

Saarela Anna-Riitta, Siltakoski Jenni, Ylitalo Maria

**OHJAUKSEN KIRJAAMINEN SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAI-
DEN POTILASASIAKIRJOIHIN**

**OHJAUKSEN KIRJAAMINEN SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAI-
DEN POTILASASIAKIRJOIHIN**

Opinnäytetyö

Saarela Anna-Riitta
Siltakoski Jenni
Ylitalo Maria
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoidaja
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sairaanhoitaja

Tekijät: Saarela, Anna-Riitta, Siltakoski, Jenni & Ylitalo, Maria

Opinnäytetyön nimi: Ohjauksen kirjaaminen sepelvaltimotautipotilaiden potilasasiakirjoihin

Työnohjaajat: Yliopettaja, TtT Honkanen, Hilikka & lehtori, TtM Vanhanen, Minna

Työn valmistumislukukausi ja –vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 53 + 22 Liitesivua

Sepelvaltimotauti on Suomessa iso kansanterveysongelma. Hoitojen kehittyminen ja elintapamuutosten tiedostaminen on vähentänyt sepelvaltimotautiin kuolleisuutta viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana. Hoitavan henkilökunnan rooli on merkittävä potilaan motivoinnissa. Hyvä ohjaus juuri diagnosoidun sepelvaltimotautipotilaan kohdalla ehkäisee sairauden etenemistä. Etenkin tämä potilasryhmä tarvitsee ja haluaa eniten ohjausta. Ohjaus on taudin etenemisen ehkäisemisen kannalta erittäin tärkeää. Ohjaamisen kirjaaminen on tärkeää hoidon ja ohjauksen jatkuvuuden kannalta.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tarkastella vasta diagnosoidun sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen kirjaamista. Työn tilaajana toimi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin medisiininen tulosalue. Tilaaja halusi tietoa vasta diagnosoidun sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen kirjaamisen laadusta Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Työn tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautipotilaan potilasohjauksen kirjaamisen toteutumista potilasasiakirjoissa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää sydänpotilaan ohjauksen kirjaamista, tuoda esiin potilasohjauksen kirjaamisen tärkeyttä ja tuoda ilmi kirjaamisen epäkohtia kuten kirjaamisen laatua ja ohjaamisen arviointia mikäli niitä esiintyy. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto analysoitiin dokumenttiaineiston sisällönanalyyysillä. Dokumenttiaineisto muodostui harkinnanvaraisesti valituista potilasasiakirjoista.

Tutkimuksesta ilmeni, että sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen kirjaamisessa on suuria eroja aihealueiden välillä. Kirjaaminen oli laadultaan pääasiassa kohtalaista ja vain fysioterapeuttien kirjaukset olivat laadultaan erittäin hyvää. Yleensä kirjauksista puuttui ohjauksen vaikuttavuuden arviointi. Kirjaaminen ja tietojärjestelmät kehittyvät koko ajan, sen myötä tulee uusia jatkotutkimus- ja kehittämishaasteita. Tätä tutkimusta voisi lähteä kehittämään enemmän kvalitatiivisempaan suuntaan, esimerkiksi avoimien kysymyksien kautta kartoittamaan henkilökunnan käsityksiä hyvästä ohjaamisen kirjaamisesta.

Avainsanat: kirjaaminen, potilasohjaus, sepelvaltimotauti

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Saarela, Anna-Riitta, Siltakoski, Jenni & Ylitalo, Maria

Title of thesis: Documentation of patient counselling in newly diagnosed coronary heart patients

Supervisors: Principal lecturer, PhD Honkanen, Hilikka & Lecturer, M.Sc Vanhanen, Minna

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016

Number of pages: 53 appendix pages 22

Coronary heart disease (CHD) is a huge national health problem in Finland. The CHD mortality has declined over the past 40 years in Finland and appears to be the result of a successful combination of lifestyle changes and improvements in coronary care. Health care professionals play a vital role in encouraging patients to change unhealthy behaviors and make lifestyle changes. CHD progression can be delayed or prevented by providing patients with the right information and counselling. Newly diagnosed CHD patients are a group of people who clearly benefit from the right disease related information. For that reason, it is important for health care professionals to documentation of patient counselling.

The purpose of the thesis was to evaluate the documentation of newly diagnosed CHD. This thesis was commissioned by The Northern Ostrobothnia Hospital District (the Oulu University Hospital, Branch of Medicine). The aim of this study was to highlight the weaknesses and deficiencies in documentation of newly diagnosed CHD. We also wanted to stress the importance of good counselling.

This research was carried out by using quantitative method. The data was collected from Oulu University Hospital medical records and analyzed by using content analysis. Contact persons from Oulu University Hospital helped us with the data collection.

Our thesis demonstrates that there are major differences in documentation between CHD patients. Documentation was of moderate quality. Only physiotherapist kept high quality records. Documentation and information systems are constantly developing and because of that, high quality documentation will be even more important in the future. Further research in this area is needed.

Keywords: documentation, patient counselling, coronary heart disease

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	7
2 SEPELVALTIMOTAUTI.....	9
2.1 Sepelvaltimotaudin oireiden tunnistaminen	9
2.2 Yleisimmät tutkimukset.....	10
3 POTILAAN OHJAAMINEN.....	12
3.1 Potilasohjauksen lainsäädäntöä ja etiikkaa.....	13
3.2 Hyvä ja onnistunut ohjaus	14
4 SEPELVALTIMOTAUDIN OHJAUKSEN OSA-ALUEET.....	16
4.1 Sepelvaltimotaudin lääkehoidon erityispiirteitä	16
4.2 Elintapojen merkitys sepelvaltimotaudin hoidossa	19
5 POTILASASIAKIRJOIHIN KIRJAAMINEN.....	25
5.1 Potilasasiakirjat.....	25
5.2 Systemaattinen ja rakenteinen kirjaaminen	26
5.3 Kirjaaminen	26
5.4 Kirjaamisen ongelmat.....	27
5.5 Lainsäädäntö.....	28
6 TUTKIMUKSEN TEHTÄVÄT, TARKOITUS JA TAVOITE	31
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	32
7.1 Tutkimusmenetelmä	32
7.2 Aineiston keruu ja sisällönanalyysi	32
8 TUTKIMUSTULOKSET.....	34
9 POHDINTA	41
9.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	41
9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	43

9.4 Prosessissa oppiminen	45
9.5 Tutkimuksen merkitys kirjaamisen kehittämiselle ja jatkotutkimushaasteet	46
LÄHTEET	47
LIITTEET.....	55

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on Suomessa iso kansanterveysongelma. Hoitojen kehittyminen ja elintapamuutosten tiedostaminen ovat vähentäneet sepelvaltimotautiin kuolleisuutta viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana. Nykyään Suomessa kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin on samaa luokkaa kuin Länsi-Euroopan keskiarvo. Kuolleisuus on silti edelleen kaksinkertainen verrattuna maihin, joissa kuolleisuus sydän ja verisuonisairauksiin on maailman pienintä. 60-luvulla kuolleisuus oli Suomessa maailman suurimpia. (Koskinen 2009, viitattu 12.4.2016.) Sepelvaltimotautia sairastavan kuntoutus ja ohjaus edistää mm. toipumista, vaikuttaa positiivisesti työkykyyn, vähentää kuolleisuutta ja parantaa elämänlaatua. Koska kyse on pitkäaikaisesta sairaudesta, suositellaan seuranta vähintään vuosittain. Hoitavan henkilökunnan rooli on merkittävä potilaan motivoinnissa, jotta hoito onnistuu ja potilas itse motivoituu elämäntapa muutoksiin. (Käypähoito -suositus 2015, viitattu 12.4.2016.)

Ohjaus on tärkeää potilashoidossa. Nykypäivänä hoitoaikoja osastolla pyritään lyhentämään ja potilaita kotiutetaan aikaisemmin. Tällöin hoitohenkilökunnalla jää entistä vähemmän aikaa ohjata potilaita. Avohoidon lisääntyessä potilaan itsehoito-ohjeiden ymmärtäminen ja tarpeiden kohtaaminen käy entistä tärkeämmäksi. Tutkitun tiedon mukaan ohjauksella on positiivisia vaikutuksia sairauden ja hoitoon liittyvän tiedon ymmärtämiseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1.) Hyvin annettu potilasohjaus voi lievittää potilaan ahdistusta ja pelkoa. Hyvällä potilasohjauksella pystytään myös pienentämään sairaudesta aiheutuvia kustannuksia.

Tutkittu tieto potilaan ohjauksesta on hajanaista, eikä selkeitä ongelmia ole löydetty esimerkiksi ohjauksen laadusta. Hoitohenkilökunnan, potilaiden ja heidän omaistensa käsitykset ohjauksesta ovat erilaisia. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää miten ohjaus ymmärretään. (Lipponen ym. 2006, 1.)

Ohjauksen kirjaamista tapahtuu monessa vaiheessa, kuten sairaalaan tulovaiheessa, osastovaiheessa ja lähtövaiheessa. Näissä kaikissa hoitosuunnitelmaan kirjataan mm. annettu

ohjaus ja sen arviointi sekä jatko-ohjaus tarve. (Lipponen ym. 2006, 12-16.) Ohjaamisen kirjaaminen on tärkeää hoidon ja ohjauksen jatkuvuuden kannalta.

Opinnäytetyön aihe tuli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin medisiinisen tulosalueen ilmaisemasta tarpeesta ja heidän tilauksestaan. Opinnäytetyö on osa isompaa kokonaisuutta, jonka nimi on sydänpotilaan ohjaus. Kokonaisuudessaan aiheesta tehtiin neljä opinnäytetyötä. Tapasimme yhdessä säännöllisin väliajoin muiden opinnäytetyön tekijöiden kanssa, sekä Oulun yliopistollisen sairaalan edustajien kanssa. Opinnäytetyön tekijöillä avattiin yhteinen Optima-verkkoalusta, jossa jaoimme töitämme koskevia tietoja.

Hyvä ohjaus juuri diagnosoidun sepelvaltimotautipotilaan kohdalla ehkäisee sairauden etenemistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida tarkastelemalla potilasasiakirjoja, sydänpotilaan ohjaamisen kirjaamisen toteutumista. Rajasimme kirjaamisen tarkastelun vasta diagnosoituihin sepelvaltimotautipotilaisiin, koska he ovat juuri se sepelvaltimotautipotilasryhmä, jotka tarvitsevat ja haluavat eniten ohjausta. Kaikkien vasta diagnosoitujen sepelvaltimotautipotilaiden tulee saada ohjausta. Ohjaus on taudin etenemisen ehkäisemisen kannalta erittäin tärkeää. Tämä rajaaminen selkeytti myös opinnäytetyötä.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sepelvaltimotautipotilaan ohjaamisen kirjaamista ja tuoda esiin potilasohjauksen kirjaamisen tärkeyttä, sekä tuoda ilmi kirjaamisen epäkohtia, kuten kirjaamisen laatua ja ohjaamisen arviointia mikäli niitä esiintyy. Opinnäytetyöstä hyötyvät potilas, hoitava henkilökunta ja potilaan omaiset. Opinnäytetyö tuo konkreettista tietoa kirjaamisen tasosta ja laadusta. Tätä tietoa voi hyödyntää jatkossa ohjauksen kirjaamisen kehittämisessä.

2 SEPELVALTIMOTAUTI

Sepelvaltimot kiertävät sydämen pinnalla, vieden verta sydänlihakseen ja muihin sydämen kudoksiin. Sepelvaltimoita pitkin tuleva veri sisältää sydämelle välttämättömiä ravinteita sekä happea. (Suomen Sydänliitto ry 2014, viitattu 25.11.14.) Aortan tyvestä lähtee kaksi sepelvaltimoa, oikea ja vasen. Sydänlihaksen hapenpuutteen ja verenkierron häiriintymiseen riittää yksikin ahtautuma sepelvaltimoissa, joka on yleensä seurausta valtimotaudista (valtimon kovettumatauti, ateroskleroosi). Sepelvaltimotaudin toteamisen jälkeen on tärkeää taudin etenemisen ehkäisy. Tällöin hoitajien antama ohjaus on erittäin tärkeässä asemassa. (Kettunen 2014, viitattu 25.11.2014.)

Sepelvaltimotaudin etenemisen ehkäisyssä on tärkeää vähentää valtimotautiin liittyviä riskitekijöitä, kuten tupakointia, hoitaa kohonnutta verenpainetta ja korkeaa kolesterolia. Sepelvaltimotaudin etenemisen ehkäisyssä keskeisessä asemassa ovat elämäntapamuutos ja lääkehoito. (Kettunen 2014, viitattu 25.11.2014.) Sepelvaltimotaudin ehkäisyssä tärkeään rooliin nousevat vaaratekijöiden hallinta kuten ravitsemus ja liikunta. Terveelliset ruokailutavat hidastavat taudin etenemistä. Jokapäiväinen liikkuminen on olennainen osa sepelvaltimotaudin hoitoa. (Suomen Sydänliitto Ry 2014, Sepelvaltimoiden pallolaajennus, 20 – 31.)

2.1 Sepelvaltimotaudin oireiden tunnistaminen

Sepelvaltimotauti voi muuttua vakaaoireisesta epävakaaaksi eli sepelvaltimotautikohtaukseksi. Sepelvaltimotautikohtaus voi olla sydäninfarkti tai epävakaa angina pectoris eli raskausrintakipu. Sydäninfarkti voi olla ST-nousuinfarkti tai infarkti ilman ST-nousua. Kivun alkaminen vähäisemmässä raskautuksessa tai jopa levossa ja pitkittynyt kipu levon aikana ovat oireita, jotka kertovat mahdollisesti vakaan sepelvaltimotaudin muuttumista epävakaaaksi. Sepelvaltimokohtaus vaatii välitöntä hoitoa sairaalassa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, & Uski-Tallqvist 2013, 207-208.) Oppimalla tunnistamaan sydäninfarktin varoitusmerkit ja toimimalla oikein, voi pelastaa oman tai jonkun toisen hengen (National Heart, Lung and Blood Institute 2016, viitattu 2.3.2016).

Vakaan sepelvaltimotaudin tavallisimpana oireena on angina pectoris eli ruumiillisen rasituksen yhteydessä tuntuva rintakipu, silloin kun sydämen syke nousee. Potilas kuvaa kipua yleensä puristavana, ahdistavana ja keskellä rintaa tuntuvana laaja-alaisena kipuna. Kipu saattaa säteillä myös selkään, ylävatsalle, käsivarsiin tai leukaperiin. Kipu usein pysäyttää potilaan, mutta helpottuu levon jälkeen muutamassa minuutissa. Kipu ilmaantuu tyypillisesti samanlaisena aina silloin kuin rasitus ja syke nousevat sille tasolle, joka yksilöllisesti aiheuttaa kullekin potilaalle hapenpuutetta sydänlihakseen. Aina näin tyypillisiä oireita ei ole. Joskus kipu voi tuntua polttavana tunteena ylävatsalla tai rasituksessa, kun tilapäinen hapenpuute aiheuttaa pumppaustoiminnan häiriön. Tällöin oireena on ohimenevä hengenahdistus. Ilman rintakipua sepelvaltimotauti voi ilmetä varsinkin vanhuksilla ja naisilla. Tällöin oireena voi olla pelkästään väsymistä, rinnan puristusta tai ahdistusta, pahoinvointia ja huonovointisuutta liittyen rasitukseen. (Kettunen 2014, viitattu 9.4.2015.)

Aina ensioireena ei ole angina pectoris -oireet. Sydäninfarkti voi tulla yhtäkkiä, ennalta varoittamatta ja sen oireena on voimakas, puristava rintakipu, johon lepo ei auta. Kipu myös jatkuu pidempään. (Kettunen 2014, viitattu 9.4.2015.) Sepelvaltimotaudin kaltaisia oireita voi aiheuttaa myös jokin muu syy. Lievä kipu joka ilmenee myös levossa, kipu joka sallii liikkumisen, kipu joka jatkuu tunteja tai päiviä, kivun liittyminen hengityksen liikkeisiin tai terävä ja pienellä alueella tuntuva kipu ovat sellaisia piirteitä jotka tukevat muuta diagnoosia kuin sepelvaltimotauti. (Kettunen 2014, viitattu 9.4.2015.)

2.2 Yleisimmät tutkimukset

Vakaoireista sepelvaltimotautia sairastavan potilaan tutkiminen aloitetaan kliinisellä tutkimuksella ja anamneesilla lääkärin vastaanotolla. Siellä pyritään tunnistamaan oireet ja selvittämään riskitekijöitä. Taudin vaikeusastetta voidaan arvioida lisätutkimuksilla. EKG:ssä eli sydänfilmissä havaitaan usein hapenpuute muutoksia. Sydänfilmissä voidaan havaita myös infarktille tyypillisiä löydöksiä. Jos sydänfilmissä ei havaita poikkeavuuksia tehdään rasitus-EKG. (Ahonen ym. 2013, 209; Jaatinen & Raudasoja 2013, 68-69.) Kokeen aikana potilas polkee esimerkiksi kuntopyörällä ja samalla hänestä nauhoitetaan sydänfilmiä (Jaatinen ym. 2013, 68-69).

Laboratoriokokeita otetaan riskitekijöiden kartoittamiseksi, esimerkiksi kohonneen kolesterolin havaitsemiseksi. Laboratoriokokeissa voi näkyä myös tyypillistä entsyymien nousua sydänlihaskaurioon liittyen. Yleiskäsitys sydämen tilasta saadaan sydän-keuhko -kuvalla. Ohitusleikkausta tai pallolaajennusta tarvitseville potilaille tehdään sepelvaltimoiden varjoainekuvaus, jossa saadaan tarkka käsitys sepelvaltimoiden tilanteesta. Sydämen kaikututkimuksella voidaan arvioida sydänläppien ja sydänlihaksen toimivuutta sekä pumppaustehoa. (Jaatinen ym. 2013, 68-69.)

3 POTILAAN OHJAAMINEN

Ohjaus on vaikea määritellä ja hahmottaa teoreettisesti, koska ohjaaminen käsitettä käytetään useissa eri tarkoituksissa kuten opettamisessa, tiedonantamisessa ja neuvonnassa (Kyngäs & Henttinen 2009, 77- 109). Ohjauskäsite on hoitotieteessä määritelty prosessiksi tai toiminnaksi, jossa kaksi asiantuntijaa toimii yhteistyössä tasavertaisesti. Ohjaus määritellään tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi. (Vehmasaho & Rantovaara 2010, 10.)

Hoitotyössä keskeinen osa potilaan hoitoa on potilaan ohjaaminen. Jokaisen hoitotyöhön osallistuvan hoitajan tehtävänä on ohjata potilasta. Hoitajat kokevat, että potilasohjaus on erittäin tärkeää ja olennainen osa heidän työtään. Sen tavoitteena on ihmisen kunnioittaminen, kuuleminen ja kohtaaminen. Ohjauksen tarkoitus on edesauttaa potilasta terveellisiin elämän valintoihin, sekä parempaan elämän hallintaan, omien voimavarojen kautta. Ohjauksen on oltava suunnitelmallista. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 6; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.) Ohjaus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin, ammattietikkaan, erilaisiin laatu ja hoitosuosituksiin sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmiin (Eloranta & Virkki 2011, 11).

Potilasohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia ja hoitotyön ammatillista toimintaa. Hoitajalla on vastuu antaa ohjausta sairaudesta ja sen oireista. Ohjaus on toimintaa jonka tavoitteena on tukea potilasta emotionaalisesti, tiedollisesti tai konkreettisesti. (Kyngäs ym. 2009, 77-109.) Potilasohjaus on yksi hoitotyön keskeisistä auttamismenetelmistä (Eloranta ym. 2011, 11-15). Potilasohjausta on tärkeää kehittää. Tarve ohjauksesta lisääntyy koko ajan, koska asiakkaat ovat mm. entistä tietoisempia sairauksistaan ja oikeuksistaan, väestö ikääntyy ja kansansairaudet lisääntyvät. (Lipponen 2014, 17-26.)

Ohjaus lähtee aina potilaan tarpeista ja siihen vaikuttavat hoitajan sekä potilaan taustatekijät, kuten ikä, motivaatio ja arvot. Taustatekijät luovat perustan ohjauksen onnistumiselle. (Lipponen 2014, 17-26.) Ohjausta voidaan antaa kaikille iästä, sukupuolesta, kulttuurista ja terveydentilasta riippumatta. Ohjaussuhteessa hoitaja tukee potilaan toimintakykyä, itsenäisyyttä ja omatoimisuutta vuorovaikutuksen avulla. (Eloranta ym. 2011, 11-15.) Potilasohjauksessa on keskeistä potilaan tukeminen tavoitteellisuuteen ja aktiivisuuteen, joiden

kautta hän ottaisi vastuuta omasta hoidostaan (Lipponen 2014, 17-26). Potilaan ohjauksella pyritään vaikuttamaan myönteisesti ohjattavan valmiuksiin ja kokemuksiin. Ohjauksella voidaan rohkaista ja mahdollistaa potilasta osallistumaan hoitoonsa liittyviin päätöksiin. (Eloranta ym. 2011, 11-15.)

Potilasohjauksella voidaan edesauttaa ohjattavan valmiuksia niin, että hänellä olisi paremmat mahdollisuudet esim. selviytyä ja pärjätä kotona (Eloranta ym. 2011, 11-15). Ohjauksella pyritään tukemaan potilaan voimavaraistumista, silloin hän aktivoituu ja motivaatio lisääntyy. Voimavaraistumista tukevaan ohjaukseen kuuluu eri osa-alueita, toiminnallinen, biofysiologinen, sosiaaliyhteisöllinen, kokemuksellinen, taloudellinen ja eettinen. Hoitoaikojen lyhentymisen lisää ohjauksen tarvetta ja aikaa ohjaamiselle on vähemmän kuin aiemmin. Erikoissairaanhoidon lyhentyneet hoitoajat tarkoittavat, että avohoidon ohjauksen määrä on lisääntynyt. Laitoshoidon väheneminen vaikuttaa myös esimerkiksi kotisairaanhoidossa annettavaan ohjauksen määrään ja laatuun. (Lipponen 2014, 17-26.)

Lääkehoito, elintapojen muuttaminen ja riskitekijöiden hallinta ovat hoidon perustana sepelvaltimotaudissa. Suurin osa potilaista, joilla sepelvaltimotauti todetaan, ovat aikaisemmin olleet terveitä. Heille sairastuminen on yleensä ennalta arvaamatonta. Potilaalle voi olla hyvin hämmentävää kotiutua reseptien, ohjeiden ja, sepelvaltimotauti vihkosten kanssa. Heille on hyvin tärkeää saada ohjausta ensimmäisten päivien, viikkojen ja kuukausien aikana. (Mäkijärvi ym. 2008, 278-292.)

3.1 Potilasohjauksen lainsäädäntöä ja etiikkaa

Ohjaaminen perustuu lainsäädäntöön, ammattietiikkaan, laatu- ja hoitosuosituksiin sekä erilaisiin terveys- ja hyvinvointiohjelmiin. Annettavaa ohjausta säätelevät mm. kansanterveyslaki, perus- ja ihmisoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Vaikka näissä laeissa ei välttämättä suoraan ohjausta mainitakaan, on se pohjana ohjauksen minimivaatimuksille. Lait määrittelevät myös potilaan aseman, jonka mukaan potilaalla on oikeus saada riittävästi ja selkeästi tietoa terveydestään. Lakien mukaan hoitajan on sitouduttava ohjaustilanteessa huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, vakaumusta, yksityisyyttä ja ihmisarvoa. Ohjausta ei myöskään saa antaa ilman potilaan suostumusta. (Eloranta ym. 2011, 11; Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, viitattu 22.4.2015.)

Ohjaus ei ole vain yksilöiden vuorovaikutusta, vaan siihen liittyvät etiikka ja eettisyys. Ohjauksen eettisyyttä ohjaa ammatti- ja yhteiskunta eli se ei ole hoitajan yksityinen asia. (Lipponen ym. 2006, 6-8.) Useat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että potilasohjaus on vajavaa eikä siihen panosteta riittävästi. Potilaan hoitoon liittyvä tieto ja ohjaustyyli vaihtelevat sekä ovat ristiriidassa hoidon eri vaiheissa (Pohjola-Katajisto 2008, viitattu 9.1.2015). Ohjausta antavaa hoitoalan ammattilaista sitovat myös terveydenhuollon eettiset periaatteet. Näiden periaatteiden mukaan ohjaus sisältyy olennaisena osana hoitotyöhön. Ammatikunnat ovat eettisten periaatteiden pohjalta laatineet omat ammattieettiset ohjeet. Nämä ohjeet kuvaavat alan tavoitteita ja periaatteita. (Eloranta ym. 2011, 12.) Terveystieteissä tapahtuvat muutokset ovat mukana hoitajan ja potilaan välisissä ohjaustilanteissa. Hoitajien ammattietiikka kertoo, miten tilanteessa voisi ammattietiikkaa soveltaa ja miten tilanne tulisi kohdata. Ohjaukseen liittyvät eettiset kysymykset ovat usein asiakkaan oikeuksiin liittyviä. Ohjausta antavat hoitajat on huolehdittava, että annettava ohjaus on aina ajan tasalla olevaa. (Kyngäs ym. 2007, 153-154.)

