tests and the medical imaging examinations, which are used in the diagnostics and the treatment. The treatment of hyperparathyroidism consists of surgery, follow-up, medical treatment and the recommended intake of calcium, vitamin D and fluid. Also patient education in general, written patient information and oral patient education have been dealt with in the theoretical frame.

A topic for further research could be to update the written patient information produced now within two to five years. Because there is not an own association for parathyroid patients, the health care providers taking care of this patient group could create a website for the patients and their relatives, where they can look for current information about the disease, the treatment and support services available. It would be important to draw up new written patient information in the areas, where they do not exist yet. It would be also important to update the written patient information that being used on the moment.

Keywords	Parathyroid, hyperparathyroidism, primary hyperparathyroidism, patient education, written patient information
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	10
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	11
	3.1 Projekti ja sen vaiheet	11
	3.2 Projektin SWOT-analyysi	12
4	LISÄKILPIRAUHANEN, SEN TOIMINTA JA LIIKATOIMINTA	14
	4.1 Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan syyt	15
	4.2 Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan oireet	16
	4.3 Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan tutkiminen	16
	4.3.1 Laboratoriotutkimukset	17
	4.3.2 Luuntiheysmittaus	19
	4.3.3 Lisäkilpirauhasen gammakuvaus ja ultraäänitutkimus	20
	4.4 Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito	21
	4.4.1 Leikkaushoito	22
	4.4.2 Seuranta	23
	4.4.3 Lääkehoito	23
	4.4.4 Kalsiumin, D-vitamiinin ja nesteen saanti	26
5	POTILASOHJAUS	28
	5.1 Kirjallinen potilasohje	31
	5.2 Suullinen potilasohjaus	33
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	35

7	POHDINTA.....	40
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	40
7.2	Projektin arviointi	41
7.3	Tuotoksen arviointi	43
7.4	Jatkotutkimusaiheet.....	46
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	

KUVALUETTELO

Kuva 1. Lisäkilpirauhaset.....	14
--------------------------------	----

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kirjallinen potilasohje lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta.....	52
---	----

1 JOHDANTO

Sairaanhoitokäytäntöjen muutoksen vuoksi hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet ja potilailta odotetaan entistä parempia valmiuksia itsensä hoitamiseen. Tästä syystä potilaiden tiedonhalu omasta sairaudestaan ja sen hoidosta on kasvanut. Muutoksesta johtuen resursseja suulliseen ohjaukseen on aikaisempaa vähemmän, joten suullista ohjausta on tarpeen tukea kirjallisilla ohjeilla. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.) Ohjausvelvollisuus perustuu lakiin (L17.8.1992/785) potilaan asemasta ja oikeuksista, joka määrittelee potilaan oikeuden saada tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidon vaikutuksesta siihen sekä eri hoitovaihtoehtoja ja niiden vaikutuksista. Tiedonsaantioikeus koskee myös muita hänen hoitoonsa liittyviä asioita, jotka vaikuttavat hoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Osana Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin potilasohjauksen kehittämishanketta tehdyn laajan tutkimuksen tulosten perusteella kirjallinen potilasohjaus osoittautui yhdeksi kehittämishaasteista (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006). Tutkimuksen (Kääriäinen, 2007) mukaan kolmasosa potilaista jäi ilman kirjallista ohjausmateriaalia, vaikka Kääriäisen väitöskirjassa esiteltyjen aikaisempien tutkimusten mukaan Arthur ja Clifford (1998), Martens (1998) sekä Semple ja McGowan (1998) pitävät kirjallista ohjausmateriaalia vaikuttavana ja taloudellisena menetelmänä täydentämään suullista ohjausta. Rees ja Bath (2000) painottavat, että kirjallinen ohjaus ei korvaa suullista ohjausta. Beger ja Cook (1998) sekä Mills ja Sullivan (1999) esittävät, että kirjallisen materiaalin avulla potilaat kykenevät lisäämään ja säilyttämään tietoaan sekä tarkentamaan ja palauttamaan mieleensä saamansa tiedon. Mills ja Sullivan (1999) toteavat, että kirjallisen ohjausmateriaalin välityksellä potilaan saama tieto välittyy myös potilaan läheisille. (Kääriäinen 2007, 35, 119–120.)

Lisäkilpirauhasen liikatoiminta on aiheena ajankohtainen ja tärkeä, koska se on yleinen sairaus. Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan esiintyvyys aikuisilla on noin 0,1–0,4 % väestöstä. Sairauden toteaminen on tyypillisintä yli 50–60 vuoden ikäisillä naisilla, kun taas lapsilla ja nuorilla sairaus on harvinainen. Esiintyvyydeltään primaarinen lisäkilpirauhasen liikatoiminta on 2–3 kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. (Pekkarinen 2007, 674; Salmela 2013; Välimäki & Mäkitie 2009, 285.) Opinnäytetyön tekijän työskennellessä sairaanhoitajana erään Pohjanmaalla sijaitsevan keskussairaalan endokrinologian poliklinikalla huomioitiin, että endokrinologian erikoisalan potilasohjeista on pulaa. Tämän vuoksi opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä projektina, jonka tuotokselle on käyttöä käytännön hoitotyössä. Aihevalintaan vaikutti lisäkilpirauhasen liikatoiminnan monivivahteisuus sairautena ja tieto tämän potilasryhmän tarpeesta saada kirjallinen potilasohje suullisen ohjauksen tueksi.

Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin projektiyhteistyönä Seinäjoen keskussairaalan sisätautien poliklinikan / endokrinologian poliklinikan kanssa. Projektin toteuttamista varten muodostettuun projektiryhmään kuuluivat osastonylilääkäri, apulaisosastonhoitaja, kaksi endokrinologian poliklinikan sairaanhoitajaa ja opinnäytetyön tekijä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä lisäkilpirauhasen liikatoimintaa sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Lisäksi opinnäytetyön teoreettista viitekehystä voidaan käyttää tietopakettina lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta sairaanhoitajan työn tukena.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla työelämälähtöinen projekti, jossa yhdistyvät käytännön toteutus ja sen tutkimusviestinnällinen raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan kehittäminen ja järjeistämisen. Toteutustavaltaan se voi olla ammatilliseen käyttöön tuotettu ohje, opas tai vihkonen. (Virkka & Airaksinen 2003, 9, 47.)

3.1 Projekti ja sen vaiheet

Hanke eli projekti on aikatauluun ja tiettyihin voimavaroihin sidottu kestävään tulokseen pyrkivä kertaluonteinen tehtäväkokonaisuus. Sen taustalla on usein jokin kehittämistarve. Jokaisella projektilla on omat tavoitteet, joilla kuvataan muutosta, mikä projektilla pyritään saamaan aikaiseksi sen hyödynsaajan kannalta. Projektin toteuttamiseksi laaditaan projektisuunnitelma. Projektisuunnitelmassa määritellään projektin tavoitteiden lisäksi sen toteutuksesta vastaava organisaatio, aikataulu sekä siinä käytettävät voimavarat ja työmenetelmät. Projektisuunnitelma hyväksytetään kaikilla projektin sidosryhmillä, minkä jälkeen tehdään lopullinen projektin toteutus päätös ja projekti voidaan käynnistää. (Ruuska 2006 18, 75–76; Silfverberg 2007, 5.)

Elinkaarensa aikana projekti jakautuu suunnitteluun, seurantaan, toteutukseen, arviointiin ja päättämiseen. Vaiheiden välillä voi olla riippuvuuksia ja ne voivat olla limittäin toistensa kanssa. Aikaisempaan vaiheeseen voidaan joutua palaamaan, kun seuraava vaihe on jo käynnissä. Projektin tulisi aina olla oppiva prosessi, mikä on mahdollista projektin kriittisen seurannan ja arvioinnin avulla. Suunniteltua toimintamallia on muutettava, jos projektin toteutuksen aikana arvioidaan, että sen tavoitteita ei saavuteta alkuperäisen suunnitelman puitteissa tai tavoitteet ovat epärealistisia. Jokaiseen projektiin on luotava oma raportointi- ja tiedotusjär-

jestelmä seurannan ja arvioinnin työvälineeksi. (Ruuska 2006, 27–28; Silfverberg 2007, 10–12.)

Ruuskan (2006, 239, 242, 247–250) mukaan projekti päätetään, kun projektisuunnitelmassa määritellyt tehtävät on saatettu loppuun, tuotos on tarkastettu ja hyväksytty. Päättämisen yhteydessä vastuu tuotoksesta, sen käytöstä, ylläpidosta ja jatkokkehittämisestä siirretään tilaajalle. Projektia arvioidaan; mitä projektista opittiin, mikä siinä toimi hyvin ja mitä olisi voinut tehdä paremmin. Projektin loppuraportti luovutetaan tilaajalle.

3.2 Projektin SWOT-analyysi

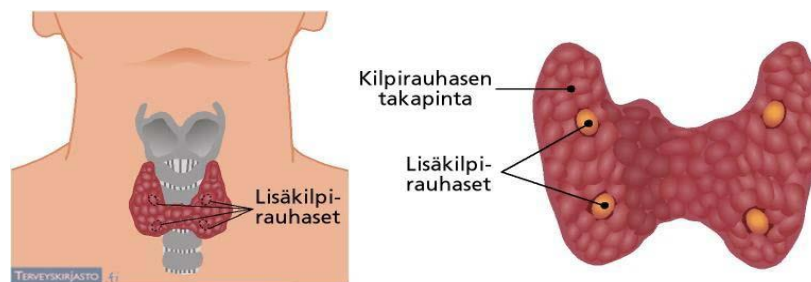
SWOT-analyysi eli ns. nelikenttäanalyysi on tärkeä työväline työpaikalla tapahtuvan oppimisen ja sen toimintaympäristön kokonaisuuden jäsentelyssä. Käsite SWOT tulee englanninkielisistä sanoista Strengths eli vahvuudet, Weaknesses eli heikkoudet, Opportunities eli mahdollisuudet ja Threats eli uhat. Käsitteet jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin; sisäisiin tekijöihin kuuluvat kohdeorganisaatioon liittyvät vahvuudet ja heikkoudet, ulkoisiin tekijöihin puolestaan ympäristöön liittyvät mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysi tehdään, kun projektin toteutus päätös on tehty. (Opetushallitus 2014.) Tälle toiminnalliselle opinnäytetyölle laadittua SWOT-analyysia kuvaillaan seuraavissa kappaleissa.

Vahvuutena pidettiin lisäksi kirjauskeskuksen liikatoimintapotilaan kirjallisen ohjeen tarvetta. Työelämän edustajien asiantuntemuksen käyttö projektin resurssina oli yksi merkittävistä vahvuuksista. Niitä lisäsivät opinnäytetyön tekijän pitkä työkokemus endokrinologian poliklinikalla ja motivaatio projektin läpiviemiseen. Heikkoudeksi arvioitiin potilasohjeen ulkoisuus. Tuotospöytäkirja tulee sähköiseen muotoon, josta se monistetaan paperille mustavalkoisena julkaisuna. Projektin kireä aikataulu oli myös yksi heikkous. Kun heikkoudet ovat etukäteen tiedossa, niihin voidaan varautua huolellisella suunnittelulla.

Mahdollisuuksina pidettiin opinnäytetyön tekijän halua syventää tietojaan ja taitojaan, mihin uusi oppimisympäristö luo hyvät puitteet. Opinnäytetyön tekeminen yksin oli myös mahdollisuus, koska silloin ei ole riippuvainen toisen henkilön aikataulusta, vaan työhön voi paneutua aina, kun se itselle sopii. Uhkana pidettiin projektin päättämisen viivästymistä odottamattomien syiden vuoksi, joihin ei voi varautua ennakolta, mutta jos niitä tulee, tilanne on hoidettava siihen parhaiten sopivalla tavalla.

4 LISÄKILPIRAUHANEN, SEN TOIMINTA JA LIIKATOIMINTA

Lisäkilpirauhanen on umpieritysrauhanen. Rauhasia on tavallisesti neljä, 13 %:lla väestöstä niitä voi olla enemmänkin. Lisäkilpirauhaset sijaitsevat kaulan etu-alaosassa kilpirauhasen takapinnan läheisyydessä kaksi sen kummallakin puolella, yksi yläosassa ja toinen alaosassa (ks. kuva 1). Kooltaan ne ovat hyvin pieniä ja painavat noin 20–50 mg kappale. (Arola 2012, 1; Mustajoki 2012, 1; Välimäki & Mäkitie 2009, 272.)



Kuva 1. Lisäkilpirauhaset (www.terveysportti.fi, 2008).