3.2 Hyvä ja onnistunut ohjaus

Hoitohenkilökunnan ohjaustaitojen vahvistaminen ja hoitoketjujen tehostaminen sekä ohjauksen kehittäminen ovat tärkeitä kehittämiskohteita terveydenhuollossa. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on kehittää ja ylläpitää ohjausvalmiuksiaan ja turvata potilaalle riittävä ohjaus. Hyvä potilasohjaus on tavoitteellista ja suunnitelmallista, sekä huomioi potilaan taustan. Hyvä potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista, sekä huomioi tärkeät asiat, mitä potilas nostaa esille. Potilaslähtöinen ohjaus tukee kaikin tavoin potilasta, mm. paranemisessa, itsehoidossa, selviytymisessä sekä tukee potilaan tyytyväisyyttä. Riittävä tieto sairaudesta ja sen hoitamisesta ovat osa ohjauksen tarkoitusta. Ohjauksen tarkoituksena on myös vahvistaa hallinnan tunnetta potilaalla. (Lipponen 2014, 17-26.)

Elon, Kurikkalan, Kynkään ja Kääriäisen (2015, 3-17) tutkimuksen mukaan ikääntyneen laadukas ohjaus edesauttaa hoitoon sitoutumista. Ohjaajan ja potilaan asettamat tarpeet ja odotukset voivat olla erilaiset ja siksi ohjaustarpeista on keskusteltava. Pitkään sepelvaltimotautia sairastavalla on erilainen tarve ja käsitys siitä, mistä hän haluaa ohjausta kuin

vasta sepelvaltimotautiin sairastuneella, hän enemmän odottaa sitä, että ohjaaja tietää mitä hänelle ohjataan. (Kyngäs ym. 2009, 77-109.)

Jotta ohjaaminen onnistuu, on ohjaajan otettavan vastuuta ohjauksen suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Suuri vastuu oppimisesta ja valinnoistaan on kuitenkin potilaalla itsellään. Potilasta ei voida väkisin sitouttaa tai pakottaa hoitoon. Ohjaajan on yritettävä motivoida potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja osallistumaan ohjaukseen. Hoitoon sitoutumista motivoi se, että potilas kokee asian tärkeäksi asiaksi elämässään. (Kyngäs ym. 2009, 77-109.) On tutkittu, että ohjauksen saaminen rohkaisee ja antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua päätöksen tekoon ja näin ollen edesauttaa valmiuksia hoitaa itseään (Lipponen ym. 2006, 10).

Hyvä ohjaus vaatii riittävät resurssit, tilat, materiaalit ja hoitohenkilöstön. Ilman kunnossa olevia toimintaedellytyksiä, kuten hoitajan taitoa, tietoa, ohjausmenetelmien hallintaa sekä asenteita, ohjaus ei voi onnistua. Tärkeää ohjauksessa on myös hoitajan pätevyys, ohjausmenetelmien käyttö, potilaslähtöisyys sekä hyvät vuorovaikutus- ja ohjaustaidot. Ohjausta voidaan antaa suullisena, kirjallisena, ryhmä- tai yksilöohjauksena, audiovisuaalisena tai demonstraationa. (Lipponen 2014, 17-26.) Ohjauksessa käytettävä materiaalin on oltava asianmukaista sekä ajan tasalla olevaa, kieleltään sellaista, että asiakas sen ymmärtää. Ohjauksessa materiaalina voi käyttää videoita, kuvia, oppaita ja esitteitä. Ohjauksen onnistumisen yksi perusedellytys on, että se kirjataan huolellisesti. Jos ohjausta ei kirjata, on sen jatkuvuus uhattuna. Myös ohjaamisen ja sen vaikutuksen seuranta on ongelmallista, jos kirjaaminen on jäänyt tekemättä. (Kyngäs ym. 2009, 77-109.)

4 SEPELVALTIMOTAUDIN OHJAUKSEN OSA-ALUEET

Henkilöillä, jotka sairastavat tai ovat vaarassa sairastua valtimotautiin, tulisi muuttaa elintapojaan. Huonoja elintapoja on noudatettu monesti jo useita vuosia, joten käyttäytymismuutokset vaativat aikaa ja asiantuntijuutta. Monille on vaikea muuttaa elintapojaan. Varsinkin vaikeassa työ- tai perhetilanteessa olevien, työttömien, taloudellisissa ongelmissa olevien ja sosiaalisesti syrjäytyneillä muutoksen omaksuminen on vaikeampaa. Elintapamuutoksiin ohjaamisessa on tärkeää, että suhde ohjaajan ja potilaan välillä on terapeutinen. Esteet muutoksille tulee tunnistaa ja tiedon ymmärtäminen on varmistettava kyselemällä ja keskustelemalla. On hyvä, jos potilas itse oivaltaa elintapamuutosten merkityksen ja vaaratekijät. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 248.)

Sepelvaltimotaudin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa elintavoilla ja vähentää näin lääkityksen tarvetta, sekä parantaa ennustetta. Terveellisiä elintapoja noudattavien selviytyminen on lähes nelinkertainen verrattuna epäterveellisesti elävillä potilailla. Elintapoja kannattaa siis muuttaa viimeistään siinä vaiheessa, kun sepelvaltimotauti diagnosoidaan. (Ahonen ym. 2013, 213.) On tärkeä huomioida, että sepelvaltimotautipotilailla on usein monia riskitekijöitä samanaikaisesti (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015).

4.1 Sepelvaltimotaudin lääkehoidon erityispiirteitä

Kela korvaa Suomessa sepelvaltimotauti lääkkeitä noin 200 000 henkilölle. Taudin esiintyvyys on kuitenkin suurempi koska kaikki eivät ole lääkerekisterissä. Vuosittain tautiin kuolee noin 10 000 ihmistä Suomessa, se onkin suomalaisten yleisin kuolinsyy. Puolet potilaista ovat alle 65-vuotiaita. Vaikka sairaus on yleisempi ikääntyneillä, sukupuolten välisiä eroja ei ole. (Kettunen 2014, viitattu 9.4.2015.) Sepelvaltimotaudin lääkehoidolla voidaan hoitaa ja vähentää taudin oireita, parantaa suorituskykyä ja elämäläatua sekä parantaa ennustetta, ehkäisemällä infarktia ja rytmihäiriöitä (Ahonen ym. 2013, 210). Valtimoiden kovettumisen eli ateroskleroosin riskitekijöiden hallinta on yhteistä kaikkien valtimotautien lääkehoidolle. Kolesteroli- ja verenpaine arvot on tärkeä saada hoitotasolle. Arvojen saamiseksi hoitotasolle tarvitaan yleensä lääkehoitoa. Sekä lääkäri, että sairaanhoitaja antavat

tukea ja ohjausta potilaalle. Tuella ja ohjauksella on suuri merkitys siihen, miten potilas sitoutuu lääkehoitoonsa. (Ahonen ym. 2013, 210.)

Asetyyლისისყილიჰაპო eli ASA kuuluu sepelvaltimotautipotilaan peruslääkitykseen, jos vasta-aihetta ei ole. Se on sepelvaltimotautipotilaan tärkein lääke, sillä se ehkäisee valtimoveritulpan syntymistä ja sepelvaltimotautikohtausta. (Jaatinen ym. 2013, 72; Kettunen 2014, viitattu 14.4.2015; Vauhkonen ym. 2012, 53.) Jos asetyyლისისყილიჰაპო ei jostain syystä sovi, voidaan käyttää yhtä tehokasta klopidogreelia (Kettunen 2014, viitattu 14.4.2015; Vauhkonen ym. 2012, 53). Potilas, jolla on taustalla sepelvaltimokohtaus ja pallolaajennus, ASA:n rinnalle aloitetaan myös ADP:n reseptorin salpaaja (klopidogreeli, prasugreeli tai tikagrelori) määrääjäksi (Syväne M 2015, viitattu 27.5.2015).

Sepelvaltimotautipotilas voi käyttää rintakipuun ja sen estoon, kipuun nopeasti vaikuttavaa nitraattivalmistetta tarpeen mukaan. Nitraattia voi käyttää myös ennen ruumiillista rasitusta, jonka potilas tietää aiheuttavan rintakipua. Nitraattia kannattaa myös ottaa heti, kun kiputuntemuksia tulee, tällöin suorituskyky paranee ja kivulta vältytään. (Kettunen 2014, viitattu 14.4.2015; Taam-Ukkonen ym. 2014, 215.) Itse annosteltavia nitraatteja on kahdenlaisia, kielen alle laitettava resoritabletti ja suihkeena kielen päälle annosteltavaa. Molemmissa teho alkaa noin minuutissa ja vaikutus kestää muutaman tunnin. Nitraattia voidaan ottaa viiden minuutin välein uudelleen jos kipu ei helpota. (Kettunen 2014, viitattu 14.4.2015; Taam-Ukkonen ym. 2014, 215.) Potilaalle voidaan antaa asetyyლისისყილიჰაპო valmistetta pureskeltavaksi tai nieltäväksi jos nitraattia ei ole saatavilla (Taam-Ukkonen ym. 2014, 215). Pitkävaikutteisia nitraatteja käytetään muun lääkehoidon ohessa, ne vähentävät usein lyhytvaikutteisten nitraattien tarvetta (Jaatinen ym. 2013, 72).

Beetasalpaaja on osa sepelvaltimotautia sairastavan peruslääkitystä (Vauhkonen & Holmström 2012, 53). Säännöllisesti käytettynä beetasalpaaja optimoi sykettä ja alentaa verenpainetta, jolloin se estää oireiden syntyä (Jaatinen ym. 2013, 72; Kettunen 2014, viitattu 14.4.2015). Beetasalpaaja lääkityksen avulla estetään rytmihäiriöitä, ennuste paranee merkittävästi ja oireet pysyvät hallinnassa (Vauhkonen ym. 2012, 54).

Statiini aloitetaan heti sepelvaltimotauti diagnoosin varmistumisen jälkeen, kaikille potilaille, heidän kolesterolin arvoistaan riippumatta. Sepelvaltimokohtauksen aikana aloitettu

statiinihoito parantaa ennustetta sepelvaltimotautiin sairastuneilla potilailla. Sepelvaltimo-sairauskohtauksen yhteydessä suuresta statiiniannoksesta on saatu tutkitusti lisähyötyä tavanomaiseen annokseen verrattuna. Kokonaisuuskuolleisuus on pienentynyt suurimman riskin potilailla. (Käypähoito 2015, viitattu 22.4.2015.) Tutkimuksessa on todettu, että potilailla joilla on geneettinen riski sairastua sepelvaltimotautiin, hyötyvät suuresti statiinihoidosta (Mega, Stitzield, Smith, Chasman, Caulfield, Deflin, Nordio, Hyde, Cannon, Sacks, Poulter, Sever, Ridker, Braunwald, Melander, Kathiresan, & Sabatine 2015, viitattu 8.11.2015).

Sepelvaltimotaudin hoidossa voidaan käyttää kalsiumsalpaajia, jotka hillitsevät sykettä ja laajentavat sepelvaltimoita. Kalsiumsalpaajat vähentävät hiljaista iskemiaa. Niillä on hyvä vaikutus oireisiin mutta keskinkertainen vaikutus ennusteeseen. (Vauhkonen ym. 2012, 54.) Beetasalpaajien ollessa epäsoivia tai riittämättömiä voidaan käyttää kalsiumsalpaajaa rintakipuihin (Jaatinen ym. 2013, 72). ATR-salpaajat ja ACE:n estäjät ovat hyödyllisiä niille joilla on sepelvaltimotauti ja metabolinen oireyhtymä. Ne vähentävät uusien infarktien syntymistä ja parantavat ennustetta. (Vauhkonen ym. 2012, 55.)

Sepelvaltimotaudin muut hoitomuodot

Sepelvaltimoiden pallolaajennus on toimenpide, jossa tukkeutunut tai ahtautunut sepelvaltimo avataan. Pallolaajennusta käytetään sekä sydäninfarktin ja epävakaa rintakipuoireiston hoitoon. Sitä voidaan käyttää myös kroonisen taudin hoitoon, silloin kuin lääkehoito ei poista rintakipua. Hoidon tarkoituksena on saada veri kulkemaan jälleen valtimeen. Tämä estää sydänlihaksen vaurioita ja helpottaa oireita. Pallolaajennus ei pysäytä ahtautumista eikä paranna tautia, joten elintapojen ja lääkehoidon merkitys on suuri. (Suomen Sydänliitto Ry 2014, Sepelvaltimoiden pallolaajennus, 4.)

Jos sepelvaltimotauti on laaja tai ahtauma on vaikeassa paikassa, ei sitä voida välttämättä hoitaa pallolaajennuksella. Tällöin kyseeseen tulee sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. Ohitusleikkauksessa tukkeutunut sepelvaltimo ohitetaan esimerkiksi jalasta otetulla laskimo-siirrännäisellä. (Suomensydänliitto sepelvaltimotauti Ry 2015, 24; Potilaan lääkärilehti 2014, viitattu 22.4.2015.) Tällöin veri pääsee jälleen viemään happea ja ravinteita sydäni-

hakselle. Leikkauksen tavoitteena on parantaa potilaan ennustetta ja lievittää oireita. (Suomen Sydänliitto Ry 2014, Sepelvaltimoiden pallolaajennus, 24.)

4.2 Elintapojen merkitys sepelvaltimotaudin hoidossa

Kolesteroli

Kolesterolin hoito aloitetaan ruokavaliohoidolla. Laihduttaminen tarvittaessa on myös tärkeä osatavoite. Lääkehoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti muiden riskitekijöiden perusteella. Osalla väestöstä on useita kohtalaisia riskitekijöitä samaan aikaan. Heidän kolesteroli ei riittävästi pienene ruokavaliolla ja he tarvitsevat lääkehoitoa. (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015.)

Kolesterolia arvioitaessa on syytä selvittää kokonaiskolesterolin lisäksi myös erikseen seerumin triglyseridit ja HDL-kolesteroli. Näiden avulla voidaan laskea seerumin LDL-kolesteroli. Sepelvaltimotaudin etenemisen ja ehkäisyn kannalta keskeistä on pienentää LDL-kolesterolia. Hoitoratkaisuissa pitäisi kiinnittää huomiota siihen, että jos HDL-kolesterolin tavoitearvo on alle 1,0 mmol/l ja seerumin triglyderidien yli 2,0 mmol/l silloin potilaalla on suuri riski sepelvaltimotautiin. On syytä epäillä metabolista oireyhtymää jos triglyseridi taso on suurentunut. Kokonaiskolesterolin tavoite arvo on alle 5,0 mmol/l, LDL-kolesterolin alle 3,0 mmol/l, mutta suuren riskin potilailla alle 2,5 tai alle 2,0 mmol/l. (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015.)

Verenpaine

Kohonnut verenpaine lyhentää elinikää ja lisää sydän- ja verisuonitautiin sairastumisriskiä. Kohonnut verenpaine yhdessä muiden riskitekijöiden kanssa moninkertaistaa sairastumisalttiutta. Juuri tästä syystä jo lievästi kohonnut verenpaine on haitallista esim. Tupakoitsijalle tai diabeetikolle. Riski sairastua sepelvaltimotautiin suurenee etenkin jos systolinen verenpaine nousee yli normaalina pidetyn rajan. (Mäkijärvi yms. 2008, 244-249.) Verenpaineen hoidossa tärkeimpiä lääkkeettömiä keinoja ovat suolan ja alkoholin käytön vähentäminen, liikunnan lisääminen ja tupakoinnin lopettaminen (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015).

Jos lääkkeettömät keinot eivät laske verenpainetta riittävästi, on avuksi otettava lääkehoito. Lääkehoitoa täytyy toteuttaa säännöllisesti (Mustajoki 2014, viitattu 22.4.2015). Kohonnut verenpaine pyritään laskemaan alle 140/90 mmHg:iin. Verenpaineen optimaalinen arvo on alle 120/80 mmHg. Verenpaineen hoidossa huomioidaan sekä systolinen että diastolinen paine. (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015).

Tupakointi

Tupakointi on merkittävä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä, jonka lopettaminen on erittäin tärkeää. Tupakoitsijalla on 2-4 kertaa suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin. (Ahonen ym 2013, 217, Mäkijärvi ym 2008, 107.) Lääkärin tulee selvästi kertoa potilaalle kuinka tärkeää tupakoinnin lopettaminen on sepelvaltimotaudin ehkäisyssä. Lääkärin tulee myös kertoa, kuinka potilas itse voi vaikuttaa sepelvaltimotaudin etenemiseen. Tupakoinnin lopettamisen ongelmiin perehtynyt hoitaja voi olla suureksi avuksi tupakoinnin lopettamisessa. Tarvittaessa otetaan tueksi nikotiinikorvaushoito ja muita tukitoimia. (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015.)

Stressi

Stressin tiedetään lisäävän sepelvaltimotautitapahtumia. Stressin kokeminen on hyvin yksilöllistä. Suurimmat stressin aiheet ovat usein työelämään, perhe-elämään tai ihmissuhteisiin liittyviä. Tilapäisiä stressi tilanteita ei pysty eikä tarvitsekaan välttää, mutta pitkäaikaista ylikuormitusta tulisi pyrkiä välttämään ja keksiä keinoja sen hallintaan. (Suomen Sydänliitto ry 2012, viitattu 22.4.15.)

Vahvan tunnelatauksen, angina pectoriksen ja äkkikuoleman yhteys tiedetään. Näissä tilanteissa todennäköisesti sepelvaltimoplakki repeää ja siitä seuraa sepelvaltimotrompoosi, siihen voi myös liittyä sepelvaltimospasmi ja fataali rytmihäiriö. Raju stressitilanne voi aiheuttaa äkkikuoleman jopa niillä, joilla sepelvaltimot eivät ole ahtautuneet. (Koskenvuo 2015, viitattu 10.10.2015.) Suuri elämänmuutos, kuten esimerkiksi leskeys, voi nostaa äkkikuolleisuutta jopa kolminkertaiseksi kahden ensimmäisen viikon aikana puolison kuole-

masta. Naisten riski sairastua sepelvaltimotautiin laski kuukauden kuluttua valtaväestön tasolle, mutta miehillä riski jäi 15 prosenttiin ainakin tutkimuksen loppuun asti. Stressi ei lienee ainut syy kuolemalle, ennemminkin laukaiseva tekijä. (Koskenvuo 2015, viitattu 10.10.2015.)

Työstressi on luonteeltaan erilaista. Työstressi on pidempikestoista ja siihen vaikuttaa monet tekijät työympäristössä. Varsinkin sellainen työ, jossa on vähäinen mahdollisuus jaksottaa työtä tai vaikuttaa työhönsä ja jossa työskennellään aikarajoja vastaan, altistaa sydänsairauksille. Stressi myös altistaa muille riskitekijöille, esimerkiksi tupakoinnin lisääntymiselle. (Koskenvuo 2015, viitattu 10.10.2015.)

Ylipaino

Ylipaino lisää huomattavasti vaaraa sairastua eri tauteihin ja oireyhtymiin. Vaaran suuruus riippuu ylipainon määrästä. Mitä enemmän on ylipainoa sitä suuremmat ovat sairastumisen riskit. Lihavuuden aiheuttama huonon kolesterolin lisääntyminen ja verenpaineen nousu altistavat eri sydän- ja verisuonsairauksille. (Mäkijärvi ym. 2008, 244; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013, viitattu 8.11.2015.)

Ylipaino ja varsinkin keskivartalolihavuus lisäävät sydänkuoleman vaaraa, sepelvaltimotaudin eteneminen nopeutuu ja muut vaaratekijät pahenevat. Jo pienikin painonpudotus on hyödyllinen terveyden kannalta, jos se saadaan pidettyä. (Suomen Sydänliitto Ry 2014, Sepelvaltimotauti, 27-28.) Laihduttamisen tavoitteena on hoitaa ja ehkäistä ylipainon liittämissairauksia. Usein jo 5 % painonpudotus riittää tähän tarkoitukseen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013, viitattu 8.11.2015.)

Käypähoitosuosituksen mukaan laihduttaminen parantaa ja ylläpitää toimintakykyä sekä elämänlaatua. Laihtumisen tulee olla pysyvää, jotta myönteiset vaikutukset saavutetaan. Henkilökunta voi auttaa potilasta alkuun antamalla elintapaohjausta ruokavaliosta ja liikunnasta. Hyvällä ohjauksella ja neuvonnalla yritetään vaikuttaa potilaan ajatuksiin ja asenteisiin elintapoihin liittyen. Muita ylipainon pudottamisen keinoja ovat lääkehoito ja leikkaushoito. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013, viitattu 8.11.2015.)

Diabetes

Yksi tärkeimmistä sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä on diabetes. Diabetestä sairastavien riski sairastua sepelvaltiotautiin on huomattavasti kohonnut. Isolla osalla 2-tyyppin diabetesta sairastavista on jokin sydänsairaus, yleisimmin joko verenpainetauti tai sepelvaltimotauti. (Mäkijärvi ym. 2008. 245, 527.) Oireetontakin diabeetikkoa pidetään valtimotautipotilaana, sillä hänellä on yhtä suuri vaara saada ensimmäinen sydänkohtaus, kuin sydänkohtauksen aikaisemmin saaneella ei-diabeetikolla (Mäkijärvi ym. 2008. 245, 527. Joki, T. 2013. 7-11). Diabetes nopeuttaa sepelvaltimotaudin etenemistä. Diabeetikolla on moninkertainen riski sepelvaltimotautikohtaukseen kuin valtaväestöllä sekä heidän ennusteensa on huonompi (Joki 2013, 7-11; Kesäniemi. & Salomaa 2009, viitattu 8.11.2015). Jatkuvasti koholla oleva verensokeri rasittaa sydäntä ja altistaa infarktille ja halvauksille (National institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2016, viitattu 2.3.2016).

Diabeetikolla ja varsinkin nais-diabeetikolla oireisto saattaa olla epätyypillinen. Usein puuristavaa rintakipua ei ole. Sepelvaltimotautikohtauksen oireena saattaa diabeetikolla heikentynyt rasiuksensieto, uupumus ja hengenahdistus. Diabeetikkoa haastateltaessa on tärkeää tehdä huolellinen anamneesi. (Joki. 2013, 7-11.) Sydänsairautta sairastavan diabeetikon kohdalla tulee keskittyä yhtä aikaa diabeteksen sekä sydänsairauden ja sen vaaratekijöiden hoitoon. Hoito jää puolitiehen, jos keskitytään vain pelkästään toiseen osaluueeseen. (Mustonen 2002, viitattu 8.11.2002.) Diabeetikon ennusteeseen voidaan vaikuttaa hoitamalla kohonnutta verenpainetta, kohonneita verensokereita, kohonnutta kolesterolia ja hoitamalla veren hyytymistekijöitä. Hoidon periaatteena on perussairauden hyvä hoito ja elintapamuutos. Apuna voidaan käyttää lääkettä. (Mäkijärvi ym. 2008. 527-535; National institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2016, viitattu 2.3.2016.)

Alkoholi

Alkoholin yhteyttä sepelvaltimotautiin on tutkittu paljon. Tutkimuksissa on todettu, että kohtuudella käytetty alkoholi lisää HDL-kolesterolin, eli ns. hyvän kolesterolin määrää veressä. Alkoholilla on myös positiivisia vaikutuksia veren hyytymistä säätelevään järjestelmään. Tutkimustulosten mukaan kohtuullinen alkoholin käyttö pienentää sepelvaltimo-

tautiin sairastumisen riskiä, tosin sama vaikutus on mahdollista saada aikaan muillakin tavoilla. (Aro 2015, viitattu 6.10.2015; A-Klinikkasäätiö 2015, viitattu 6.10.2015.)

Kun alkoholia aletaan käyttää runsaammin, myös haittavaikutukset lisääntyvät ja alkoholi alkaa olla sydämelle vaaraksi. Alkoholin liika käyttö aiheuttaa mm. Verenpaineen nousua ja lisää aivoverenkierron häiriöitä. Verenpaineen nousu lisää vaaraa sairastua sepelvaltimotautiin. Alkoholilla on negatiivisia vaikutuksia pumppaustoimintaan sydämessä ja se heikentää sydämen supistustoimintaa. (Aro, 2015, viitattu 6.10.2015; A-Klinikkasäätiö 2015, viitattu 6.10.2015.)

Liikunta ja ruokavalio

Säännöllisellä liikunnalla voidaan vaikuttaa moniin eri sepelvaltimotaudin riskitekijöihin kuten painon hallintaan, kolesteroliin, verenpaineeseen, sokeriaineenvaihduntaan ja sydänlihaksen toimintaan (Ahonen ym. 2013, 213. Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015). Kajoavien hoitojen ja sepelvaltimotautikohtauksen jälkeen liikunta aloitetaan maltillisesti. Liikuntaa lisätään omien tuntemusten, lääkärin ja fysioterapeutin ohjeiden mukaan (Suomen Sydänliitto Ry 2014, Sepelvaltimotauti, 29).

Kestävyysliikunta ja hyvä suorituskyky hengitys- ja verenkiertoelimistössä ehkäisevät sepelvaltimotautia. Kohtuullisella liikunnalla, kuten kävelyllä on suojaava vaikutus, tehokkaampi liikunta pienentää vaaraa entisestään. Sepelvaltimotaudin ehkäisemiseksi suositellaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa vähintään viitenä päivänä viikossa, puolituntia kerrallaan tai raskasta liikuntaa kolmena päivänä 20 minuuttia kerrallaan. Lisäksi suositellaan muuta liikuntaa, esimerkiksi nivelten liikkuvuutta ja luustolihasvoimaa ylläpitävää liikuntaa. (Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus 2015, viitattu 11.10.2015.)

Sepelvaltimotautipotilaan ruokavalioksi suositellaan normaalia, monipuolista ruokavaliota, huomioiden pienet erityismuutokset potilasryhmittäin. Ruokavalion avulla voidaan myös vaikuttaa sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Valtimoterveyttä edistävässä ruokavaliossa on vähän tyydyttyneitä rasvoja ja riittävästi tyydyttymätöntä rasvaa ja riittävästi kuituja, paljon hedelmiä ja kasviksia, mutta vain vähän suolaa. (Ahonen ym. 2013, 214.) Ylipainoisten henkilöiden kokonaisenergiaa tulisi vähentää. Kolesterolin käyttöön tulisi kiinnittää huo-

miota, suosia kalaa ja rajoittaa alkoholin käyttöä. (Kustannus Oy Duodecim 2015, viitattu 22.4.2015.)

Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on luontaista jokaiselle ihmiselle ja läsnä kaikilla elämänalueilla, jo ennen syntymää ja kestää kuolemaan saakka. Seksuaalisuus on olennaisen osa ihmisen persoonaa. Se on ihmisen perustarve joka sisältää mm. läheisyyden tarpeen, tunneilmaisun, ilon, rakkauden ja hoidon. (Queiroz, Lourenco, Coelho, Miranda, Barbosa, Bezerra, 2015, viitattu 3.2.2016.)

Sydäntapahtumat ja leikkaus voivat kuormittaa parisuhdetta ja johtaa elämänlaadun ja itsetunnon heikkenemiseen. Ohjauksessa sydäntapahtuman tai leikkauksen jälkeen huomiota tulisi suunnata yhdyntöjen lisäksi myös hellyyteen, läheisyyteen ja koskettamiseen. Sydänsairauden ollessa hyvässä hoitotasapainossa ja pariskunnan pelot ja ahdistus on voitettu voi normaalin sukupuolielämän aloittaa. Yhdyntä ei rasita sen enempää kuin muukaan fyysinen rasitus. Valtaosalla miehistä esiintyy sydäntapahtuman jälkeen häiriöitä seksuaalitoiminnoissa. Myös naisilla voi ilmetä toiminnallisia häiriöitä. (Vanhanen 2003, viitattu 3.2.2016.)

5 POTILASASIAKIRJOIHIN KIRJAAMINEN

5.1 Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjat ovat potilaan hoidon toteuttamiseen ja järjestämiseen käytettäviä asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan hoitoa koskevia tietoja ja muita potilaan henkilökohtaisia tietoja (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014, viitattu 25.11.2014; Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 12). Sairaanhoidajan, lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön merkinnät potilaan tai asukkaan hoidosta ovat potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoja ja kirjaamista säätelevät useat eri lait ja ne ovat aina salaisia. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014, viitattu 25.11.2014.)

Potilasasiakirjojen tulee palvella potilaan hoidon ja neuvonnan suunnittelua sekä toteutusta ja seuranta. Kirjattujen tietojen saatavuus tulisi olla helppoa ja tiedon tulisi olla asianmukaista, selkeää, yksiselitteistä ja täsmällistä. Tiedon tulisi myös olla helposti käytettävissä. Hoitotyön hyvä kirjaaminen edesauttaa potilaslähtöisyyttä, tavoitteellisuutta ja suunnitelmallisuutta. Hoitotyön sähköinen kirjaaminen helpottaa yksiköstä toiseen siirtymistä ja edesauttaa hoidon jatkuvuutta sekä yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä. Sähköinen kirjaaminen edistää luottamuksen syntymistä hoitosuhteissa. Potilasasiakirjojen tietoja voidaan käyttää myös opetus- ja tutkimustarkoituksiin sekä terveydenhuollon suunnitteluun. (Niemi, Niemosvuori & Virikko. 2006, 314.)

Potilasasiakirjat on hoitohenkilökunnalle tärkein tiedonlähde potilasta hoitaessa. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata lakeja noudattaen, tarkasti, selkeästi ja tarpeeksi laajasti. Potilasasiakirjat tulee olla kirjoitettu niin, että niistä voidaan jälkeenpäin selvittää hoidon vaikuttavuutta ja laatua. Ne ovat tärkeitä potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta. (Eronen 2012, viitattu 9.1.2015.) Potilasasiakirjojen sisältö tulee olla kieleltään sellaista, että potilas tai potilaan edustaja ymmärtää sisällön, koska potilaan oikeutena on saada asiakirjat pyydettyään itselleen (Niemi ym. 2006, 314).

5.2 Systemaattinen ja rakenteinen kirjaaminen

Kirjaamisessa on yhtenäinen kansallinen malli, jonka mukaan kirjaaminen tapahtuu rakenteisesti ja sähköisesti yhdenmukaisesti (Eronen. 2012, viitattu 9.1.2015). Systemaattisuus on kirjaamisen yhtenäisyyttä eli mitä, miten ja mihin kirjataan. Systemaattisuutta lisää kirjauksen rakenteistaminen eli jäsentäminen. Rakenteistamalla hoitotyön kirjaamista, sen rakennetta ja sisältöä kehitetään. (Saranto ym. 2007, 66.)

Suomessa on ollut tavoitteena jo pitkään yhtenäistää rakenteista kirjaamista ja sähköistä potilaskertomukset. Systemaattisessa kirjaamisessa sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä potilaan hoitoa kuvataan päätöksenteon eli hoitoprosessin vaiheiden mukaan. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 45.) Näitä vaiheita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi (Saranto ym. 2007, 12-16). Potilaskertomus tulee laatia aikajärjestyksessä eteneväksi (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen. 2012, 45).

5.3 Kirjaamisen periaatteet

Hoitotyön osaamisen ydinaluetta on asiakaskeskeinen ja potilaslähtöinen kirjaaminen. Kirjaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta eettisiä, tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. Kirjaaminen perustuu hoitotyön periaatteisiin, joita ovat turvallisuus, kunnioitus, jatkuvuus, yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys. Hoitotyön kirjaukset ovat tallennettua tietoa. Sillä perustellaan potilaan saamaa hoitoa ja sen avulla voidaan seurata hoidon vaikuttavuutta. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 40.) Potilaskertomuksiin kirjataan terveydenhuollossa tietoa, jotta tiedonvaihto mahdollistuu, ammattilaisten oikeusturva on taattu sekä hoidon jatkuvuus turvataan (THL 2012, viitattu 25.5.2015).

Potilasasiakirjoihin saavat kirjata merkintöjä potilaan/asukkaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut ammattihenkilöt jotka osallistuvat hoitoon. Terveystieteiden opiskelijat saavat kirjata ollessaan työsuhteessa tai valtuutetun henkilön hyväksyessä merkinnät. (Finlexin asetus 298/2009, 6§:n.) Potilaskertomukseen kirjatun tekstin tulisi olla informatiivista ja lyhytsanaista mutta sen tulee ilmaista tärkeät tiedot jotta raportin lukija kykenee hoitamaan potilasta vastuullisesti.

Tekstiosio, jossa voidaan kirjoittaa vapaasti, tulisi olla ymmärrettävää ja selkeää. Siinä tulisi käyttää kokonaisia lauseita, eikä asioita tulisi esittää esimerkiksi ranskalaisin viivoin. Tekstiin tulisi kirjoittaa vain olennaisia asioita tarpeeksi laajasti. Epätasällisiä ilmaisuja tulisi välttää. Teksti on selkeää silloin kun se on kuvailevaa, tiivistä, ytimekästä, loogisesti jäsenneltyä sekä informoivaa. Kirjoittajan on muistettava, että potilasasiakirja on juridinen ja virallinen asiakirja, joka arkistoidaan mahdollista myöhempää käyttöä varten. (Niemi ym. 2006, 314-316.)

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä keskeiset hoitotiedot potilaan palvelutapahtumasta. Potilasasiakirjoista selviää mistä ja miksi potilas tulee ja mikä on tämän hetkinen tila ja diagnoosi. Mitä tutkimuksia ja havaintoja on tehty, mitä ongelmia ja terveysriskejä potilaalla on. Potilasasiakirjoihin on kirjattu johtopäätökset joiden pohjalta hoito suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan. Potilasasiakirjoista tulee ilmi sairauden kulku ja hoitajakson loputtua tehty loppuyhteenveto. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2014, viitattu 28.11.2014.)

5.4 Kirjaamisen ongelmat

Suomessa hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön tavoitteeksi on asetettu kansallisesti yhtenäinen tapa kirjata hoitotyötä. Tavoitteeseen ei ole kuitenkaan kehitystyöstä huolimatta vielä päästy. Hoitotyössä näkyy edelleen useita eri tapoja kirjata. (Kaipio 2011, viitattu 26.5.2015.) Käytössä olevat tietojärjestelmät eivät tällä hetkellä tue hoitajien ja lääkärien työtä. Käytännön ongelmat haittaavat järjestelmien tehokasta käyttöä, eikä moniammatillisuus ja eri organisaatioiden välillä olevien ammattilaisten yhteistyö ole sujuvaa. Tällä hetkellä potilasjärjestelmien käyttö perustuu potilastietojen kirjaamiseen, dokumentointiin sekä arkistointiin. (Kaipio, 2011, viitattu 26.5.2015.)

Nykäsen Viitasen ja Kuusiston (2010) raportin *Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys* mukaan moniammatillisen kirjaamisen käyttö toteutuu vain kahdessa paikassa, kotisairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kotisairaalassa hyvänä kirjoituksena lääkäri koki esim. sellaisen kirjaamisen missä kerrottiin miten keuhkokuumeipotilas hengittää. Lääkäri pystyi hyödyntämään hyvin hoitajien kirjauksia hoitopäätöksissä. Terveyskeskuksen vuodeosastolla toimiva lääkäri kertoi katsovansa, että poti-

laasta on tehty hoitosuunnitelma ja että hoidon tavoitteet on kirjattu. Lääkäri teki jopa kotiutus päätöksiä hoitajien kirjausten perusteella. Muissa tutkituissa organisaatioissa lääkärit eivät lukeneet hoitokertomusta, eivätkä kokeneet sitä hyödylliseksi ja lääkärin käsitykset hoitotyön kirjauksista olivat erittäin varauksellisia. Syiksi kerrottiin esimerkiksi epälooginen luokitus ja väärän otsikon alle kirjattu tieto.

Hoitajien mukaan järjestelmät eivät mahdollista aiempien kirjausten hyödyntämistä riittävästi tai ollenkaan. Hoitajille tulisi tarjota valmiita mallipohjia tyyppisten potilastapausten lähtökohdaksi. Nämä tulisi perustua hyviin käytäntöihin, tutkittuun tietoon sekä ammattilaisten kokemuksiin. Potilaan hoitoa auttaisi myös työlista apuvälineeksi, työlistan voisi tulostaa hoitokertomuksesta. (Nykänen, Viitanen, Kuusisto 2010, viitattu 26.5.2015.)

Nykänen, Viitanen ja Kuusiston (2010) raportin mukaan hoitotyön kirjausten pohjalta on vaikeaa ja työlästä saada potilaan hoidosta kokonaiskuvaa. Rakenteisella kirjaamisella kirjattava tieto on monissa osissa. Keskeisimmät ja oleelliset potilasta koskevat tiedot eivät erotu, esimerkiksi ei ole olemassa mitään hälytteitä lääkärin määräyksistä jotka vaatisivat nopeaa reagointia.

Jotta järjestelmien käytöstä saataisiin täysi hyöty, vaatii se mittavaa kehittämistyötä. Kehittämistyön tulee keskittyä ammattilaisten väliseen vuorovaikutuksen sekä yhteistyötä tukevien sovellusten parantamiseen. Sovellusten täytyisi olla räätälöitäviä, yksikkökohtaisesti sovitettavia järjestelmiä, sekä hoitotyön kirjaamisjärjestelmää pitää uudelleen suunnitella konseptitasolla. (Kaipio, 2011, viitattu 26.5.2015.)

5.5 Lainsäädäntö

Kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia ohjaa potilasasiakirjojen säilyttämistä ja laatimista koskevat lait, ohjeistukset ja säännökset (Rautava-Nurmi ym. 2012, 40). Useissa eri laeissa säädetään salassapitovelvollisuudesta ja kuinka potilastietoja tulee käsitellä. Lait eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan toisiaan täydentäviä. Tilanteen mukaan lakeja sovelletaan rinnakkain. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012, 15.)

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat seuraavat lait: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, päivitys 2010), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298 ja asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (2011/341), terveydenhuoltolaki (2010/1326), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta STM 2011, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), henkilötietolaki (523/1999), laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999), laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa (13/2003), sähköisen viestinnän tietosuojalaki (516/2004), laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista (617/2009), arkistolaki (831/1994), laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990), potilasvanhinkolaki (585/1986), työterveyshuoltolaki (1383/2001), mielenterveyslaki (1116/1990), sosiaalihuoltolaki (710/1982) sekä laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007). (Rautava- Nurmi yms. 2012, 41.) Tässä raportissa avaamme kirjaamisen kannalta keskeisimmät lait.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Tämä potilaslaki määrittelee, että potilasasiakirjat ovat potilaan hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä käytettyjä, saapuneita tai laadittuja asiakirjoja ja teknisiä tallenteita. Ne sisältävät potilaan henkilökohtaisia tietoja sekä terveydentilasta kertovia tietoja. Lain mukaan hoitohenkilökunnan on kirjattava potilaan hoitoprosessin kannalta tarpeelliset tiedot. Laissa todetaan myös, että potilaalle on tarvittaessa laadittava hoitosuunnitelma. (Rautava- Nurmi ym. 2012, 41.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, päivitys 2010)

Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tietoturvallisuutta potilastietojen sähköisessä käsittelyssä. Lain mukaan asiakastietojen on koko säilytysajan säilyttävä eheinä ja muuttumattomina. Kaikista asiakkaiden tiedoista on oltava vain yksi

alkuperäiskappale. Palvelujen antajan on pidettävä rekisteriä järjestelmän käyttäjistä sekä heidän käyttöoikeuksistaan. (Rautava- Nurmi ym. 2012, 41.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009/298)

Tämä asetus määrittelee säännökset potilasasiakirjojen merkinnöistä, säilytysajoista ja tavoista sekä laatimisesta. Asetuksen tavoitteena on turvata, että potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon toteuttamisen ja järjestämisen kannalta riittävät, virheettömät ja tarpeelliset tiedot. Asetus turvaa, että tietoturva säilyy ja tietoja käsitellään hyvän tavan mukaisesti. Sillä pyritään edistämään potilaan hyvää ja laadukasta hoitoa, sekä edistetään potilaan yksityisyyden suojaa ja oikeusturvaa. Asetus edistää myös hoitohenkilökunnan oikeusturvaa ja luottamuksellisuutta potilassuhteissa. (Rautava- Nurmi ym. 2012, 42.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Tämä laki määrää, että hoitohenkilökunnan ja terveydenhuollon yksikön on säilytettävä ja laadittava potilasasiakirjoja lakeja noudattaen. Kirjaamisessa on oltava nähtävissä mihin näyttöön tieto perustuu ja mitä tuloksia hoidolla on saatu aikaan. (Rautava- Nurmi ym. 2012, 44.)

6 TUTKIMUKSEN TEHTÄVÄ, TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tehtävänä on tarkastella sydänpotilaan ohjauksen kirjaamista Oulun Yliopistollisessa sairaalassa vasta diagnosoidun sepelvaltimotautipotilaan osalta. Työn tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaan potilasohjauksen kirjaamisen toteutumista potilasasiakirjoissa.

Työn tavoitteena on tuoda ilmi kuinka tärkeää ohjauksen kirjaaminen on ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöä. Opinnäytetyön tulokset kertovat, onko kirjaamisessa mahdollisesti puutteita, mihin ohjaamista on kirjattu, kirjataanko ohjaamisesta riittävästi, minkä laatuista kirjaaminen on ja onko ohjauksen kirjaamista ylipäättänsä. Tulokset kertovat myös, että onko kirjaamisessa arvioitu ohjauksen vaikuttavuutta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitohenkilökunnan kirjaamistaitoja ja käytäntöjä. Me hyödyimme työn tekemisestä myös, koska tämä työ saa ymmärtämään kuinka tärkeää hyvä ja selkeä kirjaaminen on.

Tutkimuksessa etsitään vastauksia kysymyksiin:

Onko ohjaamista kirjattu?

Minkä laatuista ohjaamisen kirjaaminen on?

Näkyykö kirjaamisessa arviointia, jos näkyy niin millaista?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä joko määrällistä tai laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Menetelmiä voidaan yhdistääkin, ne saattavat täydentää toisiaan, pääpaino on kuitenkin selkeästi aina näistä menetelmistä toisella. (Vilpas 2015, viitattu 4.12.2015.) Toteutimme opinnäytetyön määrällisenä tutkimuksena. Määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää käytettäessä tutkimus tulkitsee ja kuvaa ilmiötä mittausten menetelmillä, joissa kerätään numeerisia tutkimusaineistoja. (Vilpas 2015, viitattu 4.12.2015; Jyväskylän Yliopisto 2015, viitattu 13.1.2015.) Määrällisessä tutkimuksessa mitataan ja tuloksena syntyy havaintoaineisto, joka sisältää lukuarvoja, joita tilastollisin analyysimenetelmin analysoidaan. Tilastotiede siis pyrkii selittämään ja tiivistämään numeroainestoa käyttäen erilaisia tilastollisia tunnuslukuja. Analyysin tavoitteina voi olla ilmiöiden selittäminen, riippuvuuksien etsiminen muuttujien välillä tai kehityksen ennustaminen. Raakatilastoissa on liian paljon lukuja siihen, että niiden perusteella voisi tehdä päätelmiä ilmiön piirteistä mitä tutkitaan. Aineistoja analysoidaan usein atk-ohjelmien avulla. Jotta tulokset olisivat luotettavia, niin aineiston täytyy olla tarpeeksi laaja ja edustava. (Vilpas 2015, viitattu 4.12.2015.) Tämä menetelmä antaa kuvan tutkittavien välisistä eroista ja suhteista. Tällä tutkimusmenetelmällä saadaan vastauksia mm. kysymyksiin miten usein ja kuinka paljon. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustieto saadaan numeroina ja tutkija esittää tulokset sanallisesti. (Vilkka 2007, viitattu 13.1.2015.)

7.2 Aineiston keruu ja sisällönanalyysi

Määrällisessä tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä lomakkeellisella haastattelulla, kyselylomakkeella, havainnoimalla systemaattisesti tai käyttämällä eri tilastoja ja rekistereitä sekä muita aineistoja. Tutkimusaineistoa tulee kerätä mitattavassa muodossa tai dokumenttiaineisto muutetaan mittavaksi. Tietoa voidaan kerätä esim. puhelimesta, kadulla tai internetissä. Kun tutkimukseen valitsee dokumentteja ja aineistoa, on muistettava lähdekriittikki. (Vilkka 2007, viitattu 12.1.2016.) Aloitimme aineistoin keruun hakemalla ensin tarvittavat luvat sairaanhoitopiiriltä. Sen jälkeen sairaalan yhteyshenkilö yhdessä osastosi-

teerin kanssa ajoivat meille listan kriteereihin sopivien potilaiden henkilötunnuksista. Lähdimme keräämään aineistoa, syöttämällä henkilötunnus kerrallaan potilastietojärjestelmään ja etsimään tarvittavaa tietoa sovituilta hoitotyön näkymältä. Apuna käytimme ennakkoon laadittua Exel-taulukkoa sekä laadun mittaamiseen OYS:n omaa laatumittaria. (liite 1). Aineiston keruu tapahtui Oulun yliopistollisen sairaalan tiloissa.

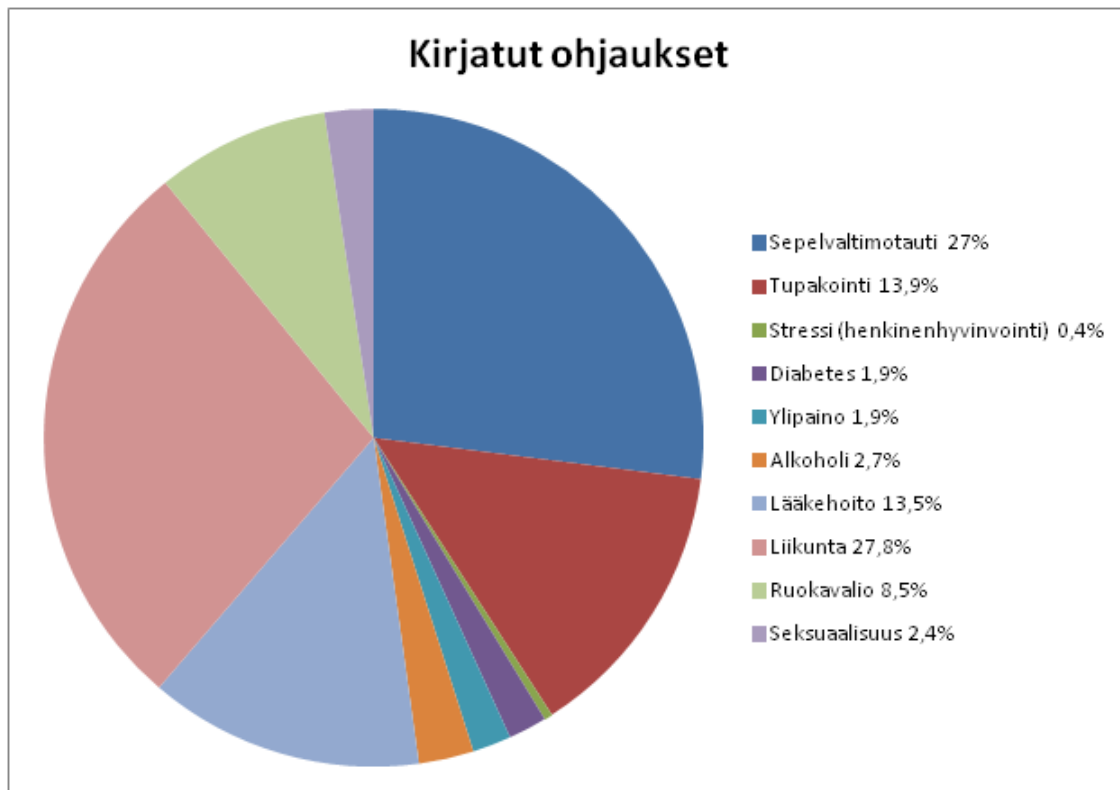
Kerätty aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tuomen ja Sarajärven (2013, 107-108) mukaan sisällön erittelystä puhuttaessa tarkoitetaan kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä. Tutkimusongelmasta riippuen voidaan esimerkiksi laskea tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä tietyissä dokumenteissa. Sisällönanalyysista sen sijaan puhutaan, kun tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. Sisällönanalyysissa tarkastellaan eroja ja yhtäläisyyksiä, etsien ja tiivistäen. Siinä tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuodossa tai sellaiseksi muokattuja aineistoja. Pyritään muodostamaan tiivistetty kuvaus, joka liittyy tulokset laajempaan kokonaisuuteen ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniikka 2014, viitattu 9.1.2015.) Tässä tutkimuksessa painottui kvantitatiivinen, deduktiivinen sisällön analyysi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95) sillä se pohjautuu etukäteen laadittuun mittariin ja analyysirunkoon (liitteet 1 ja 2). Aluksi ajattelimme, että tutkimuksesta tulisi laadullinen. Pian kuitenkin saimme huomata, että tällaisen asian kohdalla laatua on hyvin vaikea mitata ilman valmiiksi laadittuja sanallisia kriteerejä. Siksi työ vaihtui määrälliseksi tutkimukseksi. Kun aineisto oli kerätty ja kukin asia oli numeraalisesti merkattu Exel-taulukkoon, alkoi tutkimustulosten saattaminen kirjalliseen muotoon. Aluksi teimme kustakin aihealueesta diagrammin ja tiivistetyn kuvauksen (liite 3, KUVIOT 6-43), jotta tuloksia oli helpompi tulkita ja asiat pysyivät paremmin hallinnassa. Lopuksi teimme sanallisen yhteenvedon tutkimuksen tuloksista. Yhteenvedo pohjautuu esitettyihin tutkimuskysymyksiin.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Teimme tutkimuksen Oulun Yliopistolliselle sairaalalle. Tutkimustulokset on koottu 40 potilaan potilasasiakirjoista, näistä asiakirjoista kirjauksia ohjauksesta löytyi 259 kappaletta. Tämä määrä valikoitui lopulliseksi tutkimusaineistoksi, koska pian tutkimuksen aloittamisen jälkeen huomasimme kirjausten yhteneväisyyden ja tulosten toistavan itseään. Yhteyshenkilö oli tulostanut eri diagnoosinumeroiden mukaan henkilötunnuksia, joista valikoitui tutkimukseen ne, joilla diagnosoitiin ensimmäistä kertaa sepelvaltimotauti juuri sillä sairaalajaksolla eli vastadiagnosoidut sepelvaltimotautipotilaat. Käytimme tutkimuksessa Oulun Yliopistollisen sairaalan omaa mittaria, jossa ohjaamisen kirjaamisen laatu oli pisteytetty 0-4. Pisteytys oli seuraavanlainen: 0=ei mitään, 1=huonosti (ainoastaan lyhenteitä, epäselvä, ei asiayhteyttä), 2=kohtalaisesti (muutamalla sanalla, asia löytyy), 3=hyvin (kuvailevaa, asiayhteyksiä), 4=erittäin hyvin (loogista, arvioivaa, vaikuttavuutta kuvaavaa).