Lisäkilpirauhaset tuottavat verenkiertoon lisäkilpirauhashormonia, joka osallistuu kalsiumin aineenvaihdunnan säätelyyn elimistössä. Kun veren kalsiumpitoisuus on matala, lisäkilpirauhashormonin erityks lisääntyy, minkä seurauksena veren kalsiumpitoisuus normalisoituu. Kun taas veren kalsiumpitoisuus on korkea, lisäkilpirauhashormonin erityks vähenee ja veren kalsiumpitoisuus palautuu normaalille tasolle. Lisäksi lisäkilpirauhashormonin erityksen säätelyyn vaikuttavat ravinnon kalsiumin määrä ja sen imeytyminen suolistosta, D-vitamiinin saannin määrä ja sen aineenvaihdunta sekä luuston, maksan ja munuaisten toiminnot. (Mustajoki 2012, 1; Salmela 2013.)

Lisäkilpirauhasen liikatoiminnassa lisäkilpirauhaset erittävät verenkiertoon liikaa lisäkilpirauhashormonia verrattuna veren kalsiumpitoisuuteen. Lisääntyneen lisäkilpirauhashormonierityksen vaikutuksesta kalsiumia vapautuu luusta verenkiertoon ja kalsiumin erittyminen virtsaan vähenee, mikä johtaa veren kalsiumpitoisuuden nousuun. (Mustajoki 2012, 1.) Lisäkilpirauhashormonin lisääntynyt erityys kiihdyttää luun haurastumista (Matikainen 2014, 1404).

4.1 Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan syyt

Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan synnyn syy on edelleen epäselvä. Sairauden yleisimmäksi aiheuttajaksi on todettu yksittäinen hyvänlaatuinen lisäkilpirauhaskasvain, harvemmin usean lisäkilpirauhasen liikakasvu tai erittäin harvoin lisäkilpirauhasen syöpä. (Eloranta 2010, 64; Kiviniemi, Eloranta & Mäkelä 2013, 1973; Välimäki & Mäkitie 2009, 285.) Lapsuudessa saadulla kaulan alueen sädetyksellä ja pitkäaikaisella litiumlääkityksellä katsotaan olevan yhteyttä primaariseen lisäkilpirauhasen liikatoimintaan (Maccoci & Cetani 2011, 2390).

Sekundaarisesta lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta puhutaan, kun ongelmana on veren matala kalsiumpitoisuus, joka aiheuttaa lisäkilpirauhashormonin lisääntyneen erityksen. Tila voi syntyä munuaisten vajaatoiminnan tai D-vitamiinin puutteen seurauksena. (Michels & Kelly 2013, 251; Salmela 2013; Välimäki & Mäkitie 2009, 284.) Pitkään kestäneen sekundaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan seurauksena voi munuaisten kroonista vajaatoimintaa sairastavilla potilailla kehittyä tertiäärinen lisäkilpirauhasen liikatoiminta. Siinä pitkäaikainen lisäkilpirauhashormonin liikaeritys on muuttunut autonomiseksi. (Michels & Kelly 2013, 251.)

Familiaalinen hypokalsiurinen hyperkalsemia on kromosomeissa vallitsevasti periytyvän kalsiumia aistivan reseptorin hyvänlaatuinen häiriö. Reseptorin vähentyneen herkkyyden vuoksi vasta korkea veren kalsiumpitoisuus saa lisäkilpirauhashormoni tuotannon pienenemään. Samasta syystä kalsiumin takaisinimey-

tyminen munuaisissa on lisääntynyt ja virtsaan erittyvän kalsiumin määrä vähentynyt. (Matikainen 2014, 1407; Pekkarinen 2007, 674; Välimäki & Mäkitie 2009, 291.)

4.2 Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan oireet

Kohonneita veren kalsiumarvoja löytyy muiden sairauksien tai terveystarkastusten yhteydessä otetuissa laboratoriotutkimuksissa sattumalta, jolloin potilaat ovat useimmiten oireettomia tai vähäoireisia. Veren korkeasta kalsiumpitoisuudesta johtuviin yleisoireiden joukkoon voivat kuulua muun muassa väsymys, pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus, sydämen rytmihäiriöt, vatsakivut, ummetus, jano ja runsas virtsaneritys. Tuki- ja liikuntaelimestöstä peräisin olevina oireina voi esiintyä lihasheikkoutta sekä lihas-, luu- ja nivelkipuja. Neuropsykiatrisina oireina voi esiintyä mielialan laskua, ärtyisyyttä, ahdistuneisuutta ja vanhuksilla dementian kaltaista sekavuutta. (Hannula 2010, 2193; Välimäki & Mäkitie 2009, 285–287.)

Lisäkilpirauhasen liikatoimintaan liittyviä tyypillisiä löydöksiä ovat korkea verenpaine, munuaisten vajaatoiminta, munuais- ja virtsatiekivien muodostuminen sekä osteoporoosi, joka on luunmurtumille altistava luun tiheyden alenemisesta johtuva sairaus (Hannula 2010, 2193; Välimäki & Mäkitie 2009, 286–287, 315).

4.3 Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan tutkiminen

Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan diagnoosiin päästään määrittämällä veren ionisoitunut kalsium ja lisäkilpirauhashormoni. Muita erotusdiagnostiikkaan ja hoito-
linjan valintaan tarvittavia laboratoriotutkimuksia ovat veren D-vitamiini, kreatiniini ja alkalinen fosfataasi sekä vuorokausivirtsan kalsium ja kreatiniini. (Pekkarinen 2007, 674; Välimäki & Mäkitie 2009, 291–292.) Tutkimustulosten arvioinnissa on huomioitava, että laboratorionäytteiden viitearvot vaihtelevat keskussai-

raaloittain (Kauppinen-Mäkelin 2013, 1). Luuntiheysmittauksella selvitetään luuston tilaa. Lisäkilpirauhasen gammakuvauksen ja ultraäänitutkimuksen avulla pyritään paikantamaan vaurioituneen lisäkilpirauhasen sijainti. (Välimäki & Mäkitie 2009, 287.)

4.3.1 Laboratoriotutkimukset

Ionisoitunut kalsium, fS-Ca-ion, määritetään verestä lisäkilpirauhasen toiminnan, luuston tilan ja kouristuskohtausten selvittämiseksi. Ionisoitunut kalsium ilmaisee vapaan kalsiumin määrän veressä. Ennen näytteenottoa paastotaan 12 tuntia, tilannekohtaisesti näyte voidaan ottaa myös ilman paastoa. Näyte otetaan laboratoriossa sen huonon säilyvyyden vuoksi. Ionisoituneen kalsiumin viitearvo on 1.18–1.30 mmol/l. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Intaktin parathormonin määrittäminen verestä, fP-PTHInt, kuvaa todellista lisäkilpirauhashormonituotantoa. Tutkimuksen tarkoitus on elimistön kalsiumaineenvaihdunnan selvittäminen. Jos potilaalla on korkea veren kalsiumpitoisuus, kohonnut intakti PTH-pitoisuus on merkki primaarisesta lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta. Ennen näytteenottoa on paastottava 12 tuntia, näyte otetaan aamulla ennen kello kymmentä. Viitearvo on 1.0–6.8 pmol/l. (Etelä-Pohjanmaa sairaanhoitopiiri 2012 b; Pallan, Rahman & Khan 2012.)

Veren D-vitamiinimäärityksellä, S-D-25-OH, selvitetään kehon D-vitamiinipitoisuutta, sen puutos- ja yliannostelutiloja sekä kalsiumaineenvaihdunnan häiriöitä. Näytteen ottaminen ei edellytä paastoamista. D-25-OH -vitamiinin tavoitetaso on yli 50 nmol/l, joka tulisi saavuttaa kaikkina vuodenaikoina. Yli 80 nmol/l vitamiinitaso on suositeltava luuston kunnon kannalta. Myrkytysoireita saattaa ilmetä 400 nmol/l ylittävällä vitamiinitasolla. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 a; HUSLAB 2013 a; Käypä hoito 2014.)

Kreatiniini, P-Krea, tutkitaan verestä munuaisten toiminnan selvittämiseksi. Kreatiniinipitoisuus voi kohota munuaisten vajaatoiminnassa ja verenkiertovajauksessa tai virtsatiekivien johdosta. Runsaasti lihaa sisältävä ateria voi nostaa veren kreatiniinipitoisuutta jopa 20 %, joten luotettavamman tuloksen saamiseksi suositellaan 12 tunnin paastoa ennen näytteenottoa. Veren kreatiniinipitoisuus on verrannollinen potilaan lihasmassaan. Viitearvot ovat naisilla 50–90 $\mu\text{mol/l}$ ja miehillä 60–100 $\mu\text{mol/l}$. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012 a; HUSLAB 2013 c.)

Verestä tutkittava alkalinen fosfataasi, P-AFOS, on peräisin maksan, luuston ja suoliston kudosten isoentsyymeistä. Veren alkalinen fosfataasi -pitoisuus on kohonnut muun muassa luuston sairauksissa, lisäkilpirauhasen liikatoiminnassa, maksan ja sappiteiden sairauksissa sekä syöpätautien yhteydessä. Näytteenotto ei edellytä paastoamista. Viitearvot aikuisilla 18 vuotta täyttäneillä ovat 35–105 U/l ja raskaana olevilla naisilla 35–270 U/l. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)

Vuorokausivirtsan kalsiumtutkimuksella, dU-Ca, selvitetään kalsiumin erittymisen määrää virtsaan vuorokauden aikana. Tutkimuksen avulla saadaan tietoa lisäkilpirauhasen toiminnasta ja D-vitamiinin vaikutuksista. Ravinnon sisältämän kalsiumin ja luukudoksen aineenvaihdunnan määrä vaikuttavat virtsaan erittyvän kalsiumin määrään. Erityksen määrä on lisääntynyt tiloissa, joissa veren kalsiumpitoisuus on kohonnut ja potilaalla ei ole munuaisten vajaatoimintaa. Viitearvo on 1.3–5.5 mmol. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013; HUSLAB 2013 b.)

Vuorokausivirtsan kreatiniinin määrittelyllä, dU-Krea, selvitetään vuorokauden aikana virtsaan erittyvän kreatiniinin määrää. Virtsan kreatiniinieritys on verrannollinen potilaan lihasmassaan. Virtsankeräyksen aikainen fyysinen rasitus ja runsaasti lihaa sisältävä ateria saattavat lisätä kreatiniinin eritystä. Pääasiassa vuorokausivirtsan kreatiniinin määrittely tehdään yhdessä veren kreatiniinimäärittelyn kanssa kreatiniinipoistuma-arvon laskemiseksi. Kreatiniinin erityksen virtsaan on alentunut yleensä vaikeiden munuaissairauksien yhteydessä. Viitearvot ovat nai-

silla 6–13 mmol ja miehillä 9–19 mmol. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012 a; HUSLAB 2010.)

4.3.2 Luuntiheysmittaus

Luun tiheyden mittaamenetelmä perustuu röntgensäteiden avulla tapahtuvaan luun kokonaismineraalitiheyden mittaamiseen. Luuntiheysmittaus tehdään luuston tilan selvittämiseksi, koska luun lujuus on riippuvainen sen tiheydestä. Luun tiheys on ainut mitattavissa oleva osteoporoosin määritelmään kuuluva tekijä. Mittauksen avulla osteoporoosi voidaan todeta jo ennen murtumaa. Mittaus tehdään tavallisesti vasemman reisiluun kaulasta, sen koko yläosasta ja lannerangasta (L1–L4). Tutkimuksen röntgensäteily on vähäistä ollen vain noin 10 % tavallisen keuhkoröntgentutkimuksen säteilyannoksesta. Tutkimuksen toistettavuus on hyvä. (Käypä hoito 2014; Välimäki & Mäkitie 2009, 320–321.)

Tutkimuspäivänä tutkittava voi syödä, juoda ja ottaa lääkkeet normaalisti. Kuitenkin on huomioitava, että tutkimuspäivän aamuna otetut kalsium- ja rautavalmisteet sekä osteoporoosilääkkeet saattavat häiritä kuvien tulkitsemista. Näiden valmisteiden otto on tuolloin vältettävä. Tutkimuksissa käytetyt varjoaineet ja radioaktiiviset lääkkeet haittaavat tutkimustulosten tulkitsemista. Luuntiheysmittaus suositellaan tehtäväksi vasta viikon kuluttua varjoainetutkimuksista ja vähintään yhden päivän kuluttua isotooppitutkimuksista. Raskaus on vasta-aihe tutkimuksen tekemiselle. Tutkimuksen aikana tutkittava makaa selällään tutkimuspöydällä. Tutkimus on kivuton ja siihen kuluu aikaa noin 30 minuuttia. (HUSLAB 2013 d.)

Luuntiheysmittaustulokset perustuvat mitatun luuntiheyden poikkeamaan luun huipputiheydestä, joka vastaa 20–40 -vuotiaiden terveiden naisten keskimääräistä luuntiheyttä. Mittaustulosten tulkinnan yhtenäistämiseksi käytetään keskihajontayksiköitä (SD, standard deviation tai T-luku). Tulokset ilmoitetaan erikseen reisiluun ja lannenikamien osalta. Luuntiheys on normaali, kun T-luku > -1 . Luuntiheys on vähentynyt ja kyseessä on osteopenia, kun $-2,5 < T\text{-luku} < -1$. Osteopo-

roosi on kyseessä, kun luuntiheys on pienentynyt 2,5 SD tai enemmän ja T-luku < -2,5. (Käypä hoito 2014; Välimäki & Mäkitie 2009, 322.)

4.3.3 Lisäkilpirauhasen gammakuvaus ja ultraäänitutkimus

Lisäkilpirauhasen gammakuvausten tarkoituksena on selvittää lisäkilpirauhasen toiminnallisia ja aineenvaihdunnallisia muutoksia sekä paikantaa lisäkilpirauhasmuutokset ennen leikkaushoitoa. Gammakuvausta ei kuitenkaan voida pitää diagnostiikan välineenä, koska negatiivinen kuvaustulos ei sulje pois lisäkilpirauhasen liikatoimintaa. Kuvausmenetelmä perustuu radioaktiivisen lääkkeen erilaiseen hakeutumiseen kilpirauhas- ja lisäkilpirauhaskudoksiin lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Kuvaus suoritetaan ulkoisella säteilynhavaintsijalla, gammakameralla. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 b; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 c; Hellsten, Mussalo, Vanninen, Alhava & Niskanen 2004, 1013; Pallan ym. 2012.)

Ennen lisäkilpirauhasen gammakuvausta tutkittava voi syödä ja juoda normaalisti. Käytössä oleva kilpirauhashormonilääkitys Thyroxin tauotetaan kolme viikkoa ennen tutkimusta, ellei hoitava lääkäri näe tauotukselle estettä. Vasta-aiheita tutkimukselle ovat raskaus tai sen epäily ja imetys. Mahdollisesta jodiallergiasta on ilmoitettava etukäteen isotooppitutkimusyksikön hoitajalle. Aikaa tutkimukseen kuluu noin 5 tuntia. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 d.)

Tutkimuksen alkuvaiheessa annetaan tutkittavan kyynärvarren laskimoon annos radioaktiivista lääkettä, joka hakeutuu sekä kilpirauhas- että lisäkilpirauhaskudokseen. Molemmat kudokset näkyvät aktiivisina gammakuvauksessa. Kahden tunnin kuluttua ensimmäisestä radioaktiivisesta lääkeannoksesta, annetaan toinen annos. Odotusajan voi viettää vapaasti oleskellen. Kuvaus aloitetaan viiden minuutin kuluttua toisen radioaktiivisen lääkeannoksen antamisesta. Kuvissa näkyy potilaan kilpirauhanen ympäristöineen välikarsina mukaan lukien. Kuvaus tehdään vielä uudelleen noin tunnin kuluttua edellisestä kuvauksesta. Kolmen tunnin kuluttua radioaktiivinen lääke on lähes poistunut kilpirauhaskudoksesta, lisäkilpirauhasen

kasvain tai sen liikakasvu eivät ole luovuttaneet merkkiainetta kudoksistaan ja näkyvät aktiivisina kuvissa. Lisäkilpirauhasen gammakuvauksen tulos varmistetaan yleensä kaulan ultraäänitutkimuksella. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 c; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 d; Välimäki & Mäkitie 2009, 287.)

Lisäkilpirauhasen gammakuvauksessa käytettävän radioaktiivisen lääkkeen aine määrä on pieni, joten sillä ei ole vaikutusta tutkittavan elimen tai elimistön toimintaan eikä tutkittavan vointiin. Tutkittavan kehoon jää vähäistä radioaktiivisuutta tutkimuksen jälkeen, minkä vuoksi tutkimuspäivänä on vältettävä pitkäaikaista lähikontaktia pienten lasten ja raskaana olevien naisten kanssa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 b; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 d.)

Lisäkilpirauhasta voidaan tutkia ultraäänellä, joka perustuu ihmisen kudoksissa värähtelynä eteneviin ääniaaltoihin. Tutkimuksessa röntgenlääkäri liikuttaa ultraäänianturia tutkittavan iholla tutkittavan kohteen päällä. Anturin ja ihon välissä käytettävä tutkimusgeeli tehostaa ääniaaltojen etenemistä anturin ja tutkittavan kohteen välillä. Ultraäänitutkimus on tutkittavalle turvallinen ja vaivaton, sitä varten ei tarvita esivalmisteluja. (Hellsten ym. 2004, 1016; Mustajoki & Kaukia 2008.)

4.4 Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito

Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito arvioidaan kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti. Hoitolinjan valintaan vaikuttavat potilaan omien toivomusten lisäksi muun muassa sairauden aiheuttamat oireet, potilaan ikä ja terveydentila, luustolöydökset sekä veren kalsiumpitoisuus ja virtsaan erittyvän kalsiumin määrä. (Salmela 2013; Välimäki & Mäkitie 2009, 288.)

4.4.1 Leikkaushoito

Leikkaushoito on ainoa primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan parantava hoitomuoto, jolla poistetaan vaurioitunut lisäkilpirauhanen. Leikkaushoitoa ehdotetaan potilaalle yhdenkin leikkausaiheen täytyessä. (Kiviniemi ym. 2013, 1973; Michels & Kelly 2013, 253; Välimäki & Mäkitie 2009, 288.) Kansainvälisten suositusten mukaisia leikkaushoidon aiheita primaarista lisäkilpirauhasen liikatoimintaa sairastavilla potilailla ovat: alle 50 vuoden ikä, veren ionisoitunut kalsiumpitoisuus on yli 1,5 mmol/l toistetuissa mittauksissa, todetut munuais- tai virtsatiekivet, munuaisten vajaatoiminta, virtsaan erittyvän kalsiumin määrä on yli 10 mmol vuorokaudessa, luuntiheysmittauksessa todettu osteoporoosi tai osteoporoosista johtuva luunmurtuma sekä oireeton työkäinen potilas, jolla veren ionisoitunut kalsium on toistuvasti yli 1,4 mmol/l. Muita aiheita harkita leikkaushoitoa ovat potilaan neuropsykiatristen oireiden nopea kehittyminen ilman muuta syytä, nuoren naispotilaan raskauden suunnittelu ja vaikeus järjestää potilaan sairauden asianmukainen seurantahoito. (Bilezikian, Khan & Potts 2009, 337–338; Hannula 2010, 2197; Michels & Kelly 2013, 253; Välimäki & Mäkitie 2009, 288–289.)

Kehittyneiden leikkaustekniikoiden ansiosta leikkaushoito on turvallinen hoitomuoto. Yli 95 %:ssa leikkauksista potilaan lisäkilpirauhastoiminta palautuu normaaliksi. Mahdollisina komplikaatioina leikkauksessa voi tulla äänihuulten halvaus, joka aiheutuu äänihuulia liikuttavan hermon vaurioitumisesta. Leikkauksen jälkeisen kalsiumaineenvaihdunnan laman vuoksi veren kalsiumpitoisuus voi laskea tilapäisesti liian alas. Siksi veren ionisoituneen kalsiumin ja lisäkilpirauhashormonipitoisuuden määrittäminen on aloitettu leikkauksen aikana ja heti sen jälkeen. Tilanne korjataan yleensä lyhytaikaisella kalsium- ja D-vitamiinilisän käytöllä. Leikkauksen jälkeen veren kalsiumpitoisuutta seurataan yhden kuukauden sekä 12 kuukauden kuluttua leikkauksesta, tarvittaessa useammin. Kontrollit jatkuvat muutaman vuoden ajan avoterveydenhuollossa. (Kiviniemi ym. 2013, 1975; Michels & Kelly 2013, 254; Salmela 2013; Välimäki & Mäkitie 2009, 290.)

4.4.2 Seuranta

Seuranta on riittävä hoitomuoto oireettomilla tai vähäoireisilla primaarista lisäkilpirauhasen liikatoimintaa sairastavilla potilailla, jotka eivät täytä leikkaushoidon kriteereitä. Osa potilaista ei voida leikata muiden sairauksien aiheuttamien riskien vuoksi. Osa potilaista ei halua leikkaushoitoa, vaikka leikkaukskriteerit täyttyvät. Näissä tilanteissa oireiden kehittymistä seurataan tarkasti sekä lääkehoidon mahdollisuutta harkitaan sairauden etenemisen ehkäisemiseksi ja oireiden lievittämiseksi. (Bilezikian ym. 2009, 338; Michels & Kelly 2013, 254; Välimäki 2011, 735.)

Seurannassa olevilta potilailta tutkitaan kerran vuodessa veren ionisoitunut kalsium ja veren kreatiniini. Luuntiheysmittaus ja veren D-25-OH -vitamiinipitoisuuden määrittäminen toistetaan kahden vuoden välein, tarvittaessa useammin. Kontrollien yhteydessä arvioidaan potilaan vointia, sairauden etenemistä sekä etenkin potilaan muistin tilaa ja siitä mahdollisesti johtuvia elämänhallinnan ongelmia. Noin neljäsosalle seurantapotilaista kehittyy leikkaushoitoa vaativa sairaus, jolloin on tarpeen tehdä uusi leikkausarvio. (Marcocci & Cetani 2011, 2394; Hannula 2010, 6; Välimäki 2011, 735.)

4.4.3 Lääkehoito

Primaariseen lisäkilpirauhasen liikatoimintaan ei toistaiseksi ole olemassa parantavaa lääkehoitoa. Sairauden etenemisen hidastamiseksi ja oireiden lievittämiseksi on käytettävissä lääkehoitovaihtoehtoja; sinakalseetti ja osteoporoosilääkkeet. Lääkehoitoa harkitaan potilaille, joilla on tarve veren kalsiumpitoisuuden alentamiseen, luuston suojaamiseen tai molempiin. Sinakalseetin ja osteoporoosilääkkeen yhteiskäyttöä on harkittava joidenkin potilaiden kohdalla. (Marcocci & Cetani 2011, 2394; Pallan ym. 2012.)

Sinakalseettia käytetään primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoimintapotilaalla liian korkean veren kalsiumpitoisuuden laskemiseksi tilanteissa, joissa lisäkilpirauhasleikkausta ei voida tehdä tai lisäkilpirauhasleikkauksen jälkeen veren kalsiumpitoisuus on edelleen korkea. Sinakalseetin veren korkeaa kalsiumpitoisuutta alentavan vaikutuksen johdosta se suojaa aivoja ja munuaisia, mutta ei vaikuta luun tiheyteen. (Khan, Grey & Shoback 2009, 380; Lääketietokeskus 2014 b; Välimäki 2007, 735.)

Sinakalseetti otetaan suun kautta ruokailun yhteydessä tai heti sen jälkeen. Tablettia ei saa jakaa, se on nieltävä kokonaisena. Lääkehoidon aikana seurataan potilaan vointia ja veren kalsiumpitoisuus määritetään 2–4 viikon välein. Lääkkeen annostusta säädetään verikoetulosten ja potilaan voinnin perusteella. (Lääketietokeskus 2014 b; Välimäki 2007, 736.) Sinakalseetin tavallisimpia sivuvaikutuksia ovat pahoinvointi ja oksentelu, jotka menevät yleensä itsestään ohi. Muita yleisiä sivuvaikutuksia ovat huimaus, päänsärky, ruokahaluttomuus, allergiset reaktiot, ihottuma, voimattomuus, vatsakivut ja ripuli sekä hengitysvaikeudet. Lisäksi saattaa esiintyä lihassärkyä ja -kouristuksia, suonenvetoa tai verenpaineen ja veren kalsiumpitoisuuden laskua sekä suun ympärillä voi tuntua pistelyä ja puutumista. (Lääketietokeskus 2014 b.)

Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan yhteydessä käytettävien osteoporoosilääkkeiden tavoitteena on luunmurtumien synnyn ehkäiseminen. Osteoporoosilääkkeet suojaavat luustoa, mutta ne eivät laske veren kalsiumpitoisuutta. Lääkehoidon aloittamisen kriteereitä ovat sairastettu luunmurtuma tai luuntiheysmittauksessa todettu osteoporoosi. Lääkitys on aina yksilöllistä niin lääkevalinnaltaan kuin kestoaltaankin ja se perustuu arvioituun potilaan luunmurtumariskiin. (Käypä hoito 2014; Välimäki 2011, 735.)