Ohjaamisen kirjaaminen

Kaiken kaikkiaan ohjaamisesta oli kirjauksia yhteensä 259 kappaletta. Kaikista ohjaamisen kirjaamisista eniten oli liikunnasta (27,7 %). Lähes saman verran ohjaamista oli kirjattu sepelvaltimotaudista (27 %). Vähiten ohjausta oli kirjattu stressistä. Stressistä kirjauksia oli vain yksi ja se oli sairaanhoitajan tekemä. Diabeteksesta ja ylipainosta molemmista kirjattu ohjauksia viisi kertaa. Ohjauksia alkoholista oli kirjattu molemmista seitsemän kertaa, eli lähes yhtä paljon. Seksuaalisuudesta oli kuusi ohjauksen kirjausta. Kirjauksia oli tehty myös lääkehoidosta, tupakoinnista ja ruokavaliosta. (Kuvio 1.)



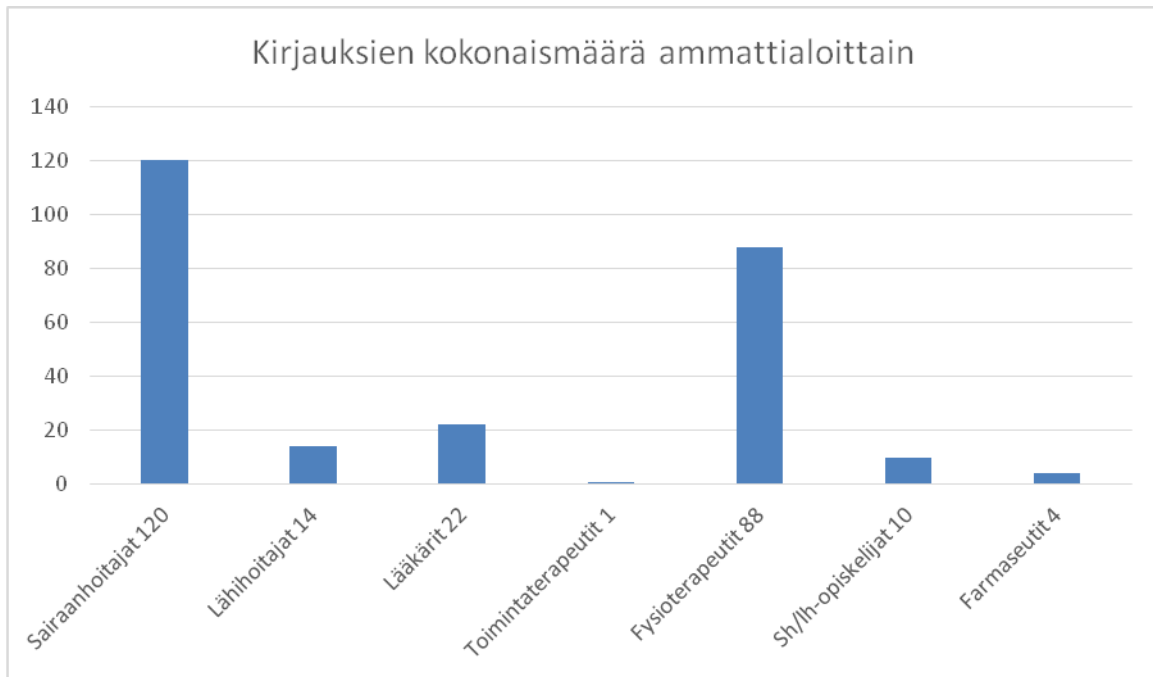
KUVIO 1. Ohjauksen kirjaamisen prosentuaalinen jakauma aihealueittain (n=259)

Tutkimuksessa mukana olevien 40:n potilaan asiakirjoihin oli sepelvaltimotaudista ohjausta kirjattu 70 kertaa. Näitä kirjauksia olivat tehneet eniten sairaanhoitajat (77,1 %), vähiten olivat kirjanneet fysio- ja toimintaterapeutit, molemmat olivat kirjanneet kerran. Muita kirjauksen tekijöitä olivat hoitotyön opiskelijat, lähihoitajat ja lääkärit. Tupakoinnista ohjausta oli kirjattu 36 kertaa, joista eniten olivat kirjanneet fysioterapeutit (38,9 %). Lähes saman verran kirjauksia olivat tehneet sairaanhoitajat (36,1 %). Muita kirjaajia olivat hoitotyön opiskelijat ja lähihoitajat, molemmat yhdesti, sekä lääkäreiden kirjauksia löytyi seitsemän kappaletta.

Kaikista 40:stä potilaasta, stressistä oli ohjausta kirjattu vain yhden potilaan asiakirjoihin. Tämä ainoa kirjaus oli sairaanhoitajan tekemä. Diabeteksestä ohjausta oli kirjattu viisi kertaa. Eniten kirjauksia diabeteksen ohjaamisesta olivat tehneet fysioterapeutit ja sairaanhoitajat molemmat kaksi kirjausta. Yhden kirjauksen oli tehnyt lääkäri. Ylipainosta ohjausta oli kirjattu viisi kertaa. Ylipainon ohjaukseen liittyviä kirjauksia olivat eniten tehneet lääkärit, joiden kirjauksia oli kolme kappaletta. Muita kirjauksen tekijöitä olivat yksi sairaan-

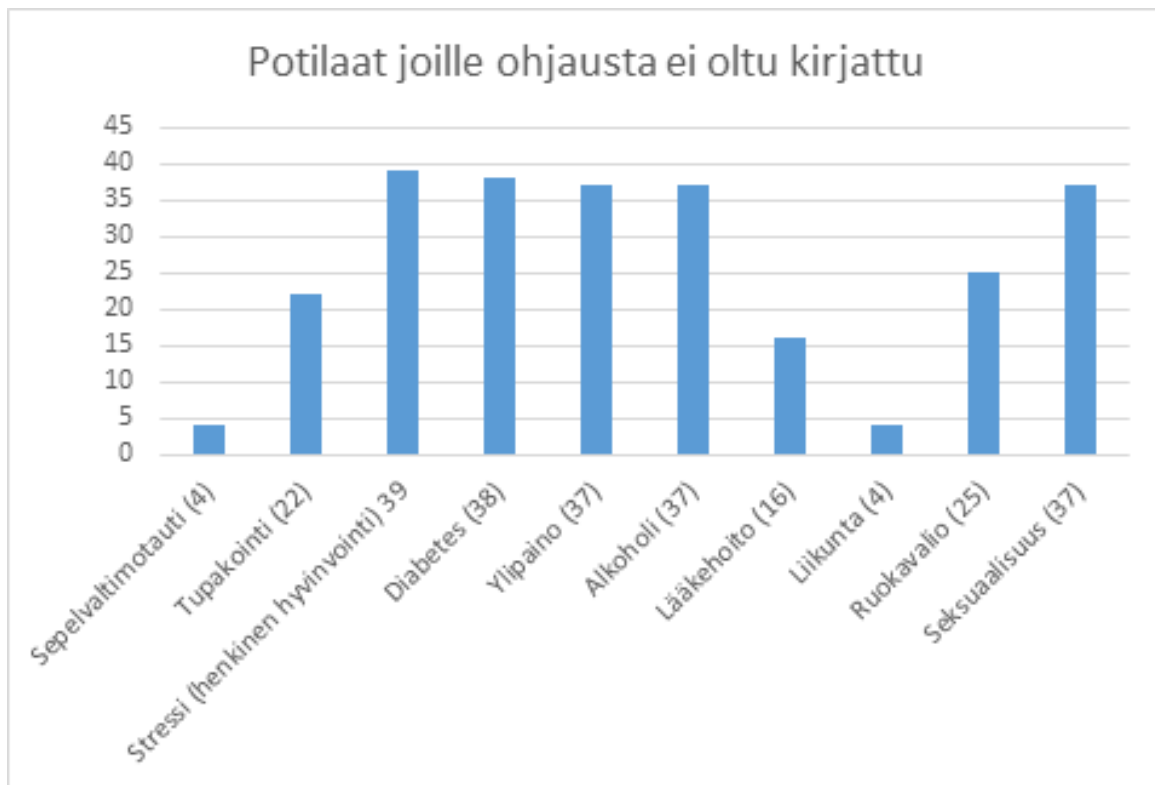
hoitaja ja yksi fysioterapeutti. Alkoholista ohjausta oli kirjattu seitsemän kertaa. Kirjauksia alkoholista eniten olivat tehneet lääkärit, näitä kirjauksia oli kolme kappaletta. Vähiten alkoholin käytöstä annettua ohjausta olivat kirjanneet fysioterapeutit ja lähihoitajat. Molemmista ammattikunnista oli vain yksi kirjaus. Sairaanhoidajat olivat alkoholista kirjanneet ohjauksia kaksi kertaa. Lääkehoidosta eniten (77,1 %) ohjaamisen kirjaamista olivat tehneet sairaanhoidajat, vähiten lähihoitajat ja hoitotyön opiskelijat, molemmilta yksi kirjaus. Muita kirjaajia olivat lääkärit ja farmaseutit. Kirjauksia oli yhteensä 35 kappaletta. Liikunnasta ohjausta oli kirjattu yhteensä 72 kertaa. Kirjauksia huomattavasti eniten olivat tehneet fysioterapeutit (83,3 %) ja vähiten lähihoitajat. Vain yksi lähihoitaja oli kirjannut ohjauksen liikunnasta. Muita kirjaajia olivat sairaanhoidajat, lääkärit ja hoitotyön opiskelijat. Ruokavaliosta eniten olivat ohjausta kirjanneet sairaanhoidajat ja fysioterapeutit, kummatkin ammattiryhmät olivat kirjanneet yhdeksän kertaa, vähiten kirjauksia olivat tehneet lähihoitajat. Yksi lähihoitaja oli kirjannut ohjauksen ruokavaliosta. Muita kirjaajia olivat hoitotyön opiskelijat. Ruokavaliosta oli ohjausta kirjattu yhteensä 22 kertaa. Seksuaalisuuden ohjauksesta oli kuusi kirjausta, niistä viisi oli sairaanhoidajien tekemiä, muita ohjauksen kirjaajia olivat hoitotyön opiskelijat. (Kuviot 6 - 15.)

Koko tutkimuksessa, 259:stä kirjauksesta, eniten ohjauksen kirjaamisia olivat tehneet sairaanhoidajat. Heidän tekemiään kirjauksia oli yhteensä 120 kpl. Toisena ammattiryhmänä kirjausten määrässä nousee esille fysioterapeutit, heidän kirjauksiaan löytyi 88 kpl. Vähiten kirjauksia löytyi toimintaterapeuteilta (1 kpl) ja farmaseuteilta (4 kpl). (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Kirjauksien kokonaismäärä ammattialoittain (n=259)

Potilaita oli 40 kpl, joista 39:lle ei ollut kirjattu ohjausta stressistä. 40:stä potilaasta vain neljän potilaan asiakirjoissa ei ollut kirjattu ohjausta sepelvaltimotaudista ja liikunnasta. Usealle potilaalle ei ollut myöskään kirjattu ohjausta diabeteksestä (38 kpl), ylipainosta (37 kpl) ja seksuaalisuudesta (37 kpl). (Kuvio 3.)



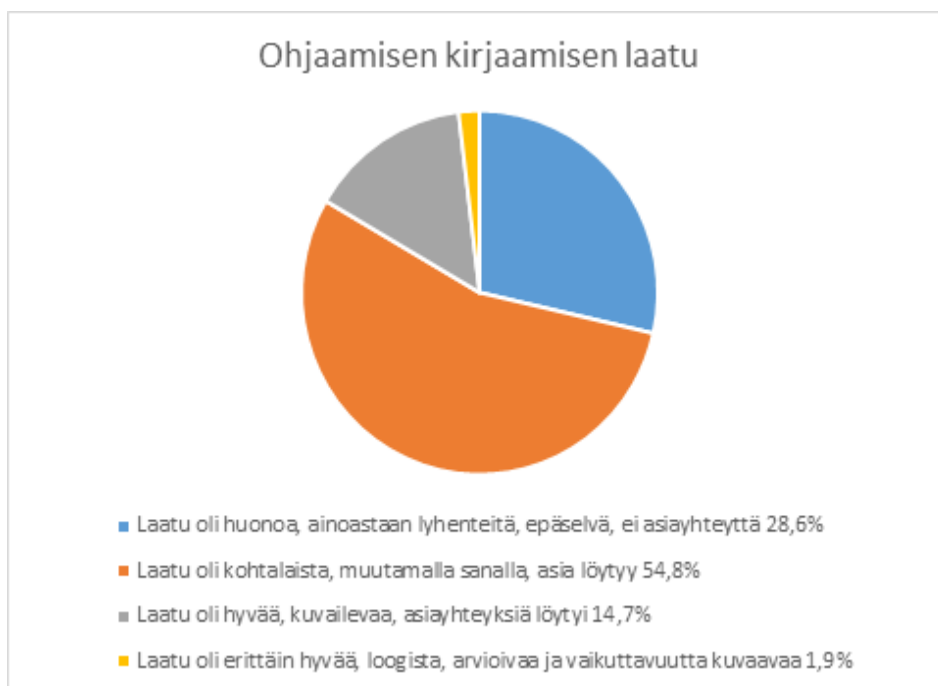
KUVIO 3. Potilaiden lukumäärä aihealueittain joille ei ollut ohjausta kirjattu

Kirjaamisen laatu

Sepelvaltimotaudista oli ohjaamista kirjattu 70 kertaa, yli puolet näistä oli laadultaan kohtalaista (60 %). Noin kolmasosa (34,2 %) kirjauksista oli laadultaan huonoa. Laadultaan hyvää oli neljä kirjausta. Tupakoinnin ohjaamisesta oli kirjauksia 36 kappaletta. Suurin osa niistä oli laadultaan kohtalaista (75 %) ja kuusi kirjausta oli huonoa. Laadultaan hyviä kirjauksia oli kolme kappaletta. Stressistä kirjauksia oli vain yksi, joka oli laadultaan kohtalaista. Diabeteksestä ohjauksen kirjaamisia oli viisi kappaletta, joista kolmessa laatu oli kohtalaista ja kahdessa huonoa. Ylipainosta kirjauksia oli myös viisi kappaletta joista neljässä laatu oli kohtalaista ja huonoa yhdessä. Alkoholista ohjaamisen kirjauksia oli seitsemän kappaletta. Kirjauksista valtaosa oli laadultaan huonoa. Näitä kirjauksia oli neljä ja kohtalaista vähän alle puolet eli kolme kirjausta. Lääkehoidosta kirjauksia oli 35 kappaletta. Lääkehoidon ohjaamisen kirjaaminen oli laadultaan kohtalaista 58,8 % ja huonoa 41,1 %. Liikunnasta oli ohjaamisesta kirjattu 72 kertaa. 38,9 % kirjaamisesta oli laadultaan hyvää, melkein saman verran kirjauksista oli kohtalaista kolmasosa (31,9 %). Noin viidesosa

(23,6 %) oli laadultaan huonoa. Kirjauksista löytyi myös laadultaan erittäin hyvää kirjausta neljä kappaletta. Ruokavalion ohjaamisesta oli kirjattu 22 kertaa. Laadultaan kohtalaista oli eniten (72,7 %). Laadultaan erittäin hyvää kirjausta oli yksi, huonoa kaksi ja hyvää kolme. Seksuaalisuudesta ohjaamista oli kirjattu kuusi kertaa. Kirjaamisen laatu oli pääasiassa huonoa yli puolessa eli neljässä kirjauksessa ja loput kaksi kirjauksista oli laadultaan kohtalaisia. Sepelvaltimotaudista, tupakoinnista, stressistä, diabeteksestä, ylipainosta ja alkoholista ei ollut yhtään laadultaan erittäin hyvää kirjausta. Liikunta ja ruokavalio olivat ainoita aihealueita joista löytyi laadultaan erittäin hyviä kirjauksia. (Kuviot 16 – 24.)

Kirjauksia oli yhteensä koko tutkimuksessa 259 kappaletta. Kaikista kirjauksista yli puolet, olivat laadultaan kohtalaista (54,8 %). Vain viidessä kirjauksista oli laadultaan erittäin hyvää. Noin neljäsosa (28,6 %) kaikista ohjauksen kirjauksista oli huonoa sekä 14,7 % kirjauksista oli hyvää. (Kuvio 4.)

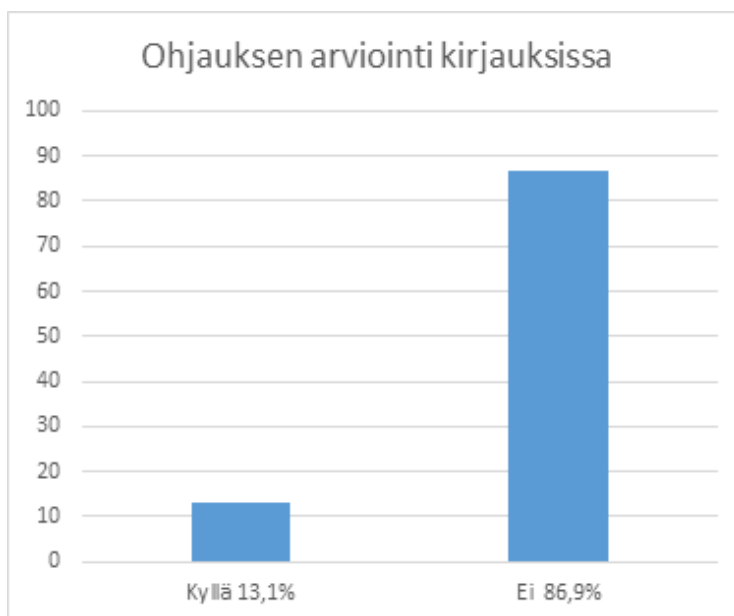


KUVIO 4. Ohjaamisen kirjaamisen laatu kaikista kirjauksista (%) (n=259)

Ohjauksen arviointi kirjauksissa

Sepelvaltimotaudista kirjauksia oli 70 kappaletta. Valtaosassa (81,4 %) kirjauksista ei ollut arvioitu ohjaamisen laatua, kolmessatoista laatua oli arvioitu. Tupakoinnista ohjaamisen kirjauksia oli 36 kappaletta, joista valtaosassa (69,4 %) ei ollut arvioitu ohjauksen laatua. Arviointia oli tehty kolmasosassa (30,6 %) kirjauksista. Stressistä oli kirjattu kerran, kirjauksessa oli arvioitu ohjaamisen laatua. Missään diabeteksen, ylipainon, alkoholin ja seksuaalisuuden ohjauksen kirjauksista ei ollut arvioitu ohjauksen laatua. Lääkehoidon ohjaamisen kirjaamisia oli 35 kappaletta, joista valtaosassa (91,4 %) ei laatua ollut arvioitu ja kolmessa oli arvioitu. Liikunnan 72:ssa ohjaamisen kirjaamisessa kahdessa oli arvioitu ohjaamisen laatua. Lähes kaikissa (97,2 %) kirjauksissa laatua ei ollut arvioitu. Ruokavaliosta oli 22 ohjaamisen kirjausta, joista suurin osa (81,8 %) oli kirjattu ilman, että oli arvioitu ohjaamisen laatua. Neljässä kirjauksessa ohjausta oli arvioitu. (Kuviot 25 – 33.)

Kirjauksia oli koko tutkimuksessa yhteensä 259 kappaletta. Valtaosassa (86,9 %) kirjauksista ei ohjausta ollut arvioitu. Kaikista kirjauksista 13,1 %:ssa ohjaamisen laatua oli arvioitu. (Kuviot 5.)



KUVIO 5. Ohjauksen arviointi kirjauksissa (n=259)

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kaakisen, Kääriäisen ja Kynkään (2013) tutkimuksessa korostuivat ohjaustarpeet, jotka liittyvät sairauden hoitoon. Tutkimuksessa elintapamuutoksista ohjaaminen oli keskittynyt tupakointiin ja ravitsemukseen. Tutkimuksen tekijät pitivät positiivisena asiana, että ohjauksen ymmärtäminen ja potilaan oppiminen oli varmistettu kertaamalla asioita. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset olivat osittain samankaltaisia. Tutkimustulosten mukaan ohjaamista kirjattiin eniten liikunnasta ja sepelvaltimotaudista. Vähiten kirjauksia oli stressin, diabeteksen, ylipainon, alkoholin ja seksuaalisuuden ohjaamisesta. Ero oli huomattava, esimerkiksi sepelvaltimotaudista oli ohjauksesta kirjattu 36 potilaan asiakirjoihin, kun taas stressistä vain yhden potilaan asiakirjoihin. Täytyy muistaa, että tämä tutkimus koski nimenomaan ohjauksen kirjaamista. Voi olla, että potilas on saanut ohjausta, mutta sitä ei ole kirjattu. Voi myös olla, että potilasta on ohjattu eri osa-alueista, mutta asiakirjoihin se on kirjattu potilaan saaneen yleisesti ohjausta sepelvaltimotaudista.

Seksuaalisuudesta ohjaaminen saattaa olla hoitajille vaikeaa, koska se on yleisesti ottaen arka ja vaikea aihe. Tutkimuksessa oli yksi potilas, jonka asiakirjoihin ei ollut kirjattu mitään osa-alueen ohjausta lainkaan. Huomasimme, että osalle tupakoitsijoista oli kirjattu tupakoinnin ohjauksesta useamman eri ammattiryhmän edustajan toimesta. Joukossa oli myös tupakoitsijoita, joille tätä ohjausta ei ollut kirjattu. Huomiota herätti se, että diabeteksen osalta ohjausta oli kirjattu vain kahdelle potilaalle, vaikka diabetes on yksi suurimmista sepelvaltimotaudin riskitekijöistä (Mäkijärvi ym. 2008, 245, 527). Myös ylipainosta ohjaamisen kirjaaminen oli vähäistä, vaikka ylipaino on itsenäinen sepelvaltimotaudin riskitekijä (Käypähoito-suositus 2015, viitattu 3.5.2016). Oli aiheita joista oli ohjaamista kirjattu samalle potilaalle useamman henkilön toimesta ja/tai usealle eri hoitolehdelle. Esimerkiksi Liikunnasta ja sepelvaltimotaudista oli saman potilaan asiakirjoihin kirjattu ohjausta useammin kuin kerran. Ainakin sepelvaltimotaudista samalle potilaalle oli ohjausta kirjannut kaksi eri sairaanhoitajaa.

Tutkimuksen perusteella valtaosan ohjauksen kirjaamisista tekee sairaanhoitajat, mikä ei yllättänyt meitä, koska eniten potilas työtä tekee tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa sairaanhoitajat. Lääkäreiden tekemien ohjauksien kirjaamisten määrä sen sijaan yllätti vähyydellään. Lääkäri tapaa potilaan ja hänellä on paras asiantuntijuus sairaudesta erikoislääkärinä. Mietimme olisiko tässäkin syynä kenties se, että lääkäri ohjaa potilasta jututtaessaan, mutta ei kirjaa sitä. Pohdimme myös voisiko farmaseutteja ja toimintaterapeutteja jotenkin hyödyntää enemmän, esimerkiksi farmaseuttia lääkehoidossa. Tutkimuksen perusteella he eivät tee ohjaamisen kirjauksia juurikaan.