Ensisijainen lääke osteoporoosin hoidossa on suun kautta annosteltava bisfosfonaatti. Vasta-aiheita näiden lääkkeiden käytölle ovat kykenemättömyys olla kohoasennossa puolen tunnin ajan, veren matala kalsiumpitoisuus ja ruokatorven poikkeavuudet, jotka hidastavat sen tyhjenemistä. Ennen bisfosfonaattilääkityksen

aloittamista on suositeltavaa käydä hammaslääkärissä tarkastuttamassa ja hoidattamassa hampaat. Lääkehoidon aikana on huolehdittava riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista. Lääkkeiden sivuvaikutuksina saattaa ilmetä vatsakipuja, ummetusta, ripulia ja ilmavaivoja sekä luusto-, nivel- ja lihaskipuja. (Käypä hoito 2014.)

Bisfosfonaateista alendronaatti ja risedronaatti otetaan kerran viikossa, ibandronaatti kerran kuukaudessa. Lääkkeet ovat huonosti imeytyviä. Tabletti otetaan aamulla vähintään 30 minuuttia ennen aamupalaa suun kautta täyden vesilasillisen kanssa. Tabletti on nieltävä kokonaisena, sitä ei saa pureskella eikä antaa sen sulaa suussa. Lääkkeenoton jälkeen on istuttava tai oltava jalkeilla puolen tunnin ajan. Lääkkeen ottamisesta annettuja ohjeita on noudatettava tarkasti, koska lääkkeen imeytyminen voi muuten vaarantua ja tabletti saattaa ärsyttää paikallisesti suun, nielun ja ruoansulatuskanavan limakalvoja aiheuttaen niihin haavaumia. (Käypä hoito 2014; Terveyskirjasto 2014.)

Bisfosfonaattien lääkeryhmään kuuluva tsoledronihappo annetaan 5 mg:n annoksena kerran vuodessa laskimonsisäisenä infuusiona. Vasta-aiheita lääkityksen aloittamiselle ovat veren matala kalsiumpitoisuus ja vakava munuaisten vajaatoiminta. Ennen lääkkeenantoa ja lääkkeenannon jälkeen on huolehdittava hyvästä nesteytyksestä, mikä on erityisen tärkeää iäkkäillä ja nesteenpoistolääkitystä käyttävillä potilailla. Lääkkeenannon jälkeen saattaa seuraavien kolmen vuorokauden aikana ilmetä flunssan kaltaisia oireita sekä kuumetta, lihaskipua, nivelkipuja ja päänsärkyä. Sivuvaikutuksia voidaan ehkäistä lääkkeenannon yhteydessä tai oireiden ilmaantuessa otettavalla parasetamolilla tai ibuprofeiinilla. Hoidon yhteydessä on huolehdittava suositusten mukaisesta kalsiumin ja D-vitamiinin saannista. (Käypä hoito 2014; Lääketietokeskus 2014 a.)

Osteoporoosilääke denosumabi vähentää luun hajoamista. Esitäytetyssä ruiskussa oleva lääkeannos 60 mg pistetään ihonalaiskudokseen 6 kuukauden välein. Pistoksen voi antaa riittävän pistosopetuksen saanut henkilö. Ennen hoidon aloittamista on tärkeää käydä hammaslääkärissä tarkistuttamassa ja hoidattamassa hampaat.

Lääkehoidon aikana on huolehdittava hyvästä suuhygieniasta. Kalsium- ja D-vitamiinivalmisteiden käyttöä on jatkettava hoidon aikana. Vasta-aiheita lääkityksen aloittamiselle ovat veren matala kalsiumpitoisuus ja lateksiallergia. Esitetytyn ruiskun neulansuojus sisältää lateksia. Yleisinä lääkkeen sivuvaikutuksina saattaa esiintyä raajakipua, virtsatie- ja ylähengitystieinfektioita, iskiasta, kaihia, ummetusta tai ihon kutinaa ja punotusta. Harvinaisempiin sivuvaikutuksiin kuuluvat paksusuolen tulehdus, ihon sidekudostulehdus, korvatulehdus ja veren kalsiumpitoisuuden aleneminen. (Fimea 2011; Käypä hoito 2014; Lääketietokeskus 2014 c.)

4.4.4 Kalsiumin, D-vitamiinin ja nesteen saanti

Primaarisessa lisäkilpirauhasen liikatoiminnassa on tärkeää kiinnittää huomiota kalsiumin ja D-vitamiinin riittävään päivittäiseen saantiin, koska niillä on keskeinen merkitys osteoporoosin ehkäisyssä ja hoidossa. Niiden tarve on yksilöllistä. Liian suurina annoksina käytettynä lisäravintovalmisteet voivat olla jopa terveydelle haitallisia. Monen ihmisen todellinen tarve on saantisuosituksissa ilmoitettu tarvetta pienempi, koska suosituksissa tarve on laskettu niin, että se riittää kattamaan 97–98 % väestöstä. (Käypä hoito 2014; Mustajoki 2012, 2; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 b.)

Kalsium on tärkein luuston rakennusaine. Lisäksi sitä tarvitaan muissa elimistön toiminnoissa, kuten veren hyytymisessä, lihasten ja hermoston toiminnassa sekä endokriinisissä erityystapahtumissa. (Välimäki & Mäkitie 2009, 271.) Sopiva päivittäinen kalsiumin saanti on 800–1 000 mg, mikä täyttyy 5–6 dl nestemäisiä maitovalmisteita ja 2–3 viipaleella juustoa. Riittävä kalsiumin saanti on ongelmallista henkilöillä, jotka eivät käytä maitovalmisteita tai käyttävät niitä vain vähän. Tällöin lisäravintovalmisteiden käyttö on toivottavaa suositusten mukaisesti. On tärkeää huomioida, että lisäravintoaineiden ja ravinnon yhteenlaskettu saanti ei ylitä suosituksia. Primaarisessa lisäkilpirauhasen liikatoiminnassa ravinnon kalsiumia

ei ole tarpeen rajoittaa. Kalsiumlisää ei suositella, jos kalsiumin päivittäinen saanti täyttyy. (Kauppinen-Mäkelin 2013, 3; Käypä hoito 2014; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 b.)

D-vitamiini edistää kalsiumin imeytymistä suolistosta ja suojaaa täten luunmurtumilta. D-vitamiinin suositeltu päivittäinen saanti aikuisilla on 10 µg ja yli 75-vuotiailla 20 µg. Aikuisille suositellaan talven ajaksi tai jopa ympäri vuoden käytettäväksi 10–20 µg:n päivittäistä D-vitamiinilisää, jos riittävä D-vitamiinin tarve ei muuten täyty. Primaarista lisäkilpirauhasen liikatoimintaa sairastavilla D-vitamiinin puute on yleistä ja se korjataan D₃-vitamiinilisällä. D-vitamiinihoitoa seurataan veren D-25-OH -vitamiinipitoisuuden määrittämisellä. Tavoitetasona pidetään >50 nmol/l pitoisuutta. Osteoporoosia sairastavalla tavoitetaso on 75–120 nmol/l. D-vitamiinilisä nautitaan päivän pääaterian yhteydessä parhaan mahdollisen imeytymisen turvaamiseksi. (Bilezikian ym. 2009, 337, 338; Käypä hoito 2014; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 b; Välimäki & Mäkitie 2009, 278.)

Nesteen tarve ihmisillä on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat muun muassa ikä ja ympäristön lämpötila sekä liikkuminen. Suositeltu päivittäin juotava nestemäärä on 1–1,5 litraa, mikä vastaa noin 5–8 juoma-annosta. Suositeltu nestemäärä tulee nauttia ruoan sisältämän nesteen lisäksi. Kun nestettä nautitaan janon tunteen mukaisesti, niin useimmilla ihmisillä se riittää tyydyttämään nesteen tarpeen. Nestettä tulisi nauttia tasaisesti päivän aikana ja annoskoko tulisi pitää kohtuullisena. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 a.)

Liikunnan ja lämmön aiheuttaman nestehukan on arvioitu olevan noin 0,5–1 litraa liikuttua tuntia kohti. Ikääntyneiden ihmisten on kiinnitettävä erityisesti huomiota riittävään nesteiden saamiseen, sillä janon tunne saattaa olla ikääntyneillä heikentynyt. Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoitoon kuuluu riittävä nesteiden päivittäinen nauttiminen, sillä veren kalsiumpitoisuus nousee kehon kuivuesssa. (Mustajoki 2012, 2; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 a.)

5 POTILASOHJAUS

Potilaan osallistumista oman hoitonsa toteuttamiseen tukee hyvä ja hyvin toteutettu potilasohjaus, joka voidaan toteuttaa muun muassa suullisena ja kirjallisena. Ohjaus on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa. Joskus potilaalle riittää tieto siitä, miten hän toimii tietyssä tilanteessa. Ohjauksella voidaan edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon sekä parantaa hänen hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. Ohjaus voi parhaimmillaan vähentää potilaan sairaalakäyntien tarvetta. (Eloranta & Virkki 2011, 15; Torkkola ym. 2002, 24.)

Potilaan oikeus saada tietoa perustuu lakiin. Laki (L17.8.1992/785) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan oikeuden saada tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidon vaikutuksesta siihen sekä eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Laki korostaa, että tietoa ei saa antaa ilman potilaan suostumusta tai kun siitä aiheutuu vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuoltohenkilöstön on annettava tieto siinä muodossa, että potilas ymmärtää sen sisällön. Jos tiedonantaja ei osaa potilaan kieltä tai potilas ei voi tulla ymmärretyksi aisti- tai puhesairauden vuoksi, on huolehdittava tiedon tulkkauksesta.

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) määrittelevät ohjauksen potilaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, johon heidän taustatekijänsä vaikuttavat (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25). Potilaan ja hoitajan taustatekijät sekä niiden tunnistaminen ovat ohjaussuhteen rakentamisen perusta. Ohjaussuhde perustuu kaksisuuntaiseen tavoitteelliseen ja joustavaan vuorovaikutukseen, josta hoitaja on vastuussa. Ohjaussuhteen rakentumisella on merkittävä vaikutus ohjauksen onnistumiseen. Hoitajan tulee tarvittaessa rohkaista potilasta kertomaan taustatekijöistään, tarpeistaan ja odotuksistaan sekä pyrkimyksistään. Ohjaussuhteessa potilas on oman elämänsä ja hoitaja oman ammattinsa asiantuntija. Tärkeänä nähdään molempien kunnioittava suhtautuminen toistensa asiantuntijuutta kohtaan. Potilaat odottavat vuorovaikutukselta luotta-

muksellisuutta ja turvallisuutta myös silloin, kun he ovat eri mieltä hoitajan kanssa. Tuolloin hoitajan tulisi osoittaa ymmärrystä ja kunnioitusta potilaan itsemääräämisoikeutta kohtaan. Potilas tarvitsee tällöin henkistä tukea; kuuntelemista, välittämistä, rinnalla kulkemista, tukemista tai toivon antamista. (Kyngäs ym. 2007, 39–43, 48.)

Ohjaus on suunnitelmallinen prosessi, joka hyvin toteutettuna turvaa potilaan sitoutumisen hoitoonsa ja sen jatkuvuuden kotona. Ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan sairauden kesto sekä aikaisemmat taidot ja kokemukset sairauden hoidosta. Ohjauksen suunnittelun pohjana on potilaan ja hoitajan yhteinen käsitys potilaan tietojen ja taitojen tarpeesta; mitä hän haluaa tietää tai osata ja mikä on hänelle sopivin oppimistapa. Suunnittelussa otetaan huomioon potilaan ohjauksen vastaanottokykyyn vaikuttavat tekijät kuten asenteet, tunteet, pelot ja käytettävissä oleva läheisten tuki. Toimivassa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja suunnittelevat yhdessä ohjauksen sisällön, tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseksi. (Eloranta & Virkki 2011, 25–26; Kyngäs ym. 2007, 39, 43.) Ohjauksella pyritään lisäämään potilaan kykyä ja motivaatiota tehdä itsenäisiä päätöksiä elämäntapojensa muuttamiseksi. Ohjauksen tavoitteiden tulee olla potilaalle merkityksellisiä, mutta realistisia ja tavoitettavissa olevia potilaan valmiuksiin nähden, jotta niillä olisi hoitomotivaatiota lisäävä vaikutus. (Eloranta & Virkki 2011, 26; Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjausprosessi etenee tasavertaisena vastavuoroisena sanallisena, sanattomana ja tunteisiin vetoavana viestintänä potilaan ja hoitajan välillä potilaan ollessa aktiivinen ratkaisija hoitajan toimiessa valmentajana. Potilaan onnistumisia oppimisessa on tärkeää tukea positiivisella palautteella. Onnistuneelle ohjaukselle on olennaista sen sopiva määrä ja oikea ajoitus. Ohjaustilanteissa, joissa vuorovaikutus ei toimi, hoitajan tulee ottaa vastuu tilanteesta ja käydä potilaan kanssa läpi sairauden hoidon kannalta välttämättömät perusasiat. Hoitajalla on ammattinsa antama pätevyys ja oikeus ohjauksen antamiseen sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista. (Eloranta & Virkki 2011, 26–27; Kyngäs ym. 2007, 42, 45.) Ohjauksen ar-

viointi tulisi olla jatkuvaa ja sitä tulisi tehdä koko ohjausprosessin ajan. Arvioinnin mahdollistavat ohjaukselle asetetut selkeät tavoitteet. Ohjausta voidaan pitää onnistuneena, kun potilas on saanut ja sisäistänyt sairauteen ja sen hoitoon liittyvät tiedot ja taidot sekä osaa soveltaa niitä omaan hoitoonsa. Ohjauksen kirjaaminen on osa hoitotyötä, jolla varmistetaan ohjauksen jatkuvuus ja estetään sen päällekkäisyydet. Potilaan itsensä kuvaama oppimiskokemus on asianmukaista kirjata potilasasiakirjoihin. (Eloranta & Virkki 2011, 27; Kyngäs ym. 2007, 45.)

Kääriäisen mukaan tutkittua tietoa ohjauksesta on paljon. Tieto on hajanaista ja siksi ohjauksesta, sen laadusta sekä niihin liittyvistä ongelmista ei ole saatu selvää käsitystä. (Kääriäinen 2008, 10.) Eloranta, Katajisto ja Leino-Kilpi (2014, 63, 70–71) ovat kartoittaneet hoitotyöntekijöiden toteuttamassa potilaslähtöisessä ohjauksessa tapahtuneita muutoksia yhdessä yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2001 ja 2010. Tutkimustulosten perusteella hoitajat arvioivat ohjaustaitojensa parantuneen ja ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajentuneen. Tarkastellun ajanjakson aikana ohjauksessa oli tapahtunut heikkenemistä potilaan ohjaustarpeen arvioinnissa, ohjauksellisten tavoitteiden asettamisessa, ohjauksen vaikutusten arvioinnissa sekä eri ohjausmenetelmien hyödyntämisessä. Tutkimuksen pohjalta kehitysalueeksi nousi potilaan aktivoinnin mahdollistavien ohjausmenetelmien kehittäminen käytännön työssä niin, että ohjauksella voitaisiin paremmin vastata potilaan ohjaustarpeisiin sekä arvioida ohjauksen vaikuttavuutta. Lisäksi kehittämis-kohteena nähtiin monipuolisempien ohjausmenetelmien käyttäminen suullisen ohjauksen ja kirjallisen ohjausmateriaalin käytön rinnalla.

Mäkeläinen, Vehviläinen-Julkunen ja Pietilä (2009, 2058, 2064) ovat tutkineet nivelreumapotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Noin puolet tutkimukseen vastanneista potilaista olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, joka neljäs potilas oli tyytymätön. Yleisin tyytymättömyyden syy oli, että potilaat eivät kokeneet saaneensa henkistä tukea muun ohjauksen rinnalla. Tutkimus antoi hyödyllisen näkökannan ohjaukseen; rutiininomaista ohjausta tulisi välttää. Hoitajien tulisi varata riittävästi aikaa ohjaukseen

etenkin äskettäin sairastuneiden potilaiden kohdalla keskustellakseen heidän kanssaan sairauteen liittyvistä tunteista ja huolenaiheista. Potilaiden ohjauksessa tulisi lääkeohjauksen lisäksi huomioida heidän henkinen hyvinvointinsa. Hoitajien tulisi nähdä oman roolinsa tärkeys potilaan sairauden hallinnan tukijana. Lisäksi heidän tulisi kehittää ohjausta kokonaisvaltaisemmaksi parantaakseen potilasohjauksen ja hoitotyön laatua.

5.1 Kirjallinen potilasohje

Kirjalliseen ohjausmateriaaliin kuuluvat kirjalliset parisivuiset ohjeet tai useampisivuiset oppaat, joita terveydenhuoltohenkilöstö antaa potilaille täydentääkseen suullisia ohjaustilanteita. Ohjeiden tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, lääkityksestä, sairauden etenemisestä ja mahdollisista komplikaatioista sekä sen uusiutumisen riskeistä. Ohjeissa annetaan tietoa myös sairauden liittyvistä tutkimuksista ja niihin valmistautumisesta sekä jälkihoidosta ja sairaudesta toipumisesta. (Eloranta & Virkki 2011, 73; Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjalliset potilasohjeet sisältävät tiedon, ohjeiden ja neuvojen lisäksi myös käsitteen potilaan asemasta terveydenhuollon järjestelmässä sekä määrittävät potilaan suhteen omaan sairauteensa. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, lisää hänen valmiuksiaan itsensä hoitamiseen ja sitouttaa hänet hoitoonsa. Ohjeen asenteen tulee olla asiallinen ja arvostava sekä sen tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeutta. Ohjetta laadittaessa tulee miettiä teititelläänkö vai sinutellaanko ohjeen lukijaa. Potilaan ja hänen läheistensä saama tieto ja ohjaus vähentävät sairauteen liittyviä ahdistuksen ja pelon kokemuksia. Potilaan ja hänen läheistensä yhteydenottoja ja lisätietojen hankkimista varten ohjeessa on mainittava hoitoyksikön yhteystiedot. (Eloranta & Virkki 2011, 74; Kyngäs ym. 2007, 126; Kääriäinen 2007, 41; Torkkola ym. 2002, 11, 24.)

Ohjeen sisällön tulee perustua ajantasaiseen ja virheettömään tietoon sekä vastata potilaan tiedontarpeeseen. Sisällön tulisi vastata kysymyksiin ”Mitä? Miksi? Miten? Milloin? Missä?”. Potilasohjeen tulisi noudattaa voimassa olevaa hoitoyksikön hoitokäytäntöä ja sen sisällön päivitykseen tulisi olla nimetty vastuuhenkilö. Lisäksi ohjeesta tulisi ilmetä, mikä on sen tarkoitus ja kenelle se on suunnattu. Ohjeen sisällön tulisi olla selkeää potilaan ymmärtämää yleiskieltä, ammattisanastoa olisi syytä välttää. Sisällön selkeyteen liittyy asioiden looginen esittäminen kuten sairauden kuvaaminen, hoito ja seuranta. Asioiden loogisuus merkitsee potilaalle usein myös niiden tärkeysjärjestystä; tärkeimmät asiat esitetään ensin. Otsikkojen käyttö ja kappalejako selkeyttävät sisällön esittämistä. Pääotsikko kertoo mitä ohje käsittelee ja väliotsikot millaisista asioista teksti koostuu. Ohjeen ymmärtämistä vaikeuttaa pitkä ja monimutkainen lauserakenne, lyhyet lauseet puolestaan antavat töksähtävän sävyn. Ohjeessa tulisi olla tekstiä sopivasti; kohtalaisen lyhyt ohje tulee todennäköisemmin luettua kuin pitkä ohje. (Eloranta & Virkki 2011, 74–77; Kyngäs ym. 2007, 126.)

Kirjallisen ohjeen tulee olla helppolukuinen. Ohjetta laadittaessa on huomioitava fontin soveltuvuus lukijalle; ikääntyneille suunnatussa ohjeessa kirjasintyyppin tulee olla helposti luettava ja riittävän suuri. Suuraakkosilla tai lihavoinnilla voi korostaa ohjeen keskeisiä sisältöjä kuten otsikoita ja väliotsikoita. Alleviivaukset puolestaan heikentävät luettavuutta ja verkkoympäristössä luettaessa ne vaikuttavat toimimattomilta linkeiltä. Kuvia on hyvä käyttää ohjeessa tekstin selventämiseen, ne tekevät ohjeesta henkilökohtaisemman lukijalleen ja helpottavat sisällön ymmärtämistä ja muistamista. Ohjeen huomioarvoa voi lisätä väreillä. Tekstin viimeistelyyn on hyvä kiinnittää huomiota, koska paljon virheitä sisältävä teksti hankaloittaa asian ymmärtämistä, ärsyttää lukijaa ja voi lukijan mielessä kyseenalaistaa ohjeen laatijan ammattitaidon. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76; Kyngäs ym. 2007, 127.)

Kirjallisten ohjausmateriaalien tutkiminen on vähäistä Salanterän, Virtasen, Johanssonin, Elomaan, Salmelan, Ahosen, Lehtikunnaksen, Moisanderin, Pulkkisen

ja Leino-Kilven (2005, 220) mukaan, vaikka sitä käytetään runsaasti. He ovat arvioineet yhden yliopistosairaalan kaikkia intranetissä olleita kirjallisia potilasohjeita. Tutkimustulokset osoittivat, että potilasohjeet olivat ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan hyviä. Tekstiä pidettiin luettavuudeltaan vaikeana tai erittäin vaikeana yli puolessa ohjeista. Tutkimus osoitti ohjeiden puutteellisiksi alueiksi myös niiden opetuksellisuuden ja potilaan läheisten huomioon. Nämä asiat nähtiin kehittämisalueina kirjallisia ohjeita laadittaessa, sillä liian vaikeat ohjeet lisäävät väärinymmärtämisen riskiä ja ne voivat jäädä kokonaan lukematta. (Salanterä ym. 2005, 217, 224–226.)

Salminen-Tuomaala, Kaappola, Kurikka, Leikkola, Vanninen ja Paavilainen (2010, 21, 25–27) ovat tutkineet erään keskussairaalan päivystyspoliklinikalla käyneiden potilaiden käsityksiä hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta ja kirjallisten kotihoito-ohjeiden käytöstä. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että 90 % potilaista piti saamiaan kirjallisia potilasohjeita erittäin tärkeinä ja välttämättöminä kotona selviytymisen kannalta. Potilaat kokivat kirjallisten ohjeiden parantavan heidän valmiuksiaan selviytyä jatkohoidosta kotona, koska he voivat tarkistaa niistä suullisesti saamiaan ohjeita. Potilaista 91 % halusi, että hoitaja kävisi kirjallisen ohjeen läpi heidän ja mukana olevan läheisen kanssa ennen kotiin lähtöä. Tutkimuksen tulosten perusteella nähtiin tärkeänä hoitotyön käytännön kehittämässä selkeiden kirjallisten potilasohjeiden laatiminen potilaan muistin tueksi. Lisäksi hoidon turvallisen jatkumisen kannalta pidettiin olennaisena ohjeen sisällön ymmärtämisen varmistamista, ettei mikään asia ohjeessa ole jäänyt epäselväksi.

5.2 Suullinen potilasohjaus

Suullisella potilasohjauksella tarkoitetaan tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa potilas ja hoitaja toimivat tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa (Eloranta & Virkki 2011, 19). Suullinen ohjaus perustuu sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Viestinnän tavoitteena on, että potilas ja hoitaja ymmärtä-

vät läpikäymänsä asiat sekä pääsevät niistä yhteisymmärrykseen. Suullisessa ohjauksessa puheen selkeyteen ja yksiselitteisyyteen tulisi kiinnittää huomiota, ammattisanoja tulisi välttää. Yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä ovat sanattomia; eleitä, ilmeitä, tekoja ja kehon kieltä. Sanattomaan viestintään rinnastetaan myös äänen korkeuden ja voimakkuuden vaihtelut sekä puheen rytmi, tauotus ja painotukset. Sanaton viestintä on osittain tiedostamatonta ja sen vuoksi vaikeasti kontrolloitavaa. Sen avulla kuitenkin tuetaan, painotetaan, täydennetään, kumotaan tai korvataan sanallista viestintää. (Eloranta & Virkki 2011, 67; Kyngäs ym. 2007, 38–39, 44.)

Suullinen potilasohjaus on yleisin potilasohjauksen muoto, koska se perustuu vuorovaikutukseen. Suullisessa vuorovaikutuksessa potilaat saavat mahdollisuuden kysymysten esittämiseen ja väärinkäsitysten selvittämiseen sekä hoitajan tuen saamiseen. Suullista potilasohjausta voidaan käyttää yksilö- ja ryhmäohjauksessa. Yksilöohjaus on eniten käytetty ja tehokkain ohjausmenetelmä potilaan oppimisen kannalta. Se mahdollistaa vapaamuotoisen ilmapiirin luomisen, potilaslähtöisen ohjauksen, potilaan aktiivisuuden ja motivaation tukemisen sekä jatkuvan molemminpuolisen palautteen antamisen. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Kääriäisen (2007, 119) tutkimus osoitti, että suullinen yksilöohjaus on ainoa hoitajien hyvin hallitsema ohjausmenetelmä. Kynkään ym. (2007, 73) mukaan potilaat muistavat kuulemastaan 10 % ja näkemästään 75 %. He muistavat asiasta jopa 90 %, kun se on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttäen. Ohjauksen vaikuttavuuden lisäämiseksi tulisikin käyttää useita toisiaan tukevia ohjausmenetelmiä, esimerkiksi kirjallista materiaalia tulisi käyttää ohjauskeskusteluissa käsiteltyjen asioiden tukena.