Kirjatun ohjaamisen tarkoituksena on hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Se ei toteudu, jos ohjaamisen kirjaaminen ei ole täsmällistä ja riittävää. Ohjauksen sisällön on vastattava potilaan todellista ohjaustarvetta ja toteutettua hoitoa. (Kaakinen ym. 2013, 19.) Tässä tutkimuksessa kirjaaminen oli laadultaan pääsääntöisesti kohtalaista tai huonoa. Muutamia erittäin hyviä kirjauksia oli liikunnasta ja ruokavaliosta ja ne olivat fysioterapeuttien kirjauksia fysiatria-lehdellä. Nämä sisälsivät usein tarkan kuvauksen siitä miten potilasta oli ohjattu liikkumaan ja kuinka paljon esim. päivässä. Näissä kirjauksissa oli myös arvioitu potilaan omaa motivaatiota muutokseen. Kaakisen, Kääriäisen ja Kynkään (2013) tutkimuksen mukaan kirjaukset ohjauksesta ilmenivät lyhyinä ja toteavina merkintöinä. Ohjauksen suunnittelussa ei hyödynnetty prosessimallia, vaikka se on yhteydessä ohjaamisen laatuun ja sen kirjaamiseen. Tässä tutkimuksessa kirjaus pisteytettiin erittäin hyvän sijasta hyväksi yleensä siitä syystä että arviointi puuttui. Harvoissa kirjauksissa oli arvioitu, että oliko potilas ymmärtänyt ohjauksen. Samankaltaisiin tuloksiin päätyi tutkimuksessaan myös Lipponen (2014, 50), jonka tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta itse oli tuonut ilmi tarpeellisuuden kehittää ohjauksen kirjaamisen suunnitelmallisuutta ja selkeyttä sitä. Samaisessa tutkimuksessa ilmeni myös, että kehitettävää oli ohjauksen arvioinnin kirjaamisessa sekä potilasohjauksen kirjauksissa.

Lipposen, Kynkään & Kääriäsen laatiman ohjausmallin (2006) mukaan osastovaiheen jälkeisissä kirjauksissa tulisi näkyä toteutunut potilasohjaus arviointeineen, sekä jatko-ohjauksen tarve. Tässä tutkimuksessa ohjaamista oli kirjauksissa arvioitu eniten sepelvaltimotaudin ja tupakoinnin osalta. Seksuaalisuuden, diabeteksen, ylipainon ja alkoholin kirjaamisissa arviointia ei ollut lainkaan. Valtaosassa kirjauksista ei ollut arvioitu ohjauksen vaikuttavuutta. Myös Kaakisen, Kääriäisen ja Kynkään (2014) tutkimuksessa ilmeni, että

merkintöjen perusteella ohjauksen hyötyjä arvioitiin vähän. Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2013) tutkimuksen mukaan tärkeä havainto oli, että ohjauksen tulosten arviointi, yksilöllisten ohjaustarpeiden arviointi ja ohjauksen liittyvien tavoitteiden asettaminen oli heikentynyt. Heidän mukaansa suunta kehityksessä on huolestuttava ja vaatii kehitystä. Potilaan oppimisen arvioinnin mahdollistaa tavoitteellinen toiminta.

Vasta sairastuneista sepelvaltimopotilaista on tehty Australian ja Uuden-Seelannin sairaaloissa vastaavanlainen tutkimus. Tutkimus oli tehty 2013. Tutkimuksen aineisto muodostui 2299 potilaasta. Aineiston kautta tarkasteltiin mm. millaista ohjausta potilaat olivat saaneet sepelvaltimotaudin akuuttivaiheessa. Tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosa potilaista sai ohjauksen tupakoinnin lopettamiseen, 36 % potilaista sai ruokavalio-ohjausta, 43 % potilaista sai ohjausta liikunnasta ja 10 % sai ohjausta henkiseen hyvinvointiin liittyen. (Redifern, Hyun, Chew, Astley, Chow, Aliprandi-Costa, Howell, Carr, Lintern, Ranasinghe, Nallaiyah, Turnbull, Ferry, Hammett, Ellis, French, Brieger & Briffa. 2013, viitattu 3.3.2016.) Tässä tutkimuksessa pystyi löytämään samankaltaisia tuloksia. Liikunnan ohjaus korostui muista ohjauksen osa-alueista selvästi. Ohjausta liikunnasta oli eniten ja henkisen hyvinvoinnin ohjauksen osuus oli selvästi muita ohjauksia vähäisempää, tai sitä ei ollut kirjattu potilaiden tietoihin.

Työmme tulokset saatua kävimme tuloksia läpi Oulun Yliopistollisissa sairaalassa. Hoitajat toivat esille kiireen hoitotyössä ja sen etteivät ole nähneet syytä ohjata esim. tupakointia jos potilas ei ole polttanut, tai ylipainoa jos potilas ei ole ylipainoinen. Seksuaalisuuden ohjaaminen koettiin vaikeana. Hoitajat kokevat, että potilaat kysyvät itse seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, jos heillä on siitä kysymistä ja haluavat ohjausta. Seksuaalisuuden ohjauksessa koettiin myös, että potilas ryhmät olivat pääasiassa ikääntynyttä ja tämän tähden seksuaalisuusohjaus ei ole heidän kohdalla ajankohtaista.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa kaiken ydin on eettisyys. Tutkimusetiikassa on kyse siitä, että tutkimus on luotettava ja totuudenmukainen. Tutkimusetiikka jaetaan kahteen, tieteen sisäiseen ja ulkoiseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan tieteen alan totuudellisuutta ja luotettavuutta.

ta. Tieteen ulkoisella etiikalla taas tarkoitetaan miten ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheeseen ja miten asiaa tutkitaan. Suomessa tutkimuksen eettisyys on turvattu Helsingin julistuksella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212.)

On tärkeää muistaa tutkimustietoa käsitellessä, että potilasasiakirjat ovat luottamuksellisia ja anonymiteetti on säilytettävä (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2009, viitattu 14.1.2015). Tutkimusta tehdessä otimme kaikki vastuun ja sitoudumme oikeiden toimintatapojen noudattamiseen. Huolehdimme että vain me opinnäytetyön tekijät käsittelemme potilasasiakirjoja, kukaan ulkopuolinen ei pääse niihin käsiksi. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015, viitattu 26.1.2015.) Aloitimme potilasasiakirjojen tarkastelun vasta kun tutkimuslupa oli saatu. Jokaisella oli omat tutkijatunnukset joita käsittelemme asianmukaisesti. Anonymiteetti suojattiin käsittelemällä potilasasiakirjoja vain Oulun Yliopistollisen sairaalan tiloissa. Raportista ei ole tunnistettavissa kenenkään tutkimukseen osallistuneen henkilötietoja tai taustaa. Keskityimme tarkastelussa pelkästään ohjaukseen liittyviin seikkoihin. Emme osallistuneet hoitotyöhön. Olemme koko prosessin ajan vaitiolo- ja salassapitovelvollisia. Nämä velvollisuudet jatkuvat opinnäytetyön valmistumisen jälkeenkin. Saatuamme haltuun potilasasiakirjat huolehdimme siitä, että käsittelemme niitä asianmukaisella tavalla. Potilasasiakirjoja ei missään tutkimuksen vaiheessa tulostettu tai kopioitu.

Hyvän käytännön mukaan tutkijat toimivat rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tutkijat käyttävät oikeita menetelmiä arvioinnissa ja tiedonhankinnassa. Tutkijoiden tulee huomioida toisten tutkijoiden työ asianmukaisesti. Toisten tutkijoiden tuloksia ei saa vähätellä ja viittaukset tulee olla asianmukaisia. Tutkimustuloksia ja tietoja ei tule vääristää tai sepittää. Tärkeää on, että työ suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan asianmukaisesti. Tutkimusraporttiin tulee kirjata rahoituslähteiden ja muiden tahojen sidonnaisuus. (Saaranen-Kauppinen ym. 2014.) Tutkimuksesta teki luotettavan se, että tarkastelimme asiakirjoja yhdessä. Se takasi sen, että esim. laatua arvioidessa pisteytys tapahtui samalla lailla ja kävimme läpi samat lehdet samassa järjestyksessä. Asiakirjojen tarkastelu ryhmässä, sai aikaan keskustelua ja pohtimaan asioita eri näkökulmista. Kävimme asiakirjoja läpi niin paljon, kunnes useiden tulokset alkoivat toistamaan itseään. Teimme tutkimusta sairaalan rauhallisissa tiloissa, jolloin ulkopuoliset häiriötekijät oli minimoitu. Tutkimus tehtiin toisten tutkimustuloksia kunnioittaen sekä lähteet ja viittaukset merkittiin asianmukaisesti. Tutki-

mustulokset on esitetty raportissa sellaisena kuin ne tutkimuksessa tulevat esille. Tiedonhankinta ja perehtyminen olivat kattavaa ja lähteitä on useita, sekä ne ovat valittu kriittistä harkintaa käyttäen.

9.4 Prosessissa oppiminen

Oppimistavoitteina meillä oli toteuttaa kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun ja tehdä siitä kirjallinen raportti sekä tutustua opinnäytetyö prosessiin. Tavoitteena oli myös saada lisää tietoa sepelvaltimotaudista, potilasohjauksesta ja kirjaamisesta potilasasiakirjoihin. Tiimityöskentelyssä kehittyminen oli yhtenä tavoitteena. Oma ammatillinen tietomme kasvoi sepelvaltimotaudin, ohjaamisen ja kirjaamisen osalta todella paljon. Opinnäytetyöstä saatu tieto teki meistä ammattitaitoisempia ja lisäsi varmuuttamme siitä, millaista ohjausta potilaat kaipaavat. Tulevassa työssämme tulemme varmasti kiinnittämään enemmän huomiota omiin ohjaustaitoihin, sekä omaan kirjaamisen laatuun.

Kukaan meistä ei ollut aiemmin tehnyt tutkimusta. Jouduimme kirjallisuuden avulla perehtymään tutkimuksen eri metodeihin ja vaiheisiin. Jo suunnitelmaa tehdessä vaiheiden ymmärtäminen tuotti meille vaikeuksia. Opimme kuitenkin toteuttamaan kaikki tutkimusvaiheet ja sisäistämään ne. Ymmärsimme myös, että miksi opettajat puhuivat niin paljon hyvän suunnitelman puolesta.

Työtä tehdessä jouduimme koko ajan arvioimaan lähteiden luotettavuutta ja tietojen ajantasaisuutta. Vanhentunutta tietoa löytyi paljon. Pidimmekin kokoajan kiinni siitä, että lähteiden tulee olla alle kymmenen vuotta vanhoja. Olisimme halunneet tuoda työhön vielä näkökulmaa juuri sepelvaltimotautipotilaan ohjaamisesta, mutta luotettavaa tietoa löytyi liian vähän ja se oli hajanaista.

Itse tutkimuksen teko oli suhteellisen helppoa ja vaivatonta, kunhan olimme ensin päässeet alkuun. Tulosten analysointi sen sijaan oli haastavaa, koska se oli meille uusi asia. Varsinkin tulosten tuominen raportin muotoon tuntui jotenkin vaikealta. Tulosten analysointi oli mielenkiintoista ja se toi meille paljon tietoa kirjaamisen laadusta. Mielestämme itselle asettamamme tavoitteet, sekä työlle asetetut tehtävät, tarkoitus ja tavoitteet täyttyivät.

9.5 Tutkimuksen merkitys kirjaamisen kehittämiseksi ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimus on merkityksellinen, koska tutkimus osoitti, että ohjauksen kirjaamista on, mutta sitä on liian vähän ja se on puutteellista. Tutkimuksessa tulee ilmi hyvin myös eri ammattiryhmien väliset erot, kirjaamisen laatu ja arvioinnin puute. Toivomme, että tutkimus herättää keskustelua ja muutoshalukkuutta työn tilaajassa.

Ohjaamisesta ja sepelvaltimotaudista lähteitä löytyy paljon. Ohjauksen kirjaamisesta tietoa löytyy, mutta tutkimuksia vähemmän. Kirjaaminen ja tietojärjestelmät kehittyvät koko ajan, sen myötä tulee uusia jatkotutkimus- ja kehittämishaasteita. Tätä tutkimusta voisi lähteä kehittämään enemmän kvalitatiivisempaan suuntaan, esimerkiksi tutkimalla mitkä asiat vaikeuttavat ohjaamisen kirjaamista työyhteisössä, onko ohjausmateriaali yhtenäistä ja voisiko mahdollisesti ohjausta jakaa eri ammattialojen kesken niin esimerkiksi että fysioterapeutit ohjaavat liikuntaosa-alueen ja näin ollen lääkehoidon ohjaamiseen jää sairaanhoitajilla enemmän resursseja. Muita jatkotutkimusehdotuksia on tutkia ohjaamiseen ja kirjaamiseen vaikuttavia seikkoja. Onko syynä kiire esimerkiksi. Kehittämisehdotuksena esitämme että käytäntöön voisi rakentaa rungon jonka mukaan sepelvaltimotautiin sairastuneita potilaita ohjataan.

LÄHTEET

Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

A-Klinikkasäätiö 2015. Alkoholi ja sydän. Viitattu 6.10.2016.
<http://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/alkoholi-ja-sydan>.

Aro, A 2015. Alkoholi. Viitattu 6.10.2015,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00065.

Eloranta, S. Katajisto, J & Leino-Kilpi, H. 2013. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta?. Hoitotiede 1/2014, 63-73.

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

Elo, S. Kurikkala, P. Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2015, Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä - integroitu katsaus. Hoitotiede 2015:1, 3-17

Eronen, T. 2012. Potilasohjauksen kirjaamisen kehittäminen Turun kaupungin sisätautisairaalassa. Turun Ammattikorkeakoulu. Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö (YAMK).

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hirsjärvi, S. Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jaatinen, T & Raudasoja, J. 2013. Suomalaisien sairaudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Joki, T. 2013. Diabeetikon sepelvaltimotauti. Diabetes ja lääkäri 42 (5), 7-11.

- Jyväskylän Yliopisto 2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu 13.1.2015.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/määrällinen-tutkimus>.
- Kaakinen, P. Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Pitkäaikaissairaahan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva hoitotyö, hoitotieteellinen aikakauslehti 1/2014, 12-21.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaipio J. 2011. Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Information Systems and Clinical Work. Aalto University publications series. Doctoral dissertations 105. Unigrafia Oy, Helsinki. Viitattu 26.5.2015,
<http://lib.tkk.fi/Diss/2011/isbn9789526043340/isbn9789526043340.pdf>.
- Kesäniemi, A. & Salomaa, V. 2009. Sepelvaltimotauti. Viitattu 8.11.2015,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00004.
- Kettunen, R. 2014. Sepelvaltimotauti. Viitattu 25.11.2014,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077.
- Koskinen, S. 2009. Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. Viitattu 12.4.2016, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159.
- Kustannus Oy Duodecim 2015. Sepelvaltimotauti. Viitattu 22.4.2015,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00004.
- Koskenvuo, M. 2015. Aiheuttaako stressi somaattisia sairauksia?. Viitattu 10.10.2015,
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-

pe=viewArticle&tunnus=duo91832&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=#s2.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

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

Käypähoito -suositus. 2015. Stabiili sepelvaltimotauti. Viitattu 12.4.2016,
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=B2B4C983575716B4A52D4270F872A36F?id=hoi50102#s11>.

Lipponen, K. Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet-Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 22.4.2015,
https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2006:4.

Mega, J. Stitzield, N. Smith, J. Chasman, D. Caulfield, M. Deflin, J. Nordio, F. Hyde, C. Cannon, C. Sacks, F. Poulter, N. Sever, P. Ridker, P. Braunwald, E. Melander, O. Kathiresan, S. & Sabatine, M. 2015. Genetic risk, coronary heart disease events, and the clinical benefit of statin therapy: an analysis of primary and secondary prevention trials, viitattu 8.11.2015. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961730-X/abstract>.

National Heart, Lung and Blood Institute 2016. Know the Facts and Act Fast!, viitattu 2.3.2016. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cad/>.

National institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2016. 4 Steps to Manage Your Diabetes for Life, viitattu 2.3.2016. <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/4-steps-manage-diabetes/Pages/publicationdetail.aspx#page2>.

Mustajoki, P. 2014. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Viitattu 22.4.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034.

Mustonen, J. 2002. Diabeetikon sydän. Viitattu 8.11.2015, [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-
pe=viewArticle&tunnus=duo92848&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-
pe=viewArticle&tunnus=duo92848&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=)
.

Mäkijärvi, M. Kettunen, R. Kivelä, A. Parikka, H & Yli-Mauru, S. 2008. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Niemi, T. Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Nykänen, P. Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Raportti 2010-7. Viitattu 26.5.2015, www.cs.uta.fi/reports/d-2010-7.pdf .

Pohjola-Katajisto, A. 2008, Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset. Satakunnan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö (AMK).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Ohjeita sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille opinnäytetyön tekemiseen PPSHP:ssä. Viitattu 26.1.2015, http://www.ppsHP.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx.

Potilaan lääkirilehti 2014. Sepelvaltimotaudin kajoava hoito. Viitattu 22.4.2015, <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/sepelvaltimotaudin-kajoava-hoito/#.VWW2pEZc66Q>.

Queiroz, M. Lourenco, R. Coelho, M. Miranda, K. Barbosa, R. Bezerra, S. 2015. Social representations of sexuality for the elderly. Viitattu 3.2.2016, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400662&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

Rautava-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Redifern, J. Hyun, K. Chew, P. Astley, C. Chow, C. Aliprandi-Costa, B. Howell, T. Carr, B. Lintern, K. Ranasinghe, I. Nalliah, K. Turnbull, F. Ferry, C. Hammett, C. Ellis, C. French, J. Brieger, D & Briffa, T. 2013, Prescription of secondary prevention medications, lifestyle advice, and referral to rehabilitation among acute coronary syndrome inpatients: results from a large prospective audit in Australia and New Zealand. Viitattu 3.3.2016, http://heart.bmj.com/content/early/2014/06/09/heartjnl-2013-305296.full?g=w_heart_open_tab.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2014. Sisällönanalyysi. Viitattu 9.1.2015, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2015. Triangulaatio. Viitattu 4.2.2015, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2014. Viralliset ohjeet. Viitattu 1.3.2016, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_1.html.

Saranto, K. Ensio, A. Tantt, K. & Sonninen, AL. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2014. Potilasasiakirjoista. Viitattu 28.11.2014, <http://www.valvira.fi/files/luennot/Potilasasiakirjoista.pdf>.

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto. 2014. Potilasasiakirjat. Viitattu 25.11.2014, www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat.

Sosiaali- ja terveystieteenministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.4.2009/298.

Sosiaali- ja terveystieteenministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveystieteenministeriön julkaisuja 2012:4. Viitattu 26.5.2015, http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf.

Suomen Sydänliitto Ry. 2015. Sepelvaltimotauti. Potilasopas.

Suomen Sydänliitto Ry. 2014. Sepelvaltimoiden pallolaajennus. Potilasopas.

Suomen Sydänliitto ry. 2012. Stressin kanssa eläminen. Viitattu 22.4.2015, <http://www.sydanliitto.fi/stressi#.VTdqe02JiUk>.

Suomalainen lääkäriyhdistys Duodecim 2015. Käypähoito, Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Viitattu 22.04.2015, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04058#s7>.

Suomalainen Lääkäriyhdistys Duodecim 2013. Käypähoito, Lihavuus (aikuiset). Viitattu 8.11.2015, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=4ACDEACC985C41DFDE4A23F9B30AC5FF?id=hoi24010#R25>.

Suomen Sydänliitto ry. 2014. Sepelvaltimotauti. Viitattu 25.11.2014, <http://www.sydanliitto.fi/sepelvaltimotauti#.VHRltk0cSUK>.

Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus Oy. 2015. Liikuntasuositukset ja sairaudet. Viitattu 11.10.2015, <http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/tyoikaisille/liikuntasuositukset>.

Syvänne M. 2015. Veren hyytymistä estävät lääkkeet. Viitattu 27.5.2015, <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/veren-hyytymista-estavat-laakkeet>.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Taam-Ukkonen, M & Saano, S. 2014. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

THL 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Viitattu 25.5.2015, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 5.12.2014, http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vanhanen, H. 2003. Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja seksuaalisuus. Viitattu 3.2.2016, http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-pe=viewArticle&tunnus=duo93409&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Vehmasaho, H. & Rantovaara, L-M. 2010. Potilasohjaus hoitotyössä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammatikorkeakoulu.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 13.1.2015, <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.

Vilpas, P. 2015. Kvantitatiivinen tutkimus ja ohjaus. Viitattu 4.12.2015, <https://wiki.metropolia.fi/display/~pervil/Kvantitatiivinen+tutkimus+ja+ohjaus>.

Vänskä, K. Laitinen- Väänänen, S. Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus, Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2009. Tunnisteellisuus ja anonymisointi. Viitattu 14.1.2015, <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa7.html>.