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin tammikuussa 2014 opinnäytetyön aiheen valinnalla. Aihevaihtoehtoja oli pohdittavana kaksi; papillaarinen kilpirauhasen syöpä ja lisäkilpirauhasen liikatoiminta. Molemmat aiheet koettiin tärkeiksi ja ajankohtaisiksi. Mielenkiintoa näihin aiheisiin lisäsi sairauksien hoidon vaativuus sekä potilaiden tiedon ja tuen tarve. Jo aikaisemmin oli hahmottunut, että opinnäytetyö toteutettaisiin projektina. Projektilla tuotettaisiin kirjallinen potilasohje hoitotyön käytännön tarpeisiin. Saatavana olevan tutkitun tiedon määrää kartoitettiin tammikuun ja helmikuun alun 2014 aikana molemmista sairauksista sähköisten tiedonhakujen avulla sekä tutustuttiin aikaisemmin tehtyihin opinnäytetöihin. Lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta tehtyjä ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä ei Theseuksesta löydetty, sen sijaan kirjallista potilasohjetta käsitteleviä opinnäytetöitä löytyi runsaasti. Ajankohtaisen tiedon saatavuuden perusteella aiheen valinnassa päädyttiin lisäkilpirauhasen liikatoimintaan.

Opinnäytetyötä jatkettiin yhteydenotoilla työelämän edustajiin maaliskuun alussa 2014. Soitettiin Seinäjoen keskussairaalan konservatiivisen toiminta-alueen ylihoitajalle ja tiedusteltiin endokrinologian poliklinikan tarvetta kirjalliselle potilasohjeelle lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta. Ylihoitajalle kerrottiin toiminnallisen opinnäytetyön alustavista toteutussuunnitelmista. Ylihoitaja ohjasi ottamaan yhteyttä sähköpostitse sisätautien poliklinikan osastonhoitajaan ja esittämään hänelle lyhyt vapaamuotoinen suunnitelma opinnäytetyön toteutuksesta. Sähköpostiviesti lähetettiin sekä ylihoitajalle että sisätautien poliklinikan osastonhoitajalle. Sähköpostiviestiin saatiin myöntävä vastaus samana päivänä. Viestissä tuotiin esille tarve kattavan potilasohjeen laatimisesta, koska käytössä oli useita eri ohjeita.

Tammikuun ja helmikuun alun 2014 aikana tehtyjä tiedonhakuja täydennettiin maaliskuun 2014 aikana ja tarpeen mukaan koko opinnäytetyön toteutuksen ajan.

Tiedonhakuja tehtiin sähköisten tietokantojen Medic, Cinahl ja PubMed avulla käyttäen opinnäytetyön aiheeseen liittyviä asiasanoja; parathyroid, lisäkilpirauhasen liikatoiminta, hyperparathyroidism, hyperpara*, primary hyperparathyroidism, primary hyperpara*, patient counselling, pat* counse*, patient education, pat* educ*, written patient education material, written material. Hakutuloksia ei kirjattu ylös kappalemääräisesti, koska tiedonhakua koskeva oppikurssi ajoittui tiedonhakujen tekemisen jälkeiseen ajankohtaan. Lähemmän perehtymisen kohteeksi valittiin artikkeleiden otsikkojen perusteella sopiviksi arvioidut artikkelit, joista luettiin tiivistelmät. Näistä artikkeleista valittiin yhdeksän käytettäväksi opinnäytetyön lähteinä. Opinnäytetyöntekijän aikaisempaa työelämäsuhdetta käytettiin hyväksi paikallisia hoitokäytäntöjä vastaavan tiedon hankkimiseksi. Tiedonhaussa käytettiin lisäksi Terveysporttia sekä Lääketietokeskuksen ja Suomen ravitsemusneuvottelukunnan internetsivuja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin internetsivuilta haettiin sairautta koskeviin tutkimuksiin liittyvää tietoa. Käsihaulla haettiin kirjastosta potilasohjaukseen liittyvää materiaalia kirjoista ja hoitotieteellisistä lehdistä.

Maaliskuun puolessa välissä 2014 Vaasan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuspäällikkö hyväksyi opinnäytetyön aiheen. Samaan aikaan käynnistyi opinnäytetyön työsuunnitelman laatiminen opinnäytetyön ohjaajan ohjaamana. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin Vaasan ammattikorkeakoulussa 25. maaliskuuta 2014. Tutkimuslupa-anomus ja työsuunnitelma lähetettiin postitse Seinäjoen keskussairaalan konservatiivisen toiminta-alueen ylihoitajalle virallista opinnäytetyölupaa haettaessa. Lupa opinnäytetyölle myönnettiin 31. maaliskuuta 2014. Tällöin saatiin myös lupa käyttää Seinäjoen keskussairaala -nimeä opinnäytetyössä.

Ensimmäinen projektikokous pidettiin toukokuun alussa 2014 Seinäjoen keskussairaalan endokrinologian poliklinikalla. Läsnä kokouksessa olivat sisätautien poliklinikan osastonhoitaja, kaksi endokrinologian poliklinikan sairaanhoitajaa ja opinnäytetyön tekijä. Kokouksesta poissaollut jäsen oli lupautunut lukemaan opinnäytetyön lääketieteellisen osan ja kommentoimaan sitä tarvittaessa. Kokouk-

sessä käsiteltiin opinnäytetyöprojektin toteutusta ja rajattiin potilasohjeen sisältöä. Potilasohjeen sisällöksi sovittiin lisäkilpirauhanen ja sen toiminta sekä liikatoiminta, liikatoiminnan syyt ja oireet, sairauden toteamisessa ja hoidossa käytettävät tutkimukset sekä lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito. Työelämän edustajat toivoivat laboratoriotutkimusten osalta, että tutkimusten tarkoitusta avataan ja tulosten viitearvot ilmoitetaan potilasohjeessa. Osteoporoosilääkkeiden osalta toiveena esitettiin, että niistä vaikuttavan lääkeaineen mukaan ilmoitetaan niiden ottotapa ja annosteluväli. Työelämän edustajien puolelta ehdotettiin kirurgisen hoidon sisällyttämistä potilasohjeeseen. Se jätettiin ohjeesta pois, koska opinnäytetyön aihealue olisi laajentunut liikaa projektin lyhyeen toteutusaikaan nähden. Koska liikunta on oleellinen osa lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoitoa, ehdotettiin sen sisällyttämistä ohjeeseen. Työelämän edustajien toivomuksesta se rajattiin kuitenkin ohjeen sisällön ulkopuolelle. Sovittiin, että projektin tuotos luovutetaan sähköisessä muodossa taltioituna nettitikkuun Seinäjoen keskussairaallalle opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Projektin viestintäkanavana sovittiin käytettäväksi sähköpostia. Rahoitusta projektin toteuttamiseen ei ole ollut käytettävissä. Seinäjoen keskussairaala on antanut projektin käyttöön siihen nimettyjen henkilöiden työpanoksen ja vastaa potilasohjeen monistamisesta aiheutuvista kustannuksista.

Toukokuussa 2014 tutustuttiin tiedonhaun avulla hankitun materiaalin sisältöön, ryhmiteltiin ja karsittiin sitä. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen aloitettiin kesäkuussa 2014. Sen edistymisestä ilmoitettiin sähköpostin välityksellä projektiryhmän muille jäsenille, koska suunnitellusta aikataulusta oltiin jäljessä. Viitekehyksen kirjoittamista jatkettiin elokuun lopussa 2014. Syyskuun alkupuolella viitekehyksen lääketieteellinen teoriaosuus lähetettiin sähköpostitse työelämän edustajille luettavaksi ja kommentoitavaksi. Osastonylilääkärin kommentit tulivat kirjallisina postin välityksellä syyskuun puolivälissä 2014. Lähetyksen mukana tuli lappu, jossa toivottiin lyhyttä ja ytimekästä 1–2 sivun pituista potilasohjetta. Saatujen kommenttien perusteella lääketieteellistä osuutta muokattiin. Muokkauksen jälkeen opinnäytetyön teoreettinen viitekehys lähetettiin opinnäytetyön ohjaajalle kommentoitavaksi. Hänen suositustensa perusteella jatkettiin teo-

reettisen viitekehyksen tiivistämistä. Ennen potilasohjeen laatimisen aloittamista tarkennettiin, mitä termejä työelämän edustajat käyttävät potilaiden kanssa keskustellessaan sairauteen liittyvistä asioista, jotta ohjeessa käytetään samoja potilaille ennestään tuttuja termejä. Toinen tarkennus koski hoitoyksikön osteoporosin hoidossa käyttämiä lääkkeitä, kaikkien lääkkeiden käsittely ohjeessa nähtiin tarpeettomana. Tarkentavat vastaukset saatiin sähköpostitse ja niiden mukaan toimitettiin.

Lisäkilpirauhasen liikatoiminnan potilasohjeen laatiminen aloitettiin lokakuun alussa 2014. Ensimmäinen sisältöehdotus potilasohjeesta lähetettiin työelämän edustajille kommentoitavaksi sähköpostitse lokakuun puolella välissä 2014. Kannottoja toivottiin potilasohjeen pituuteen ja mahdollisten asioiden poistoon sekä mahdollisten kuvien käyttöön potilasohjeessa. Samassa yhteydessä tiedusteltiin hoitoyksikön yhteystietoja ja puhelinaikaa. Tämän jälkeen aloitettiin opinnäytetyöraportin projektin toteutusosuuden kirjoittaminen. Työelämän edustajilta saatiin vastaus sähköpostitse, kommenttien sijaan viesti sisälsi toivottuun pituuteen lyhennetyt potilasohje-ehdotuksen. Muihin kysymyksiin ei saatu vastauksia. Kun potilasohjeen sisältöä yhdenmukaistettiin, selvennettiin, tarkistettiin ja korjattiin sekä ulkoasua muokattiin, lähetettiin se uudelleen kommentoitavaksi. Tällä kertaa pyydettiin ottamaan kantaa laboratoriotutkimusten esitystapaan, koska se koettiin epäjohdonmukaiseksi ja poikkesi alun perin sovitusta esittämistavasta. Vastauksia ei saatu, joten asia ratkaistiin tilanteeseen sopivaksi arvioidulla tavalla. Hoitoyksikön yhteystiedot tarkastettiin hoitoyksikön internetsivuilta ja ne lisättiin potilasohjeeseen.

Tämän jälkeen neuvoteltiin opinnäytetyön ohjaajan kanssa vaihtoehtoja jatkaa potilasohjeen kehittämistä. Käydyn neuvottelun perusteella päädyttiin potilasohjeen ulkoasun muokkaamiseen opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen sisällön mukaisesti. Potilasohje kuvitettiin yleisilmeen elävöittämiseksi ja sisällön selventämiseksi. Terveysportista käytettiin opinnäytetyön sisältöön sopiva lisäkilpirauhasten sijaintia havainnollistava kuva. Kuvan käyttöön saatiin lupa opinnäyte-

työraportissa, mutta ei potilaille annettavissa kirjallisissa potilasohjeissa. Muita potilasohjeen kuvittamiseen sopivia kuvia löydettiin ClipArtistista. Lokakuun loppupuolella 2014 työelämän edustajille lähetettiin kuvallinen ja kuvaton potilasohje-ehdotus nähtäväksi. Heille annettiin mahdollisuus valita toinen niistä käyttöönsä. Vastausta odotellessa opinnäytetyön tekijä jatkoi potilasohjeen ulkoasun muokkaamista ja testasi ohjeen sisällön ymmärrettävyyttä ja luettavuutta kolmella yli 50-vuotiaalla maallikolla. Saadun palautteen perusteella leikkaushoito osassa käytetty ”sairaus” sana vaihdettiin ”vaurioitunut” sanaksi. Luettavuuden parantamiseksi ja tekstin ilmavuuden lisäämiseksi potilasohje käännettiin pystysuorasta vaakasuoraan ja sivun teksti jaettiin kahteen palstaan. Palautetta saatiin myös yhdestä kuvasta, jota ei osattu ajatuksissa yhdistää tekstin sisältöön. Lisäksi opinnäytetyön ohjaaja johdatteli ohjaustilanteessa pohtimaan toisenkin kuvan sopivuutta potilasohjeen asiasisältöön. Kuvat poistettiin potilasohjeesta. Työelämän edustajat ilmoittivat ottavansa käyttöönsä kuvattoman potilasohjeen, joka toimitetaan heille sopimuksen mukaisesti opinnäytetyön esittämisen jälkeen. Opinnäytetyön tekijä päätti käyttää opinnäytetyössään kuvallista potilasohjetta, koska se vastaa paremmin nykyaikaiselle kirjalliselle potilasohjeelle esitettyjä suosituksia kuin kuvaton versio. Opinnäytetyön tekemistä jatkettiin opinnäytetyön pohdintaosuuden kirjoittamisella lokakuun 2014 lopussa. Opinnäytetyön raportti valmistui marraskuun alussa 2014.