LIITTEET

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MITTARI

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MITTARI

0= ei mitään

1= **huonosti** (ainoastaan lyhenteitä, epäselvä, ei asia yhteyttä)

2= **kohtalaisesti** (muutamalla sanalla, asia löytyy)

3= **hyvin** (kuvailevaa, asiayhteyksiä)

4= **erittäin hyvin** (loogista, arvioivaa, vaikuttavuutta kuvaavaa)

RISKITIEDOT 0= Ei 1=Kyllä

TAUSTATIEDOT 0= Ei 1=Kyllä

TULOTILANNE

sairaalaan tulosyy	0	1	2	3	4
oireet tulohetkellä	0	1	2	3	4
jakson päätavoite	0	1	2	3	4

ARVOESINELUETTELO

Täytetty 0 =Ei 1=Kyllä

selvitetty vastuu potilaalle 0=Ei 1=Kyllä

PÄIVITTÄINEN HOITOSUUNNITELMA

vastuuhoitaja merkitty 0 =Ei 1 =Kyllä

HOITOTYÖN SUUNNITTELU JA KOORDINOINTI

päivittäinen suunnittelu

lääketieteellisen hoidon päivittäinen suunnittelu	0	1	2	3	4
tämän päivän tutkimukset ja toimenpiteet	0	1	2	3	4
sairaalajakson aikana tulevat tutkimukset ja toimenpiteet	0	1	2	3	4
kotiutumisen jälkeiset tutkimukset ja toimenpiteet	0	1	2	3	4

päivittäinen arviointi

määräysten toteutus/toteutumattomuus	0	1	2	3	4
tämän päivän tutkimusten ja toimenpiteiden tilaaminen ja toteutus	0	1	2	3	4
tulevien tutkimusta ja toimenpiteiden tilaaminen ja toteutus	0	1	2	3	4

SAIRAUDEN OIREET, HENGITTÄMINEN JA VERENKIERTO**päivittäinen suunnittelu**

syy miksi potilas on hoidossa	0	1	2	3	4
oireet	0	1	2	3	4
tarvittavat mittaukset	0	1	2	3	4
sairauteen liittyvä ohjauksen tarve	0	1	2	3	4
perussairaudet/ei perussairauksia	0	1	2	3	4
odotettavissa olevat oireet	0	1	2	3	4
olemassa olevien komplikaatioiden hoidon tarve	0	1	2	3	4

päivittäinen arviointi

potilaan ilmaisu voinnistaan	0	1	2	3	4
hoitajan arvio potilaan voinnista	0	1	2	3	4
sairauteen liittyvä ohjauksen toteutus	0	1	2	3	4
arvio potilaan voinnista suhteessa hoidon tarpeeseen	0	1	2	3	4

LÄÄKEHOITO JA RAVITSEMUS**päivittäinen suunnittelu**

uuden lääkityksen aloitus	0	1	2	3	4
kuka huolehtii potilaan lääkeshoidosta (esim. insuliini, astmasuihkeet)	0	1	2	3	4
mahd. tai olemassa olevat lääkityksen sivuoireet	0	1	2	3	4
lääkityksen aloitukseen liittyvä ohjauksen tarve	0	1	2	3	4
ruokavalio	0	1	2	3	4
itsenäisyys/avuntarve ravitsemuksessa	0	1	2	3	4

LIITE 2

ANALYYSIRUNKO

1. Onko ohjausta kirjattu, jos on niin kuinka monen potilaan asiakirjoihin:

- sairaudesta
- ravitsemuksesta
- liikkumisesta
- lääkehoidosta

2. Minkä laatuista ohjauksen kirjaaminen oli, asteikolla 0-4:

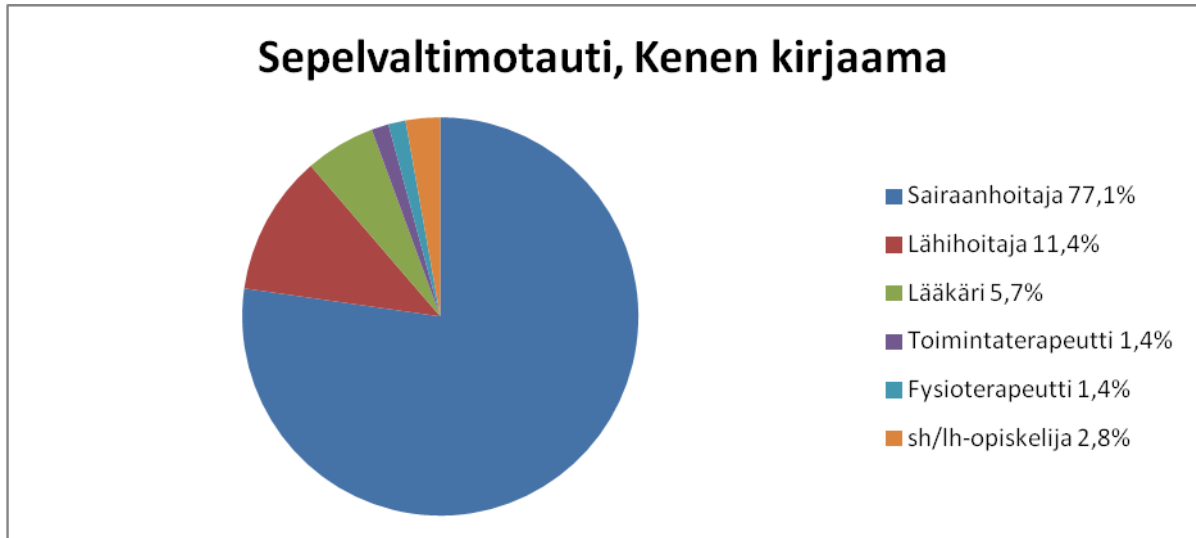
- sairaudessa
- ravitsemuksessa
- liikkumisessa
- lääkehoidossa

3. Näkykö kirjaamisessa arviointia, jos näkyy niin kuinka monen potilaan asiakirjoissa:

- sairaudesta
- ravitsemuksesta
- liikkumisesta
- lääkehoidosta

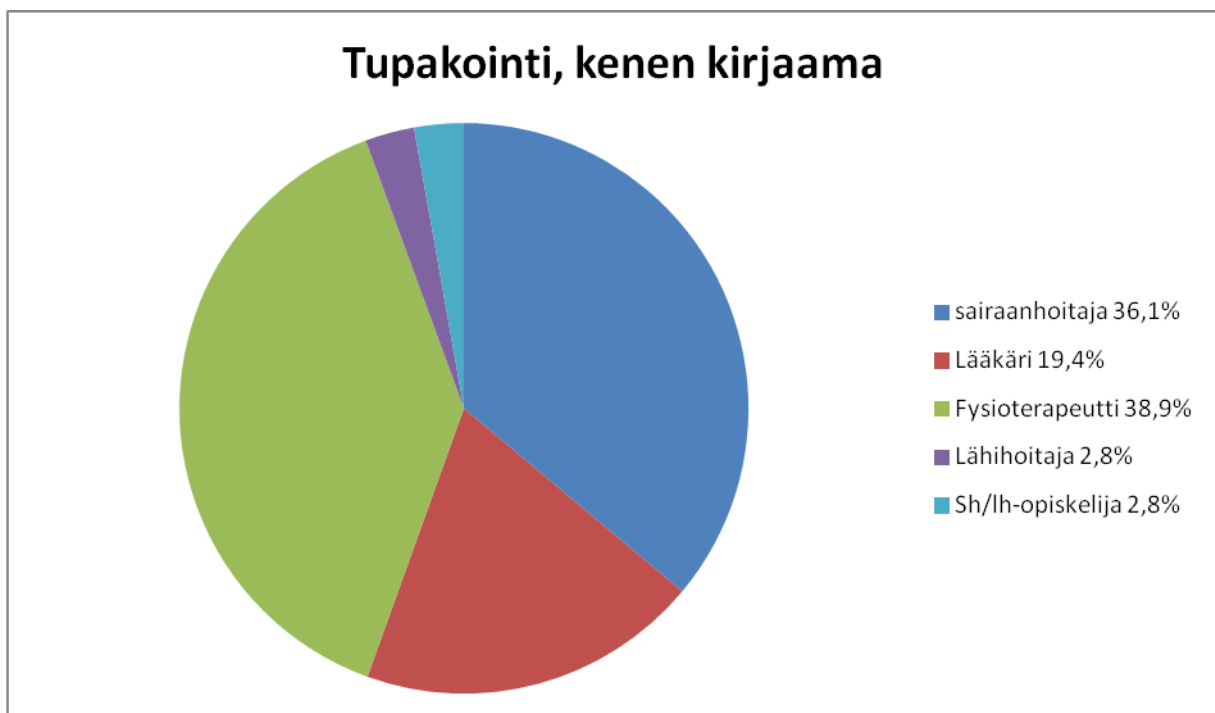
LIITE 3

DIAGRAMMIT TULOISTA



KUVIO 6. (n=70)

Kuviosta nähdään, että sairaanhoitajien osuus kirjausten määrästä on suurin.



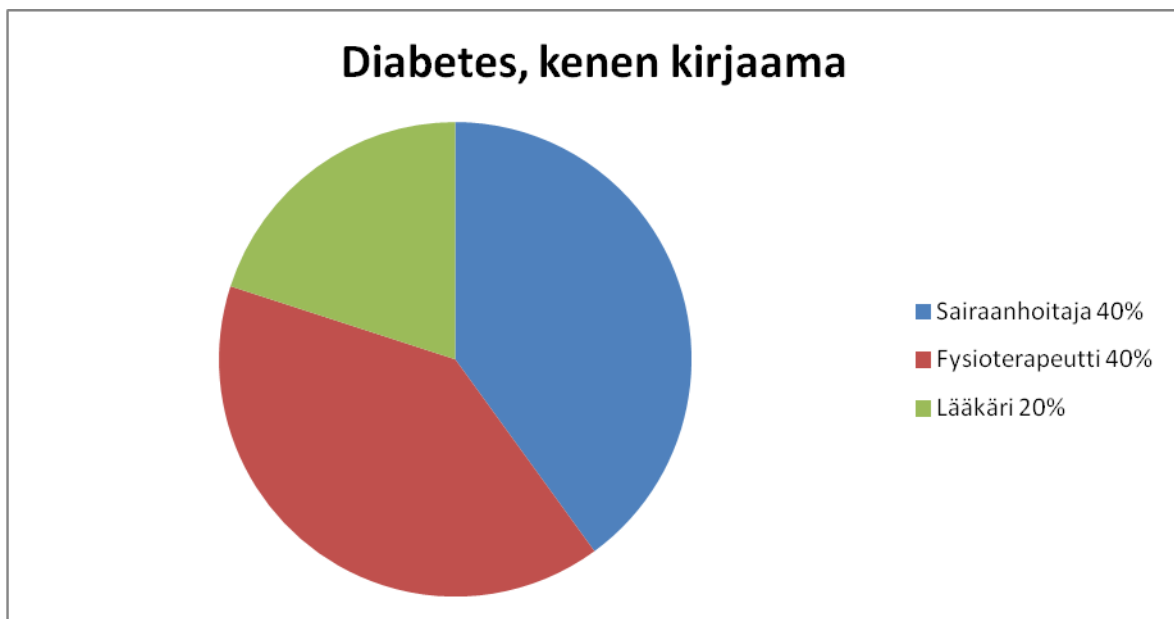
KUVIO 7. (n=36)

Sairaanhoitajat ja fysioterapeutit olivat kirjanneet suurimman osan tupakoinnin ohjauksista.



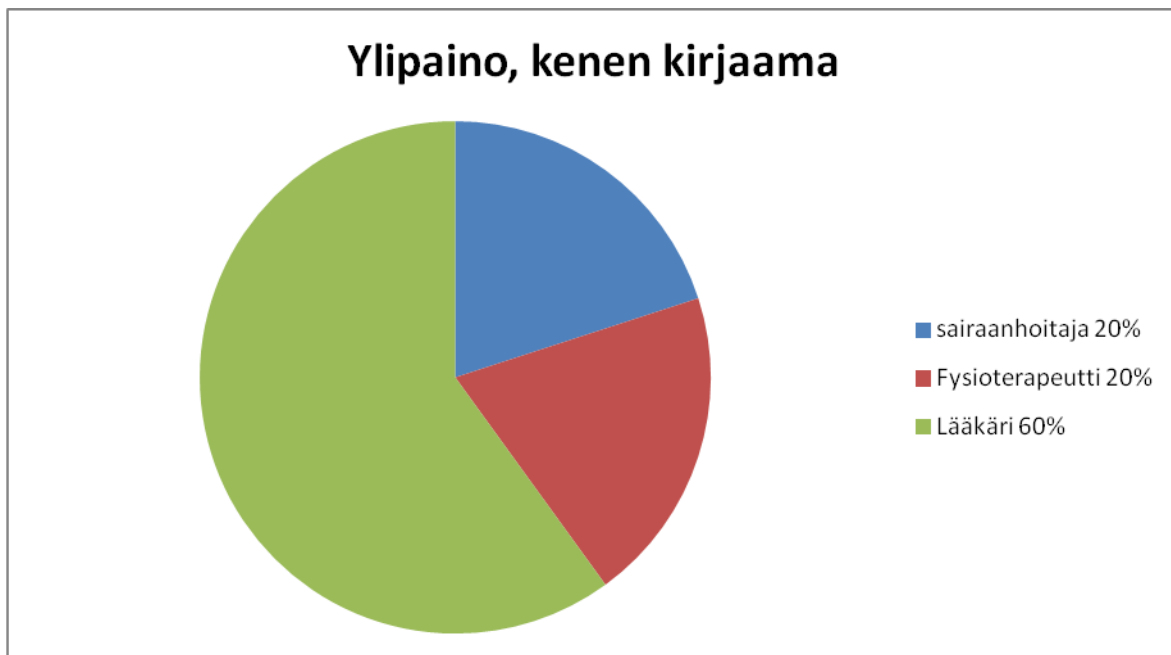
KUVIO 8. (n=1)

Kirjauksia stressin ohjauksesta oli yksi ja se oli sairaanhoitajan tekemä.



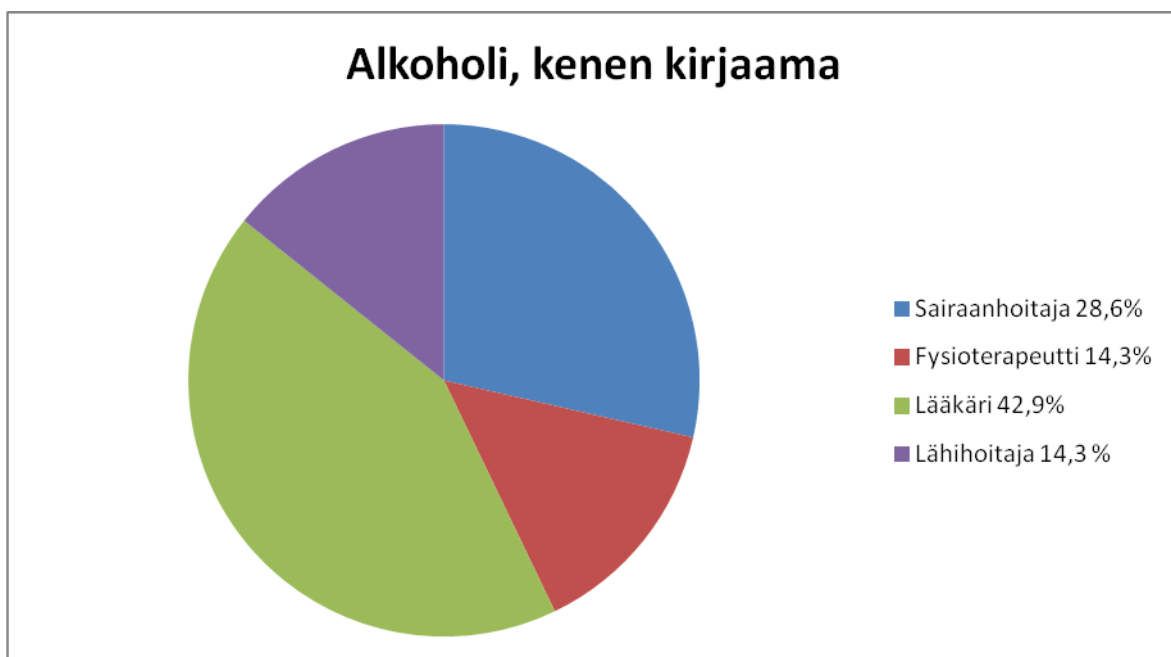
KUVIO 9. (n=5)

Sairaanhoitaja ja Fysioterapeutti kirjasivat ohjauksia diabeteksestä saman verran.



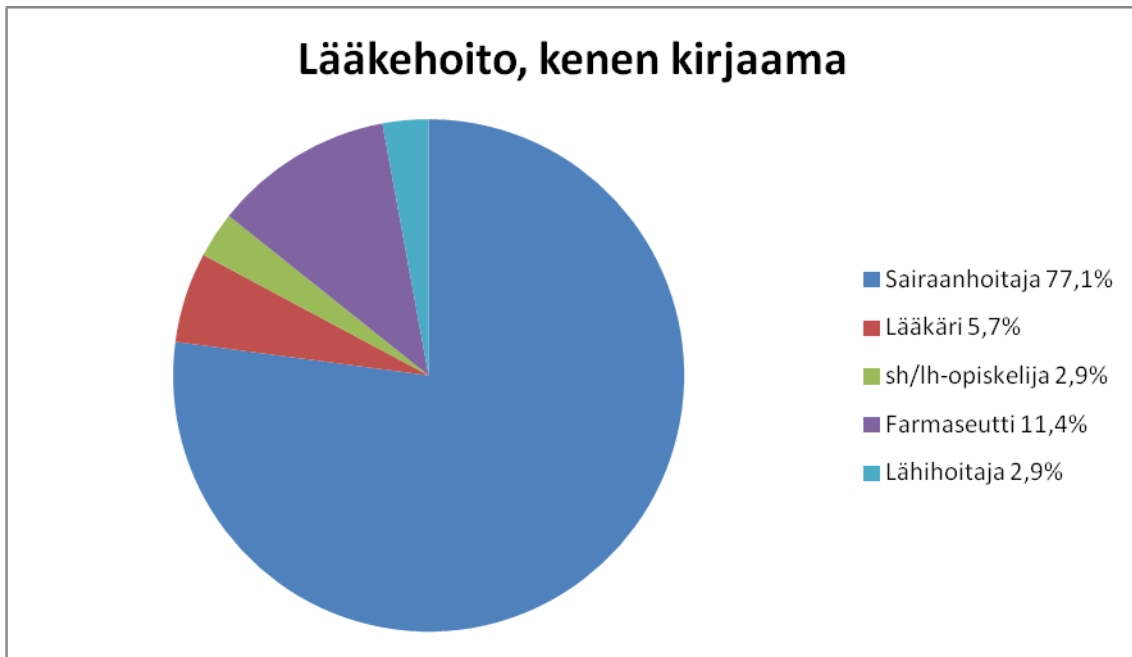
KUVIO 10. (n=5)

Kuviossa huomattavaa on se, että lääkäreiltä löytyy eniten kirjauksia ylipainosta.



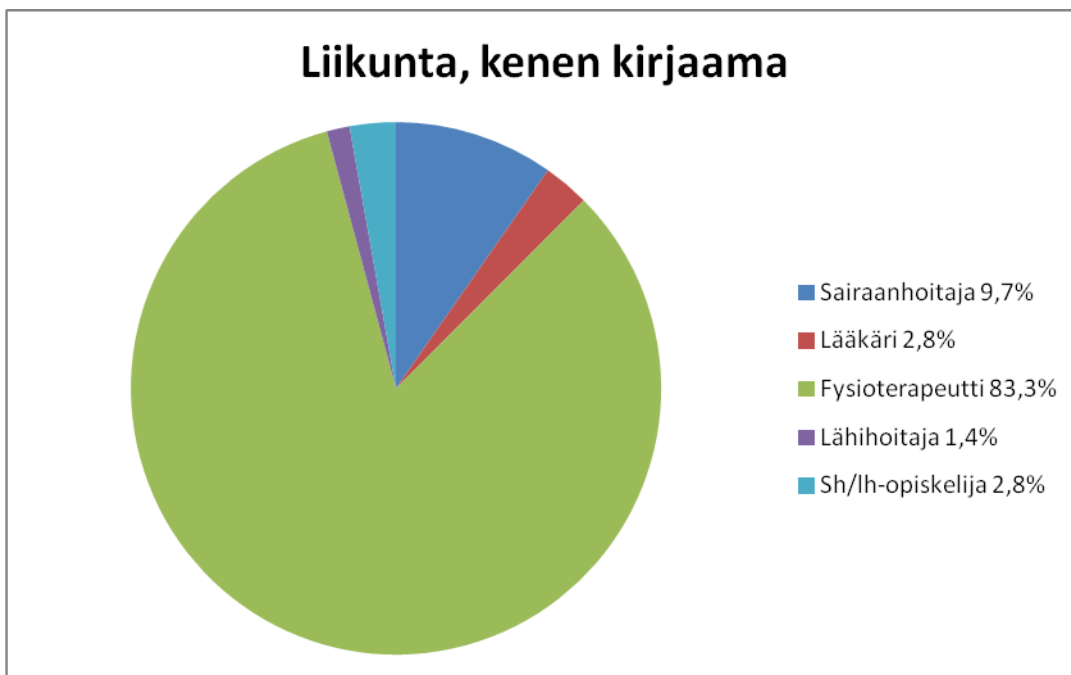
KUVIO 11. (n=7)

Lääkärit olivat eniten kirjanneet alkoholin ohjauksesta.



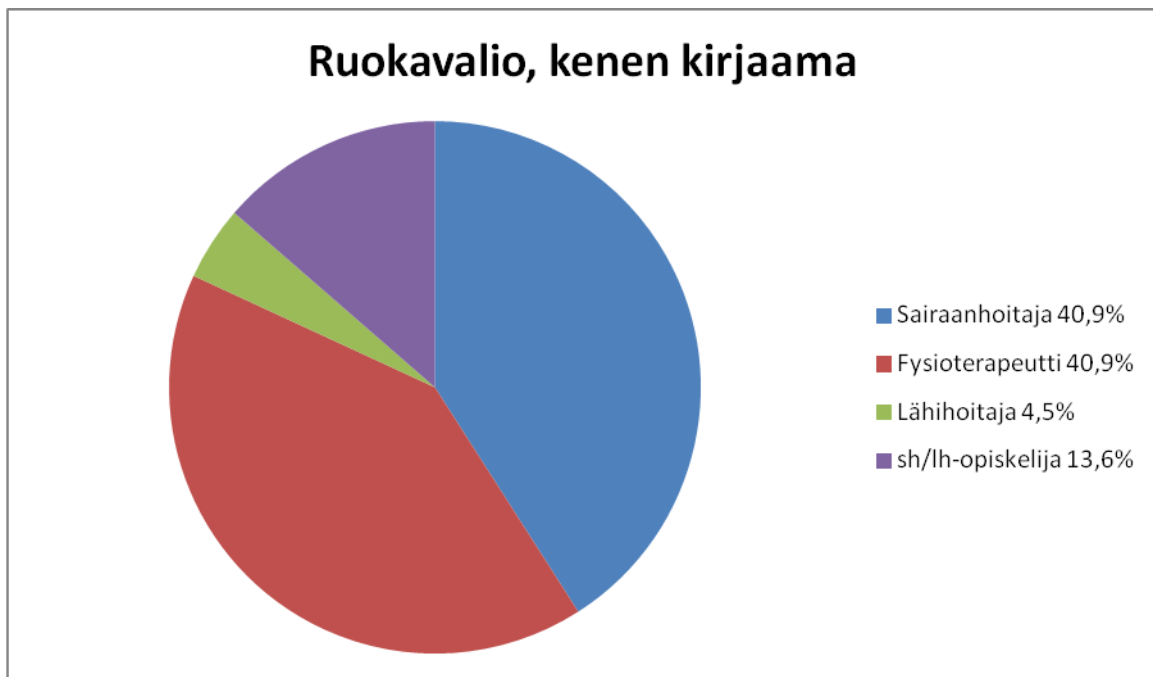
KUVIO 12. (n=35)

Sairaanhoidaja oli kirjannut eniten lääkehoidosta. Huomioitavaa kuitenkin kuviossa se, että usea eri ammatinedustaja oli kirjannut lääkehoidosta.



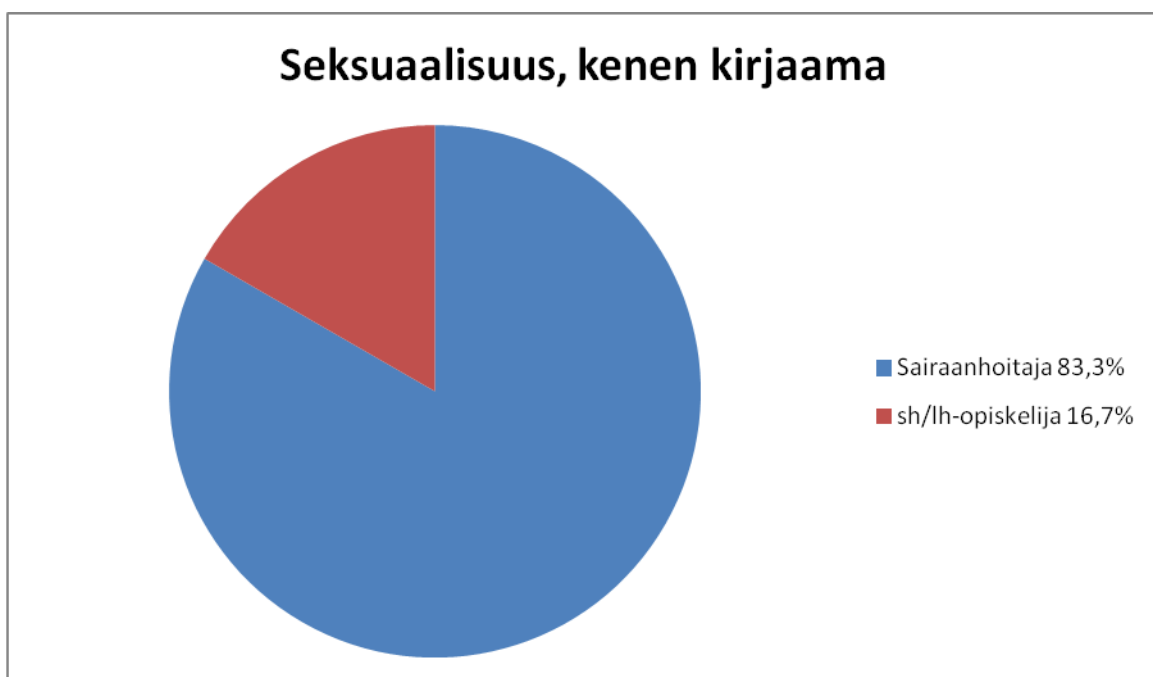
KUVIO 13. (n=72)

Fysioterapeutit kirjasivat eniten liikunnasta.



KUVIO 14. (n=22)

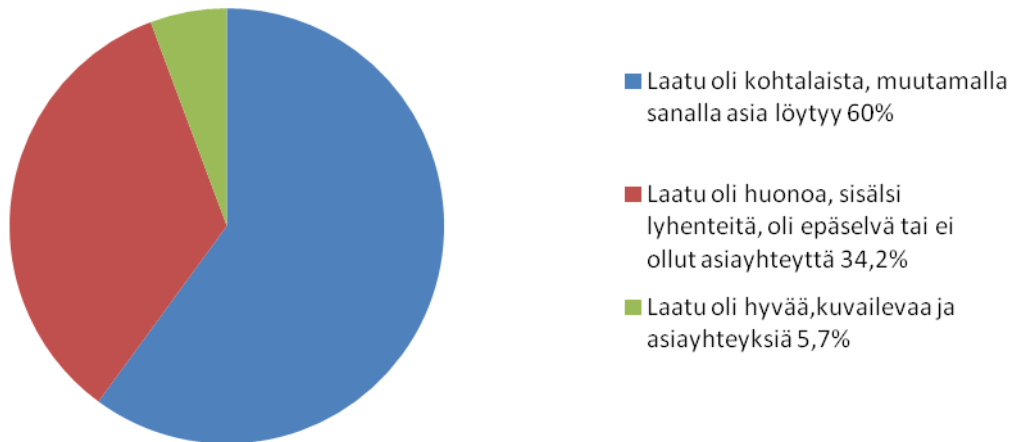
Sairaanhoitajat ja fysioterapeutit olivat kirjanneet pääosin ruokavalion ohjauksesta.



KUVIO 15. (n=6)

Pääosin sairaanhoitajat olivat kirjanneet seksuaalisuuden ohjauksesta.

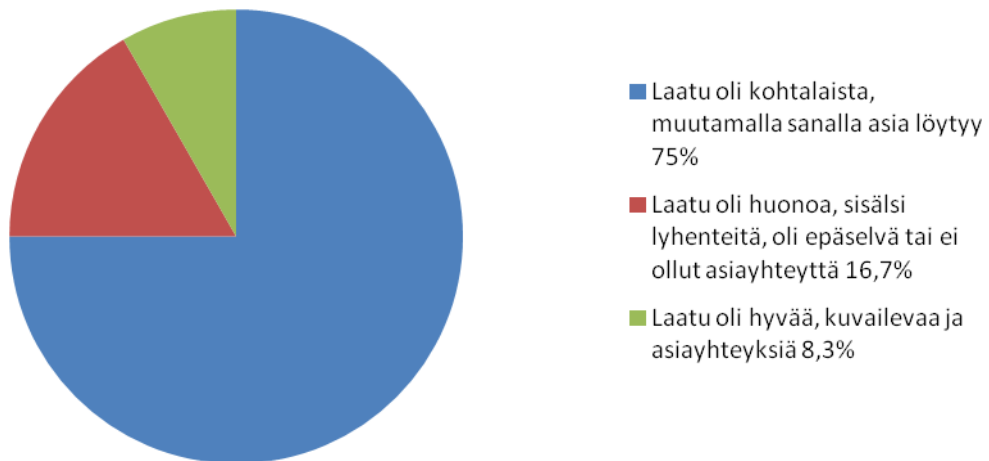
Millaista oli ohjaamisen kirjaamisen laatu sepelvaltimotaudissa



KUVIO 16. (n=70)

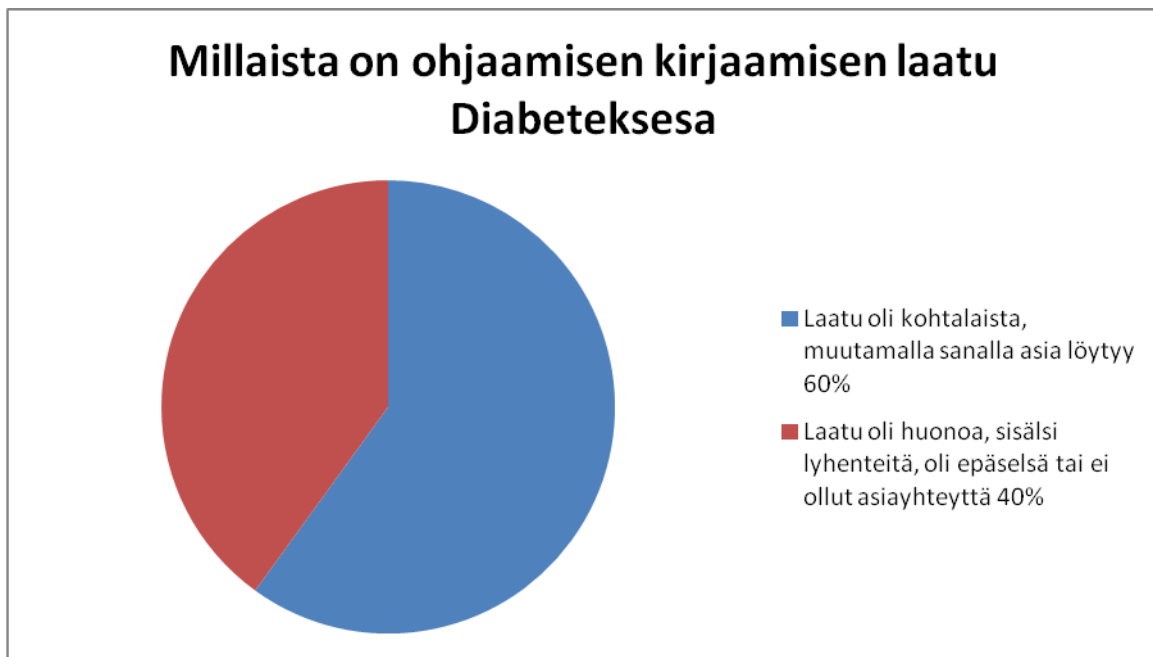
Pääosin sepelvaltimotaudin ohjaamisen kirjaamisen laatu oli kohtalaista.

Millaista on ohjaamisen kirjaamisen laatu tupakoinnissa



KUVIO 17. (n=36)

Pääosin ohjaamisen kirjaamisen laatu tupakoinnissa oli kohtalaista.



KUVIO 18. (n=5)

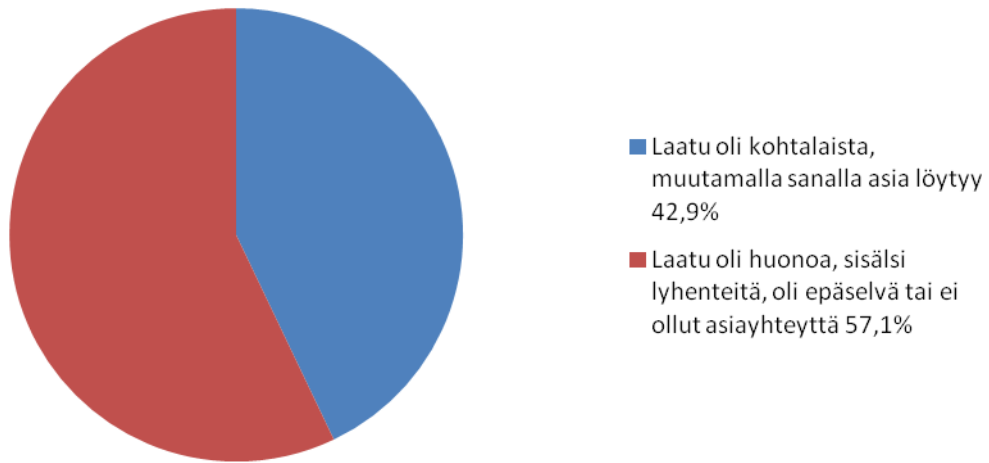
Pääosin kirjaamisen laatu diabeteksen ohjauksessa oli kohtalaista.



KUVIO 19. (n=5)

Pääosin ohjaamisen kirjaamisen laatu ylipainosta oli kohtalaista.

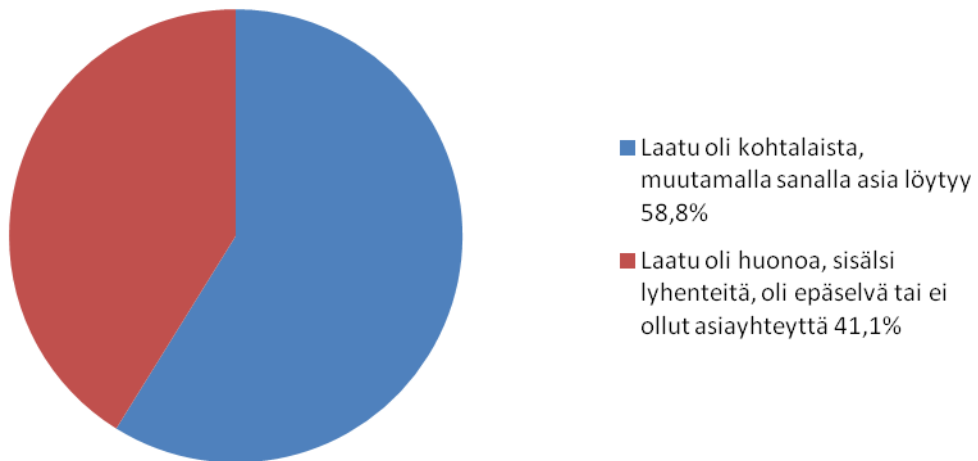
Millaista on ohjaamisen kirjaamisen laatu alkoholissa



KUVIO 20. (n=7)

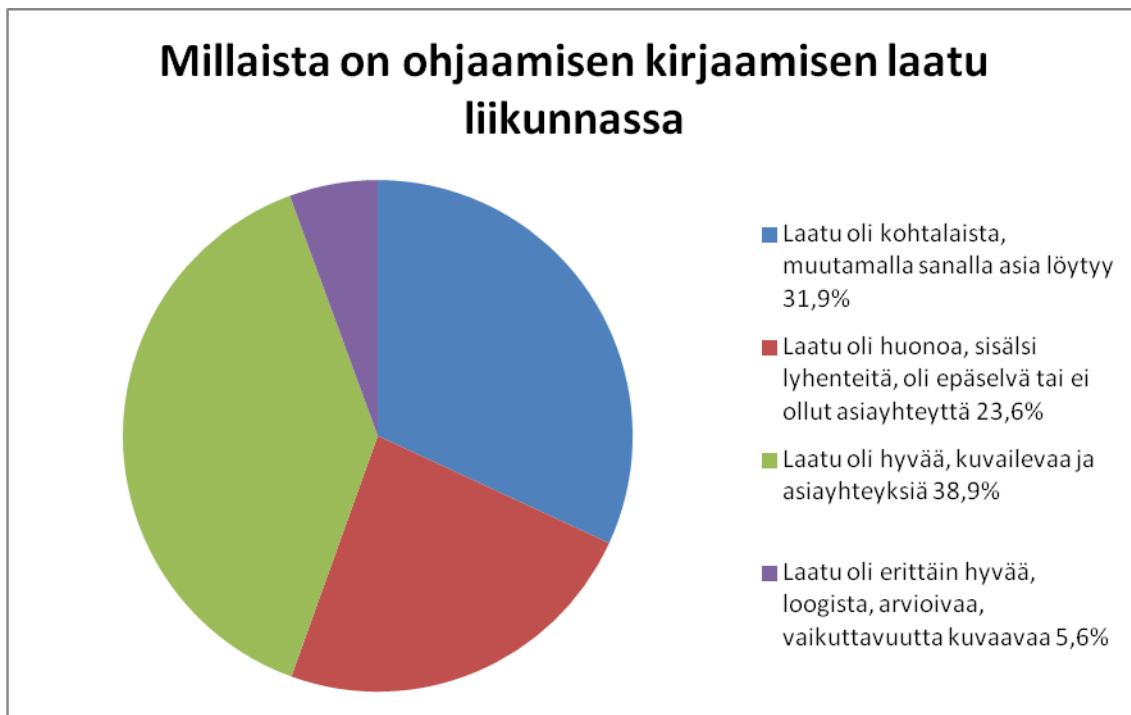
Pääosin alkoholin ohjaamisen kirjaamisen laatu oli huonoa.

Millaista on ohjaamisen kirjaamisen laatu lääkehoidossa



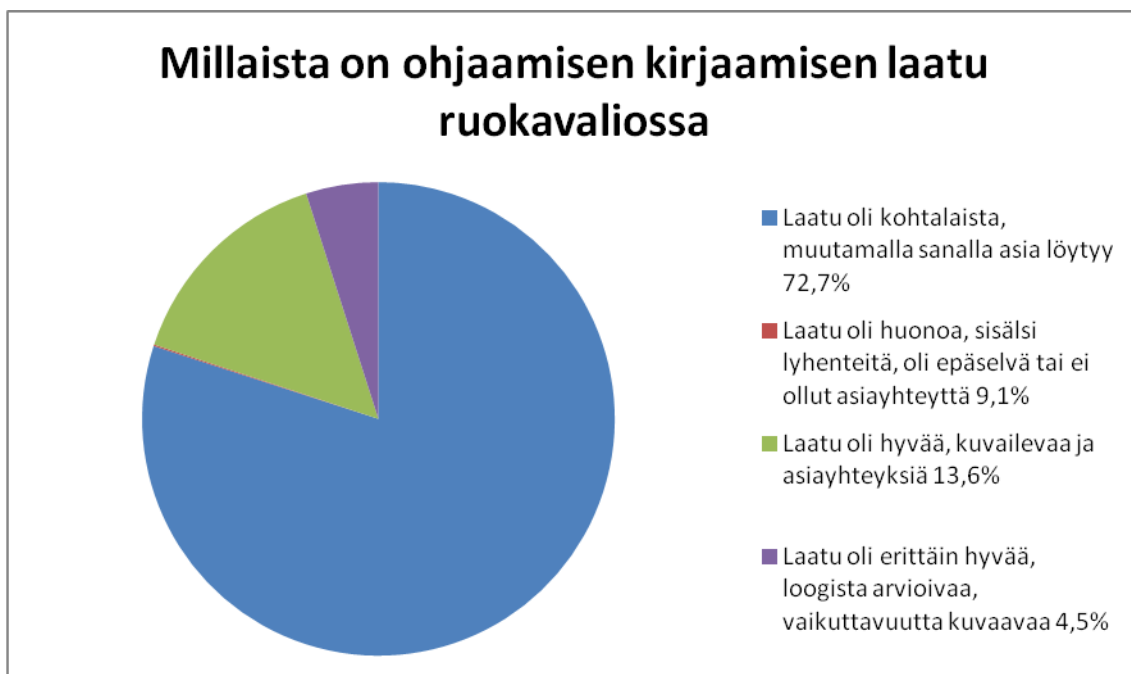
KUVIO 21. (n=35)

Lääkehoidon ohjaamisen kirjaaminen oli pääosin kohtalaista



KUVIO 22. (n=72)

Liikunnan kirjaamisessa on huomattavaa se, että löytyi laadultaan erittäin hyviä ohjauksen kirjaamisia.



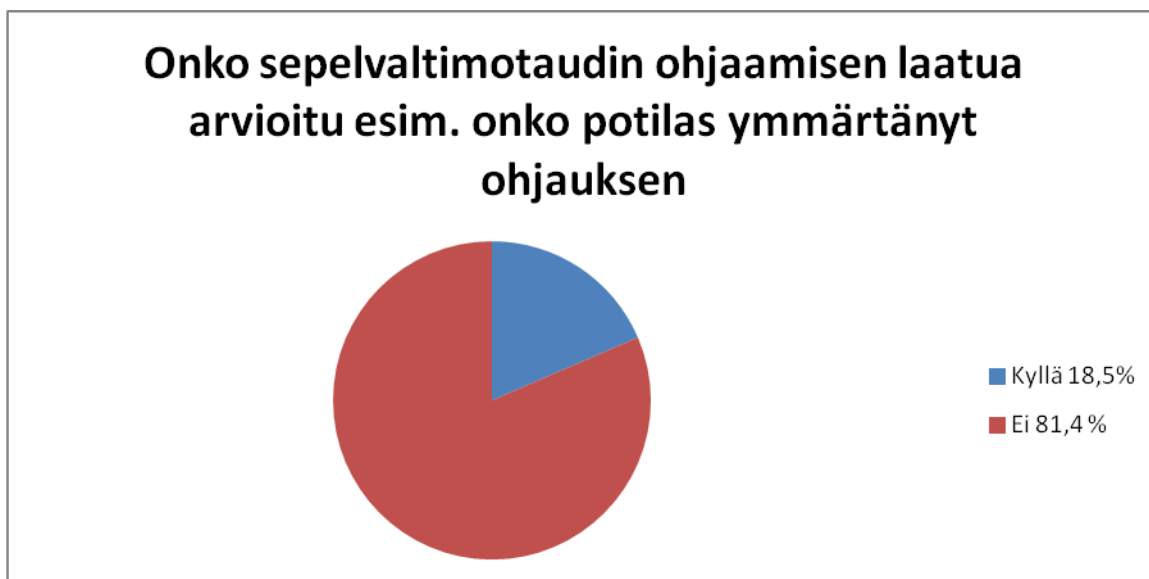
KUVIO 23.(n=22)

Ruokavalion ohjauksen kirjaamisessa oli muutamia laadultaan erittäin hyviä.



KUVIO 24. (n=6)

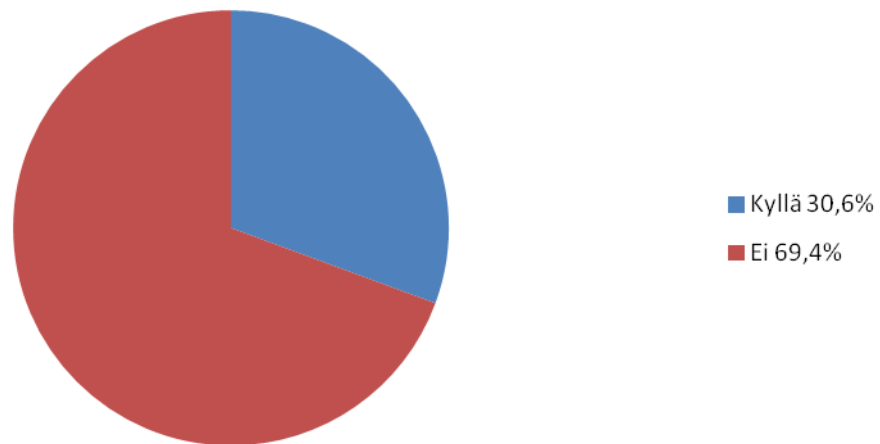
Pääosin ohjaamisen kirjaamisen laatu seksuaalisuudessa oli huonoa.



KUVIO 25. (n=70)

Suurin osa sepelvaltimotaudin ohjauksista oli kirjattu niin, että ohjausta ei ollut arvioitu.

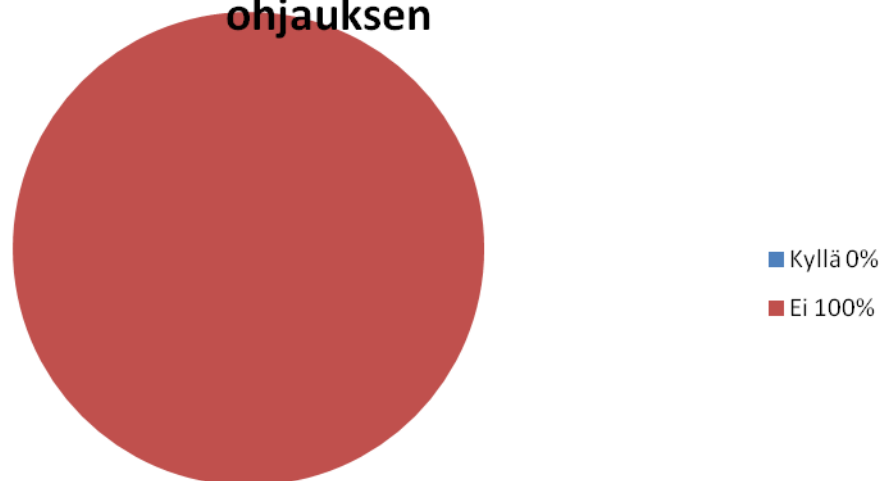
Onko tupakoinnin ohjaamisen laatua arvioitu esim. onko potilas ymmärtänyt ohjauksen



KUVIO 26. (n=36)

Yli puolet tupakoinnin ohjauksista oli kirjattu ilman, että näkyi kirjausta ohjaamisen laadusta.

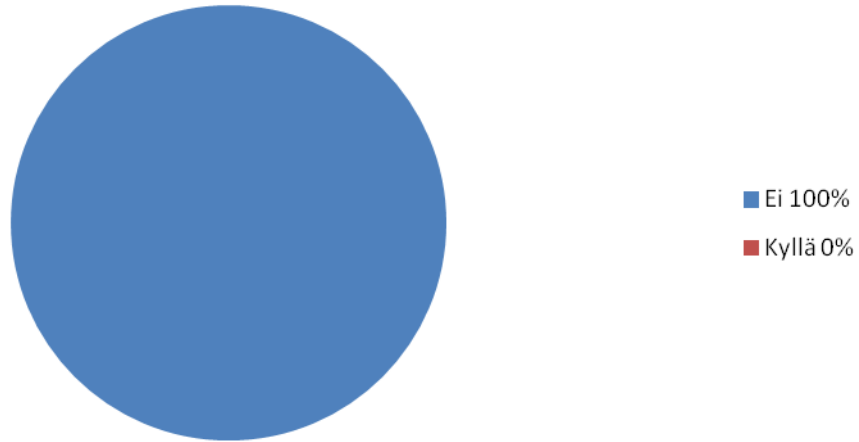
Onko Diabeteksen ohjaamisen laatua arvioitu esim. onko potilas ymmärtänyt ohjauksen



KUVIO 27. (n=5)

Missään diabeteksen ohjauksessa ei ollut arvioitu laatua.

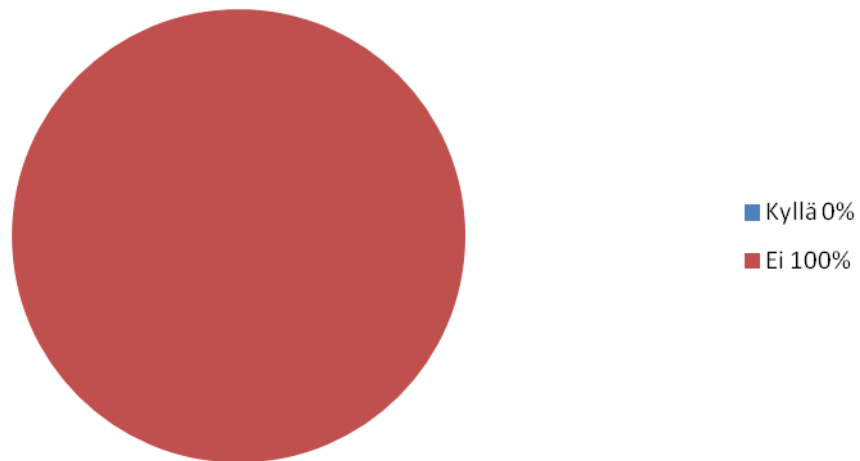
**Onko ylipaino ohjaamisen laatua arvioitu
esim. Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen**



KUVIO 28. (n=5)

Yhdessäkin ylipaino ohjauksen kirjauksessa ei ollut arvioitu ohjauksen laatua.

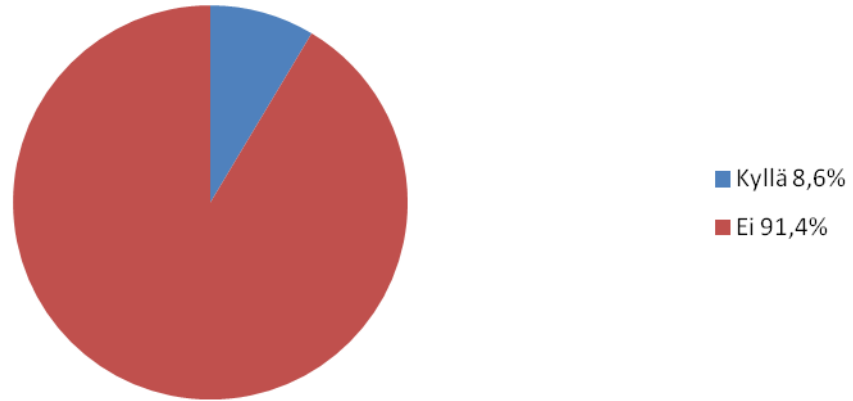
**Onko ohjaamisen laatua alkoholista arvioitu
esim. Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen**



KUVIO 29. (n=7).

Missään alkoholin ohjauksen kirjauksessa ei ollut arvioitu ohjaamisen laatua.

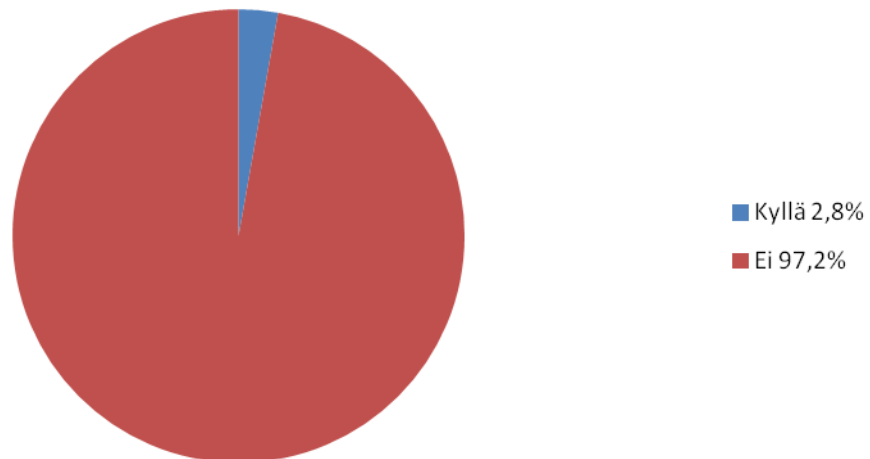
Onko ohjaamisen laatua lääkehoidossa arvioitu esim. Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen



KUVIO 30. (n=35)

Yli 90 %:ssa kirjauksissa ei oltu arvioitu ohjaamisen laatua.