7 POHDINTA

Tässä luvussa arvioidaan tämän toiminnallisen opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta, opinnäytetyöprojektia ja sen tuotoksena laadittua kirjallista potilasohjetta sekä esitetään jatkotutkimusaihe-ehdotuksia tälle opinnäytetyölle.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön etiikka sisältää kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Eettisten ohjeiden mukaan opinnäytetyön tekijän tulee noudattaa työnsä kaikissa vaiheissa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2009, 23–24.) Opinnäytetyön tekijä on vastuussa tieteellisen tiedon käyttämisestä eettisten vaatimusten mukaisesti. Se merkitsee lähteenä käytettävän kirjallisuuden harkittua valintaa, sen huolellista tulkintaa sekä lähdeviitteiden tarkkaa merkitsemistä tekstiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 349; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 212.) Opinnäytetyön tekijä syyllistyy kirjalliseen varkauteen, jos hän opinnäytetyössään käyttää omana tuotoksenaan toisen tutkijan ajatuksia, ideoita tai suoraa tekstiä ilman asianmukaisia lähdemerkintöjä (Hirsjärvi ym. 2009, 350). Lisäksi opinnäytetyön tekemisessä tulee ottaa huomioon potilaan ihmisarvon kunnioittaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 212).

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen lähtökohtana oleva lähdekirjallisuus on valittu harkiten ajantasaisesta kotimaisesta ja ulkolaisesta kirjallisuudesta. Kirjallisuus on hankittu luotettavista lähteistä ja painopiste valinnassa on ollut alan asiantuntijoiden kirjallisuudessa. Englanninkielinen kirjallisuus on käännetty suomen kielelle vääristelemättä sen sisältöä. Kaksi opinnäytetyössä käytetyistä kirjallisuuslähteistä on iältään yli 10 vuotta vanhoja. Niitä on käytetty opinnäytetyössä, koska niiden sisällön on arvioitu olevan edelleen ajankohtaista ja tukevan uudemmaa lähdekirjallisuutta. Opinnäytetyön projektiryhmään kuulunut osastonyli-

lääkäri on tarkastanut lisäkilpirauhasen liikatoimintaa koskevan lääketieteellisen osuuden sisällön ja antanut siitä kommentteja, joiden perusteella opinnäytetyön tekstiä on muutettu. Tämä on opinnäytetyön luotettavuutta lisäävä tekijä.

Opinnäytetyöraportin tekstissä viitaukset on kirjattu Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Kaikki opinnäytetyössä lähteenä käytetty kirjallisuus on merkitty lähdeluetteloon. Opinnäytetyössä käytetty kuva on merkitty kuvaluetteloon ja lähdeviitteen merkitsemisessä on noudatettu Terveystieteiden ohjeita. Opinnäytetyön tekeminen ei ole kohdistunut suoraan potilaisiin. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksella on vaikutuksia tiettyyn potilasryhmään ja heidän läheisiinsä. Työelämän edustajat ovat osallistuneet potilasohjeen sisällön suunnitteluun, millä on varmistettu potilasryhmän tarpeiden huomiointi. Potilasohjeen teksti on muotoiltu ja ohjeessa käytetyt kuvat on valittu ihmisarvoa kunnioittaen.

7.2 Projektin arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä lisäkilpirauhasen liikatoimintapotilaiden ja heidän läheistensä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Lisäksi tavoitteisiin kuului opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen käyttö tietopakettina lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta sairaanhoitajan työn tukena. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet on saavutettu. Kirjallinen potilasohje lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta on tuotettu. Kirjallinen potilasohje lisää potilaiden ja heidän läheistensä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä voidaan käyttää käytännön hoitotyössä sairaanhoitajan työn tukena.

Opinnäytetyön työsuunnitelman laatimisen yhteydessä ennakoitiin opinnäytetyön vahvuuksia, heikkouksia sekä mahdollisuuksia ja uhkia SWOT-analyysin avulla. Vahvuuksina pidettiin lisäkilpirauhasen liikatoimintapotilaan kirjallisen ohjeen tarvetta, työelämän edustajien asiantuntemusta ja opinnäytetyön tekijän pitkää

työkokemusta sekä motivaatiota projektin läpiviemiseen. Ennakoidut vahvuudet toteutuivat. Ilman ohjeen tarvetta projektia ei olisi aloitettu, ilman työelämän edustajien asiantuntemusta ohjeesta ei olisi tullut Seinäjoen keskussairaalan endokrinologian poliklinikan tarpeita vastaavaa potilasohjetta ja ilman opinnäytetyön tekijää ohjeen laatiminen ei olisi toteutunut. Heikkouksiksi arvioitiin potilasohjeen ulkoasu ja projektin kireä aikataulu. Potilasohje laadittiin Word-tiedostona sähköiseen muotoon, josta se monistetaan paperille mustavalkoisena. Potilasohjeen ulkoasu pyrittiin ottamaan huomioon ohjetta laadittaessa. Potilasohjeen sisältöä havainnollistettiin ja elävöitettiin kuvilla, joiden valinnassa kiinnitettiin huomiota kuvien väritykseen, että ne erottuisivat selvästi mustavalkoisessa julkaisussa. Tärkeitä asioita korostettiin tekstin erilaisilla muotoiluilla, jotta ne saavat huomioarvoa ja tulevat esiin tekstistä. Projektin aikataulu ei pitänyt opinnäytetyön tekijän muiden samaan aikaan ajoittuneiden opintojen ja henkilökohtaisten syiden vuoksi. Vaikka kireä aikataulu oli etukäteen tiedossa, siihen ei pystytty varautumaan edes huolellisella suunnittelulla.

Mahdollisuuksina pidettiin opinnäytetyön tekijän halua syventää tietojaan ja taitojaan uudessa oppimisympäristössä sekä opinnäytetyön tekemistä yksin. Uhaksi arvioitiin projektin päättämisen viivästyminen. Opinnäytetyön tekijä sai jonkin verran uutta tietoa lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta projektin aikana. Jotta uusi oppimisympäristö olisi mahdollistanut tietojen syventämisen ja antanut uuden näkökulman lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoitotyöhön, olisi pitänyt olla mahdollisuus tutustua työelämän edustajien toteuttamaan lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito- ja ohjauskäytäntöihin paikan päällä. Tästä olisi ollut hyötyä myös projektin toteutusvaiheessa. Tässä projektissa projektikokousten pitäminen olisi ollut tehokkaampi tiedonvälityskanava kuin sähköposti, koska kokouksissa olisi ollut mahdollisuus keskustella asioista kasvotusten ja kysymyksiin olisi saanut vastaukset heti. Opinnäytetyön tekeminen yksin mahdollisti siihen paneutumisen silloin, kun se itselle parhaiten sopi. Yksin työskentely mahdollisti myös sen, että projekti ei venynyt kohtuuttomasti, vaan saatiin päätökseen opinnäytetyön tekijän opiske-lu aikana.

7.3 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta. Potilasohjeen suunnittelussa ja laatimisessa otettiin huomioon opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä esitetyt kirjallisia potilasohjeita koskevat suositukset.

Potilasohjeen pääotsikossa ilmaistaan, että se on suunnattu lisäkilpirauhasen liikatoimintaa sairastavalle. Potilasohjeen tarkoituksena on lisätä potilaan ja hänen läheistensä tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, mikä tuodaan esille pääotsikon alapuolelle sijoitetussa tekstissä. Potilasohjeen sisältö perustuu luotettavista lähteistä peräisin olevaan tutkittuun tietoon, joka on esitetty tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä. Tieto on ajantasaista ja noudattaa hoitoyksikön hoitokäytäntöä. Osastonylilääkäri on tarkastanut sekä opinnäytetyön lääketieteellisen viitekehysten että potilasohjeen sisällön, joten tietoa voidaan pitää luotettavana. Työelämän edustajien osallistuminen projektin toteutukseen on mahdollistanut potilaiden tiedontarpeen huomioinnin potilasohjeen sisältöä laadittaessa. Heidän muuttunut toive kattavasta potilasohjeesta lyhyeen ja ytimekkääseen 1–2 sivun pituiseen potilasohjeeseen loi sisällön laajuudelle tiettyjä rajoituksia. Tästä syystä asioita ei pystytty esittämään kokonaisvaltaisesti, mutta siitä huolimatta kustakin alueesta pyrittiin esittämään oleellimmat asiat. Jokin asia saattaa herättää lisäky symyksiä lukijassa, mutta tuolloin on mahdollista kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen lisätietojen saamiseksi. Potilasohjeen sisältö on pyritty esittämään loogisesti etenevässä järjestyksessä, mikä on merkitty potilasohjeeseen seuraavilla väliotsikoilla: lisäkilpirauhasen tehtävä ja liikatoiminta, lisäkilpirauhasen liikatoiminnan oireet ja lisäkilpirauhasen liikatoiminnan tutkiminen sekä lisäkilpirauhasen liikatoiminnan hoito. Ohjeen loppuun sijoitettiin hoitoyksikön yhteystiedot, puhelinnumero ja soittoaika, johon potilas ja hänen läheisensä voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Tekstiä laadittaessa on pyritty huomioimaan, että siitä välittyy potilaan ihmisarvoa kunnioittava ja itsemääräämisoikeutta tukeva asenne. Tekstin sävy on pyritty

luomaan asialliseksi ja kohteliaaksi teitittelemällä potilasta. Potilasohjeen sisältö on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman selkeää potilaan ymmärtämää kieltä käyttäen, ammattisanaston käyttöä on pyritty välttämään. Jos tekstissä on esiintynyt vieraita sanoja, kuten esimerkiksi laboratoriotutkimukset, niiden sisältöä on pyritty selventämään ymmärrettävällä tavalla. Potilasohjeen vaikeimmin ymmärrettävä kohta on osteoporoosilääkkeet, jotka esitetään lääkkeiden vaikuttavan aineen nimellä. Esittämistapa oli myös työelämän edustajien toivoma. Käytännössä tämä on ainoa mahdollinen esittämisvaihtoehto, koska hyvän käytännön mukainen markkinointitapa estää lääkkeiden kauppanimien julkaisemisen potilasohjeessa. Tämä potilasohjeen kohta todennäköisesti ei riitä kattamaan potilaan tiedon tarvetta, vaan kirjallista potilasohjetta täytyy täydentää suullisella ohjauksella.

Tekstin kirjasintyypiksi valittiin selkeä Times New Roman ja fontin kooksi 12, joka on riittävän suuri iäkkäidenkin potilaiden luettavaksi. Otsikot kirjoitettiin suuraakkosilla ja korostettiin lihavoinnilla, pääotsikossa käytettiin fonttikokoa 14 ja väliotsikoissa fonttikokoa 12. Lihavointia ja tekstin alleviivausta käytettiin huomionarvoisten asioiden korostamisessa. Väliotsikkojen alla käsiteltyjä asioita korostettiin lihavoimalla kunkin kappaleen sisältöä kuvaava sana tekstin alkupuolella, koska potilasohjeelle asetettu maksimipituusvaatimus ei antanut siihen muuta vaihtoehtoa. Asioiden erilaisia huomioarvoja olisi voitu korostaa väreillä, jos tuotos olisi ollut mahdollista painattaa tai monistaa värillisenä. Kun kyseessä on mustavalkoinen julkaisu, värit eivät saa siinä riittävää oikeutta ja erotu selvästi toisistaan, jotta niiden käytöstä saatu hyöty olisi ollut riittävä.