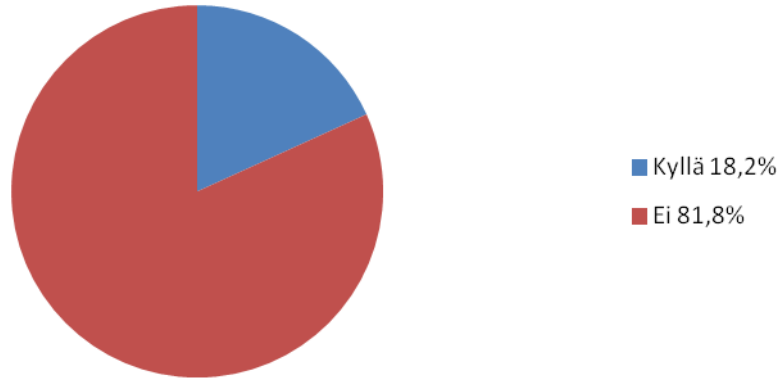
Onko ohjaamisen laatua arvioitu liikunnassa esim. Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen



KUVIO 31. (n=72)

Vain pienessä osassa kirjauksia oli arvioitu ohjaamisen laatua

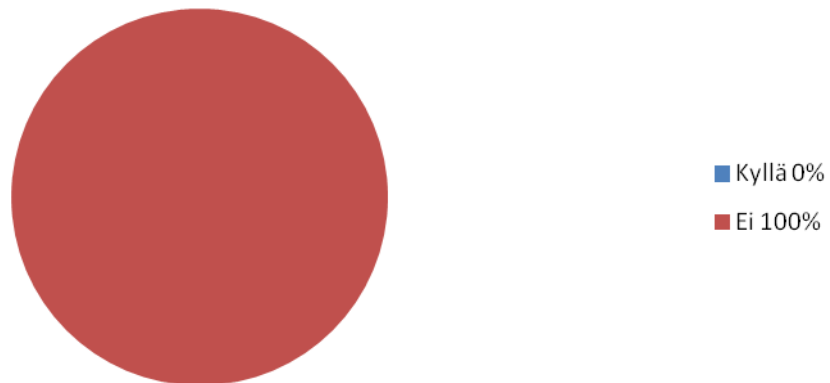
Onko ohjaamisen kirjaamisen laatua ruokavaliossa arvioitu esim. Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen



KUVIO 32. (n=22)

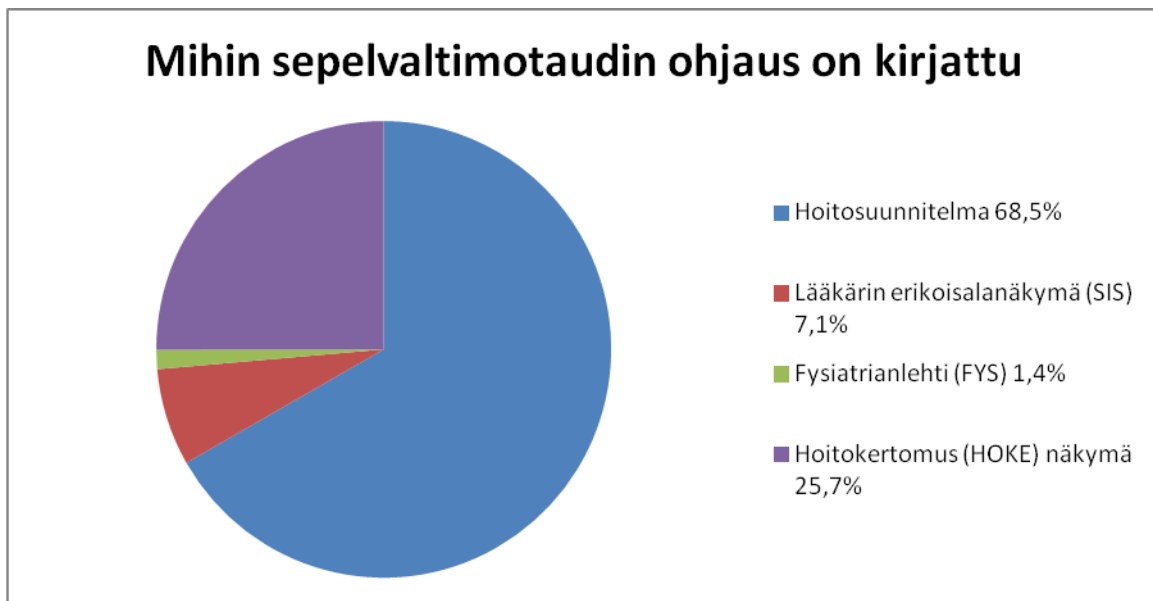
Suurin osa ohjauksen kirjaamisista ruokavaliossa oli kirjattu ilman, että oli arvioitu ohjaamisen laatua.

Onko seksuaalisuuden ohjaamisen laatua arvioitu esim. Onko potilas ymmärtänyt ohjauksen



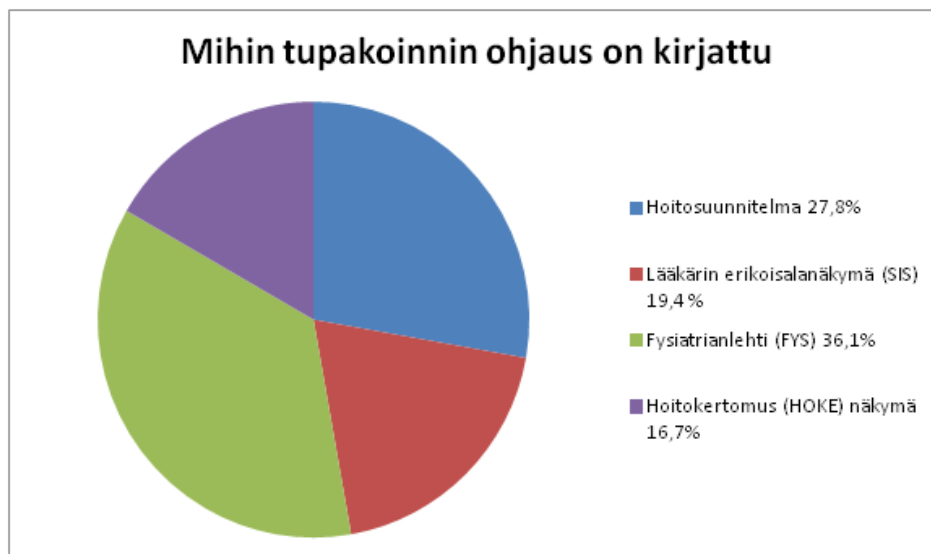
KUVIO 33. (n=6).

Missään seksuaalisuuden ohjauksen kirjaamisessa ei ollut arvioitu laatua.



KUVIO 34. (n=70)

Hoitosuunnitelmaan oli ohjauksia kirjattu eniten. 9:n potilaan kohdalla oli hoitosuunnitelmaan ohjausta kirjattu usean eri henkilön taholta.



KUVIO 35. (n=36)

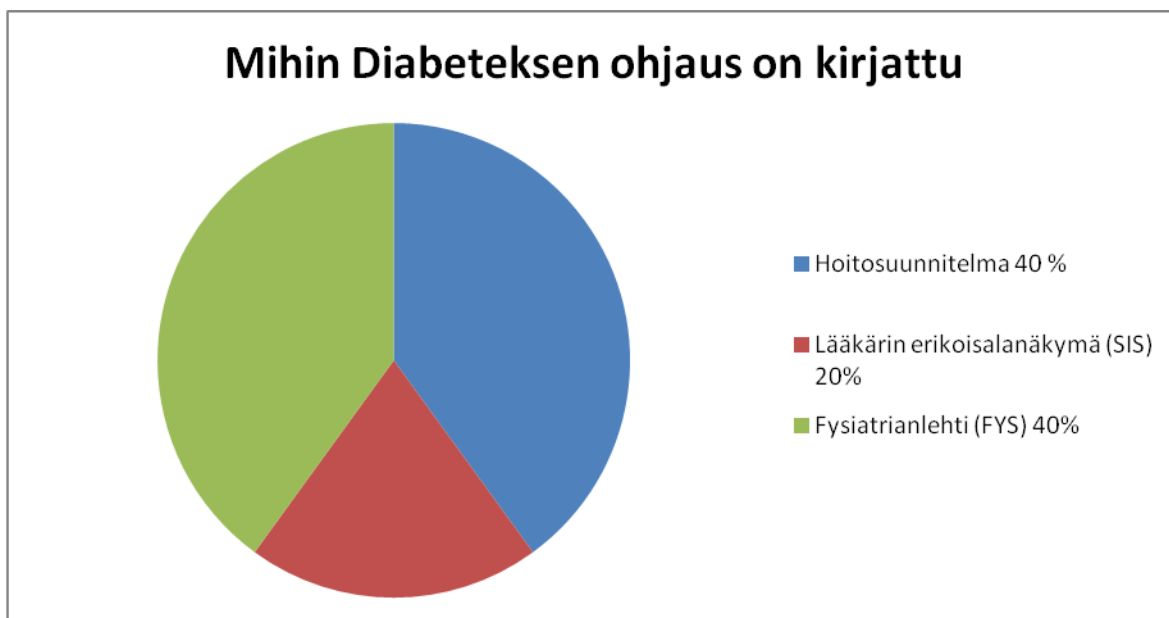
Fysiatrianlehdelle oli kirjattu suurin osa tupakoinnin ohjauksista.



KUVIO 36. (n=1)

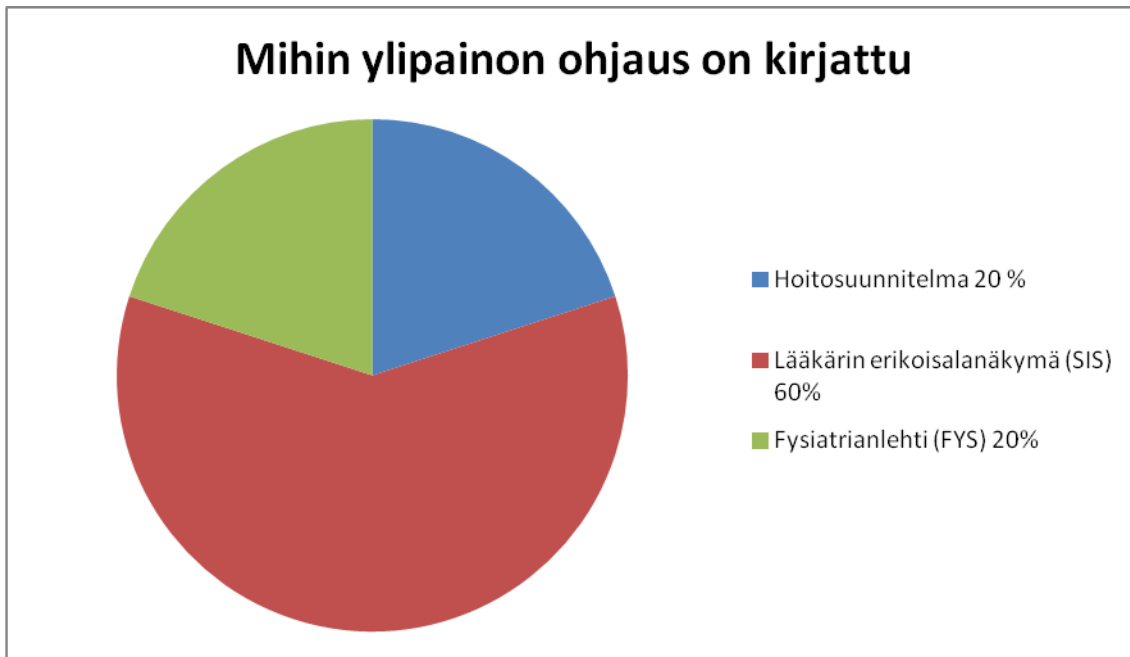
Ainut stressin ohjauksen kirjaus oli kirjattu hoitokertomukselle.

Yhdessä ainoassa kirjauksessa oli arvioitu ohjaamisen laatua. Laadultaan kirjaus oli kohtalaista.



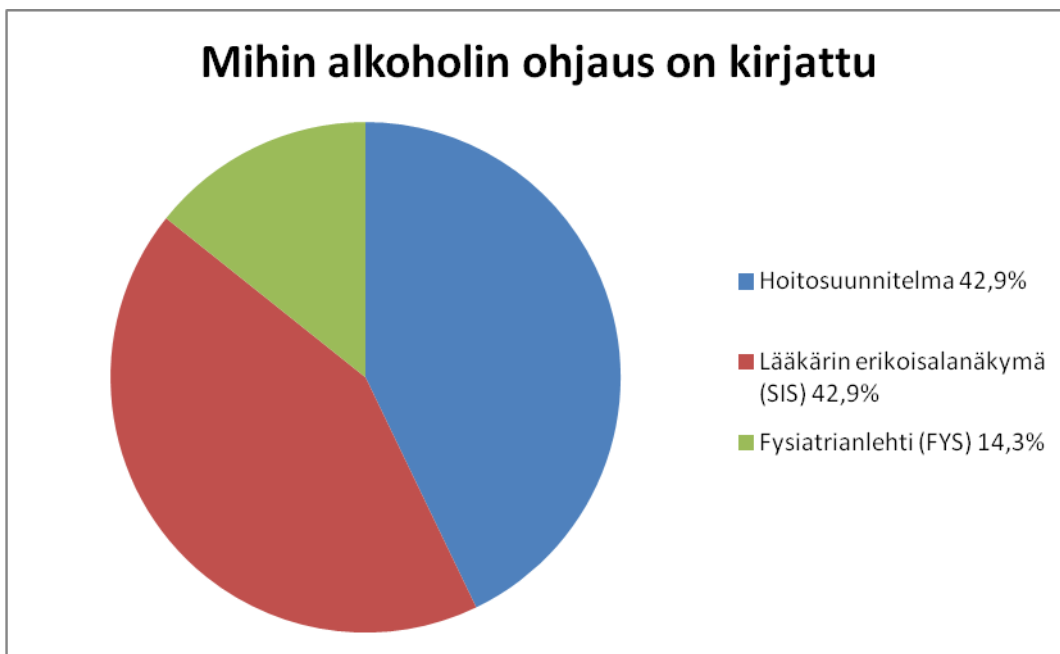
KUVIO 37. (n=5)

Yhdelle potilaalle oli ohjausta diabeteksestä kirjattu neljä kertaa. Pääosin kirjaaminen diabeteksestä jakaantui hoitosuunnitelmalle ja fysiatrianlehdelle.



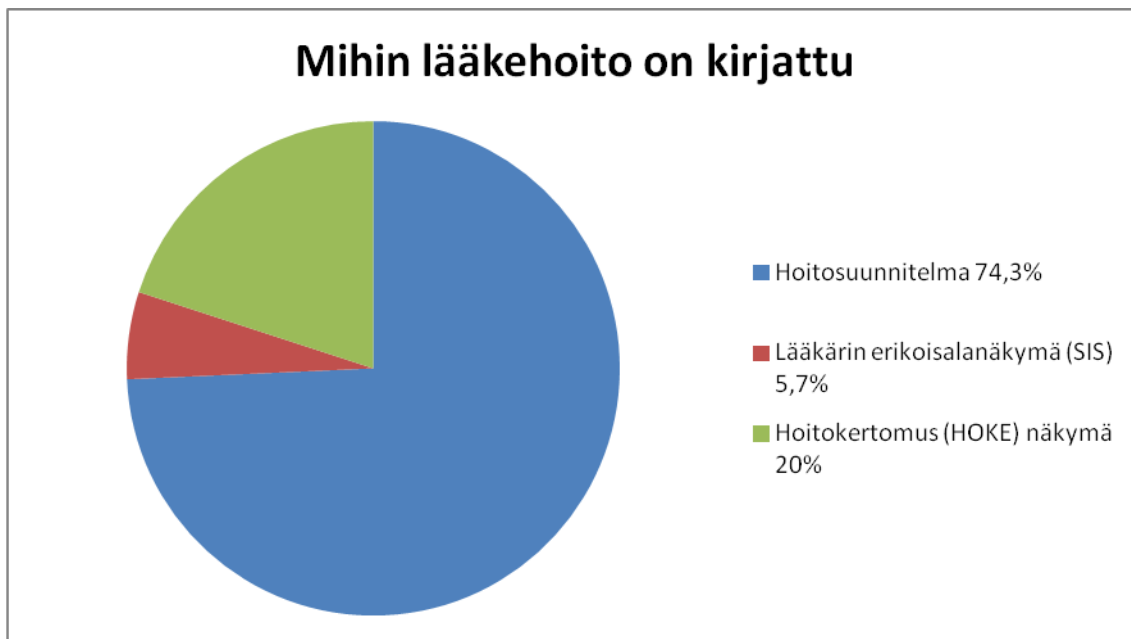
KUVIO 38. (n=5)

Ylipainon ohjaus oli pääosin kirjattu lääkärin erikoisalanäkymälle. Yhdelle potilaalle oli ylipainon ohjaus kirjattu kaksi kertaa eri työntekijän toimesta.



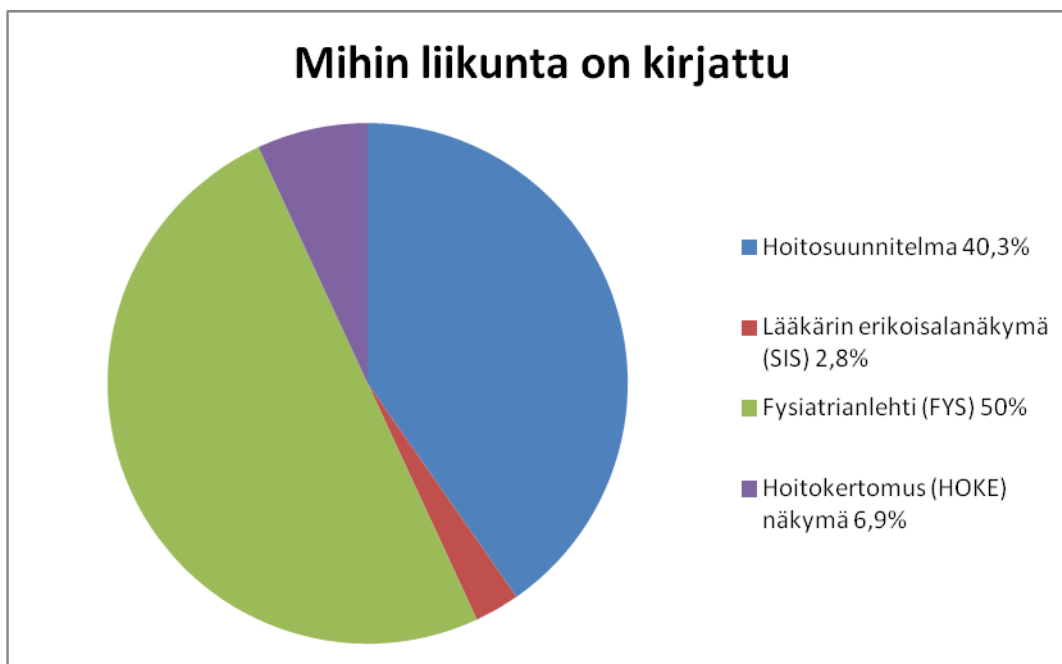
KUVIO 39. (n=7)

Pääosin alkoholin ohjauksesta oli kirjattu hoitosuunnitelmalle ja lääkärin erikoisalanäkymälle.



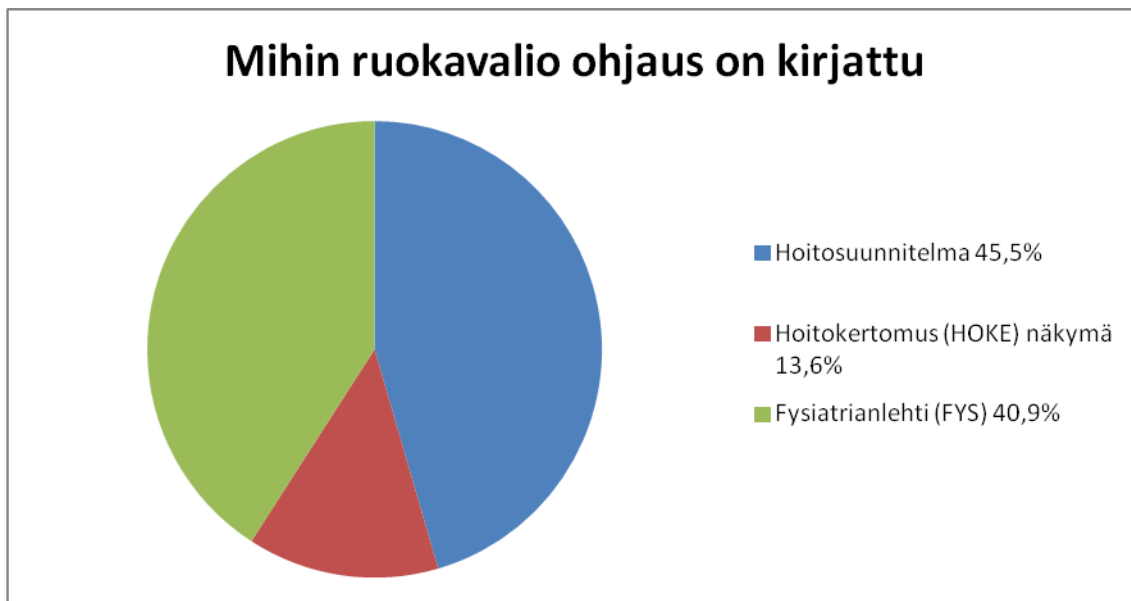
KUVIO 40. (n=35)

Hoitosuunnitelmalta löytyi suurin osa lääkehoidon ohjauksen kirjauksista



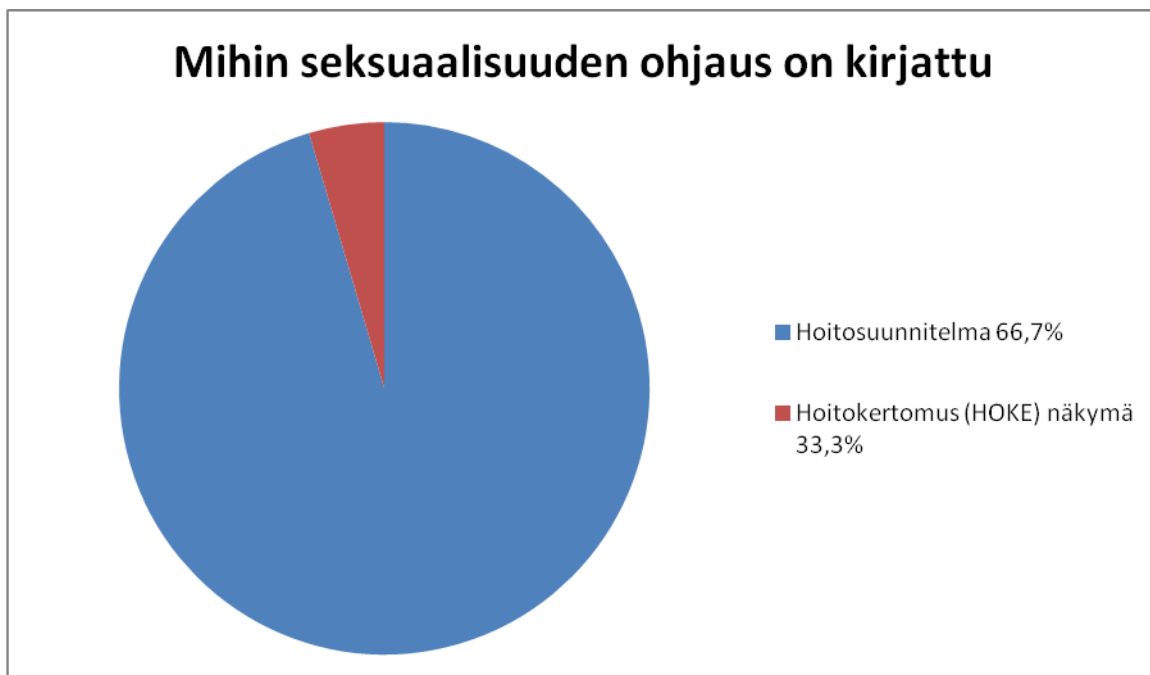
KUVIO 41. (n=72)

Kirjauksen liikunnasta jakaantuivat pääosin hoitosuunnitelmalle ja fysiatrianlehdelle



KUVIO 42. (n=22)

Pääosin ruokavalio oli kirjattu hoitosuunnitelmalle.



KUVIO 43. (n=6)

Pääosin seksuaalisuuden ohjaus on kirjattu hoitosuunnitelmalle.