Potilasohjeen sisällön looginen esittämisjärjestys lisää ohjeen selkeyttä ja luettavuutta. Väliotsikkojen käyttö tekstissä ilmaisee lukijalle, mitä asiaa missäkin kohdassa käsitellään. Se auttaa ohjeen sisällön hahmottamisessa ja helpottaa tietyn kohdan löytämistä potilasohjeesta, jos halutaan tarkistaa jokin asia. Kuvia on käytetty potilasohjeessa yleisilmeen keventämiseksi sekä sisällön selkeyttämiseksi ja havainnollistamiseksi. Potilasohjeeseen valituilta kuvilta on vaadittu selkeää väriä, että ne erottuvat mustavalkoisessa julkaisussa. Lisäkilpirauhasten kuva ha-

vainnollistaa niiden sijaintia, koska tekstin perusteella voi olla vaikea ymmärtää missä ne todellisuudessa sijaitsevat. Samalla kuvat auttavat lukijaa muistamaan, mitä asiaa tekstissä käsitellään. Lukijan muistaessa esimerkiksi kuvan vesikannusta ja -lasista, hänelle palautuu mieleen, mitä tekstissä lukee ja hän huolehtii riittävästä nesteiden saannista. Potilasohje käännettiin pystysuorasta vaakasuoraan ja sivun teksti jaettiin kahteen palstaan. Potilasohje sai ryhdikkyyttä ja siinä käsitellyt asiat saivat tiiviimmän ja yhtenäisemmän muodon kuin pystysuunnassa olevassa potilasohjeessa, jossa teksti oli laajalla alueella. Tekstin palstoittamisen ansiosta tekstirivien pituus lyheni puoleen, mikä lisää potilasohjeen luettavuutta. Vaakatasossa potilasohjeen teksti vaatii vähemmän tilaa. Aikaisemmin potilasohjeen toisen sivun alatunnisteeseen sijoitettuna ollut hoitoyksikön yhteystiedot osa voitiin siirtää sille luonnollisesti kuuluvaan paikkaan potilasohjeen loppuun. Tämän lisäksi ohjeeseen jäi tilaa asetella tekstiä ilmavammin. Potilasohjeen tekstin tiivistyminen ja asettelun ilmavuuden lisääminen lisäsivät potilasohjeen ymmärrettävyyttä ja luettavuutta.

Opinnäytetyön tekijä on tyytyväinen projektin tuotokseen. Ottaen huomioon työelämän edustajien toiveet potilasohjeen sisällöstä ja sen pituudesta, potilasohjeessa on pystytty esittämään oleelliset asiat monipuolisesti. Potilasohje on ulkoasultaan siisti ja rauhallisen näköinen. Potilasohjeen teksti on helppolukuista, ymmärrettävää ja se etenee loogisesti. Ohjeen sisältö on ilmavasti aseteltu ja kuvat elävöittävät sen sisältöä. Potilasohje on sopivan pituinen, joten se jaksetaan lukea loppuun saakka. Potilasohjeen suurin heikkous on sen mustavalkoinen monistettu julkaisumuoto. Tämä heikkous oli tiedossa jo opinnäytetyön työstämisen alusta asti ja se otettiin huomioon potilasohjeen laatimisessa. Opinnäytetyön tekijä ottaisi mielellään tämän potilasohjeen käyttöönsä käytännön hoitotyössä suullisen potilasohjauksen tueksi.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena tälle opinnäytetyölle ehdotetaan lisäkilpirauhasen liikatoiminnan kirjallisen potilasohjeen päivittämistä noin kahden – viiden vuoden sisällä. Primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoimintaa ja sen hoitoa on tutkittu viime vuosina paljon. Aihe on ollut paljon esillä alan kirjallisuudessa ja uusien hoitosuosituksen laatimista on esitetty. Elorannan mukaan tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia ja näyttö ei ole ollut riittävää uusien hoitosuositusten laatimiseksi. Hän näkee kuitenkin, että primaarisen lisäkilpirauhasen liikatoiminnan taudinkuva tulee muuttumaan lisääntyvän tutkimustiedon myötä. (Eloranta 2010, 65.)

Lisäkilpirauhaspotilaille ei ole omaa yhdistystä, joten tätä potilasryhmää hoitava taho voisi olla edelläkävijä ja laadittua lisäkilpirauhasen liikatoiminnasta internetsivut. Ne olisivat nykyaikainen tiedonvälityskanava, josta potilaat ja heidän läheisensä voisivat hakea ajantasaista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Sivustolle voisi linkittää toisten palveluita tuottavien tahojen sivustoja, joista potilas ja hänen läheisensä voisivat hakea sairauden hoitoa tukevaa tietoa esimerkiksi lääkehoidosta, kotipalvelusta, sosiaalisuudesta, kuntoutuksesta ja muista tarjolla olevista palveluista.

Tällä projektilla tuotetun potilasohjeen käyttöä voitaisiin tutkia ja arvioida sen vaikutusta ohjauksen laadun ja vaikuttavuuden kehittymiseen. Lisäksi käytössä olevia kirjallisia potilasohjeita voitaisiin päivittää ajan tasalle. Koska kirjallisia potilasohjeita on yleisesti niukasti hoitotyön käytännössä, uusien ohjeiden laatiminen on tärkeää ja ajankohtaista etenkin alueilla, joilla niitä ei vielä ole.

LÄHTEET

Arola, J. 2012. Lisäkilpirauhasen rakenne ja toimintahäiriöt. Viitattu 29.6.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=pat00631&haku=lis%C3%A4kilpirauhasen%20rakenne%20ja%20toimintah%C3%A4iri%C3%B6t

Bilezikian, J. P., Khan, A. A., Potts J.T. Jr. 2009. Guidelines for the Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement from the Third International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab* 94, 2, 335–339.

Eloranta, E. 2010. Primaarinen hyperparatyreoosi: Taudinkuvasta hoitolinjan valintaan. Viitattu 20.10.2014. http://endokrinologiyhdistys-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f544264009ba03981172031d34c4cadb/1413807644/application/pdf/174806/endo_abstraktit.pdf

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26, 1, 63–73.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010. Kalsium, ionisoitunut. Kliinisen kemian laboratorio-ohjekirja. Viitattu 22.6.2014. <http://www.epshp.org/kotisivut/labnet/html/2019.htm>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011. Alkalinen fosfataasi. Kliinisen kemian laboratorio-ohjekirja. Viitattu 22.6.2014. <http://www.epshp.org/kotisivut/labnet/html/4587.htm>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012 a. Kreatiniini. Kliinisen kemian laboratorio-ohjekirja. Viitattu 22.6.2014. <http://www.epshp.org/kotisivut/labnet/html/4600.htm>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012 b. Parathormoni, intakti. Kliinisen kemian laboratorio-ohjekirja. Viitattu 22.6.2014. <http://www.epshp.org/kotisivut/labnet/html/4560.htm>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013. Kalsium. Kliinisen kemian laboratorio-ohjekirja. Viitattu 22.6.2014. <http://www.epshp.org/kotisivut/labnet/html/4514.htm>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 a. D-vitamiini. Kliinisen kemian laboratorio-ohjekirja. Viitattu 22.6.2014. <http://www.epshp.org/kotisivut/labnet/html/1220.htm>

- Etelä-Pohjanmaa sairaanhoitopiiri 2014 b. Isotooppien tutkimusohjeet. Viitattu 22.6.2014.
www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/sairaanhoidolliset_palvelut/fysiologian_ja_isotooppitutkimusten_yksikko/tutkimusohjeet/isotooppien_tutkimusohjeet
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 c. Lisäkilpirauhasen gammakuvaus. Isotooppien tutkimusohjeet. Viitattu 22.6.2014.
http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/sairaanhoidolliset_palvelut/fysiologian_ja_isotooppitutkimusten_yksikko/tutkimusohjeet/isotooppien_tutkimusohjeet/lisakilpirauhasen_gammakuvaus
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014 d. Lisäkilpirauhasen gammakuvaus. Isotooppien potilasohjeet. Viitattu 22.6.2014.
http://www.epshp.fi/files/6735/Lisakilpirauhasen_gammakuvaus.doc
- Fimea 2011. Denosumabi. Viitattu 7.6.2014. <http://sic.fimea.fi/denosumabi.aspx>
- Hannula, P. 2010. Hyperkalsemia – Mitä tehdä? Lääkärilehti 65, 24, 2193–2197. Viitattu 23.3.2014. <http://www.fimnet.fi/cgicug/brs/artikkeli.cgi?docn=000034229>
- Hellsten, K., Mussalo, H., Vanninen, E., Alhava, E. & Niskanen, L. 2004. Gammakuvauksen merkitys lisäkilpirauhasadenooman paikantamisessa. Suomen Lääkärilehti 59, 10, 1013–1017.
- Hirsjärvi, H., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. Helsinki. Tammi.
- HUSLAB 2010. Kreatiniini, vuorokausivirtsasta. Laboratoriotutkimukset. Viitattu 25.8.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=lab32100
- HUSLAB 2013 a. D-vitamiini-25-OH, D₃- ja D₂-muodot seerumista. Laboratoriotutkimukset. Viitattu 27.8.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=lab84307
- HUSLAB 2013 b. Kalsium, vuorokausivirtsasta. Laboratoriotutkimukset. Viitattu 27.8.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=lab31811
- HUSLAB 2013 c. Kreatiniini, plasmasta. Laboratoriotutkimukset. Viitattu 27.8.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=lab32095
- HUSLAB 2013 d. Luun tiheysmittaus, 2 kohdetta (NK6SA), lausuttuna. Laboratoriotutkimukset. Viitattu 3.9.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=lab84391&p_haku=luustontiheys

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. SanomaPro.

Kauppinen-Mäkelin, R. 2013. Hyperkalsemia ja hyperparatyreoosi. Viitattu 22.6.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00580

Khan, A., Grey, A. & Shoback, D. 2009. Medical Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism: Proceedings of the Third International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab*, 94, 2, 373–381.

Kiviniemi, H., Eloranta, E. & Mäkelä, J. 2013. Lisäkilpirauhasadenooman kirurginen hoito. *Lääkärilehti* 68, 33, 1973–1976. Viitattu 17.3.2014. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.puv.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039690>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit.

Käypä hoito 2014. Osteoporoosi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 7.6.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi24065#T8>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 13.3.2014. <http://www.herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6, 4, 10–15.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.). 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Viitattu 13.3.2014. http://www.pps hp.fi/instancedata/prime_product.../16315_4_2006.pdf

Lääketietokeskus 2014 a. Aclasta. Viitattu 7.10.2014. <http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=13843>

Lääketietokeskus 2014 b. Mimpara. Viitattu 7.6.2014. http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=13495&i=AMGEN_MIMPARA

- Lääketietokeskus 2014 c. Prolia. Viitattu 8.6.2014.
http://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=23530&i=AMGEN_PROLIA
- Marcocci, C. & Cetani, F. 2011. Primary hyperparathyroidism. *New England Journal of Medicine* 365, 22, 2389–2397.
- Matikainen, N. 2014. Hyperkalsemia. Katsaus. *Duodecim*, 130, 14, 1404–1412. Viitattu 7.9.2014.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11750
- Michels, T. C. & Kelly, K. M. 2013. Parathyroid disorders. *American Family Physician*, 88, 4, 249–257.
- Mustajoki, P. 2012. Lisäkilpirauhasen liikatoiminta. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 13.3.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/tk.koti?p_artikkeli=dlk01071
- Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Kaikukuvaus. *Senkka ja 100 muuta tutkimusta*. Viitattu 3.9.2014. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04024
- Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2009. Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. *Journal of Chlinical Nursing* 18, 2058–2063.
- Opetushallitus 2014. SWOT-analyysi. Viitattu 13.3.2014.
http://www.opi.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- Pallan, S., Rahman M. O. & Khan A., A. 2012. Diagnosis and management of primary hyperparathyroidism. Viitattu 20.3.2014.
<http://www.bmj.com/ctent/344/bmj.e1013>
- Pekkarinen, T. 2007. Primaarinen hyperparatyreoosi. *Duodecim* 123, 6, 673–680. Viitattu 6.9.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96370&
- Ruuska, K. 2006. *Terveydenhuollon projektinhallinta*. Helsinki. Tallentum Media Oy.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17, 4, 217–227.

Salmela, P. 2013. Lisäkilpirauhasen liikatoiminta eli hyperparatyreoosi. Viitattu 13.3.2014. <http://endokrinologiyhdistys.yhdistysavain.fi/potilasohjeet/lisakilpirauhasenliikatoiminta/>

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö 8, 4, 21–28.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektisuunnittelun käsikirja. Viitattu 11.9.2014. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Terveyskirjasto 2014. Fosavance. Viitattu 14.10.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far14020

Torkkola, S., Heikkinen, H., & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 a. Juomilla on väliä – harkitse mitä juot. Viitattu 22.5.2014. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/vrn-es_a4_290909_net.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014 b. Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Viitattu 22.5.2014.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Välimäki, M. 2011. Pillerikö puukon paikalle primaarisen hyperparatyreoosin hoidossa? Lääkärilehti 66, 9, 735–738. Viitattu 21.3.2014.
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035407>

Välimäki, M. & Mäkitie, O. 2009. Luusto ja mineraaliaineenvaihdunta. Teoksessa Endokrinologia 2. painos, 264–350. Toim. Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.