



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

TARU JOUTSA-HUUTOLA
TIINA NURMELA

C-hepatiittitartunnan saaneen hoito Uudenkaupungin terveyskeskuksen mielenterveys- ja päihdeyksikössä

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TUTKINTO-OHJELMA
YLEMPI AMK
2021

<p>Tekijät Joutsa-Huutola, Taru Nurmela, Tiina</p>	<p>Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK</p>	<p>Päivämäärä toukokuu 2021</p>
	<p>Sivumäärä 50</p>	<p>Julkaisun kieli suomi</p>
<p>Julkaisun nimi C-hepatiittitartunnan saaneen hoito Uudenkaupungin terveyskeskuksen mielenterveys- ja päihdeyksikössä</p>		
<p>Tutkinto-ohjelma Terveyden edistäminen, ylempi AMK</p>		
<p>Hepatiitti C on viruksen aiheuttama maksasairaus. Hepatiitti C voi johtaa maksakirroosiin ja maksasyövän syntyyn. Suomessa C-hepatiittitartunnan saaneita on noin 0,4 % väestöstä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitosuosituksen mukaan kaikki C-hepatiittitartunnan saaneet tulee hoitaa perusterveydenhuollossa, ellei hoidolle ole vasta-aiheita. WHO:n maailmanlaajuisena tavoitteena on eliminoida C-hepatiitti maailmasta vuoteen 2030 mennessä.</p> <p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli implementoida toimintamalli C-hepatiitin hoitoon Uudenkaupungin terveyskeskuksen mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Tavoitteena oli kehittää yksikön toimintaa C-hepatiitin hoidon osalta aiempaa asiakaslähtöisemmäksi. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajat sekä hoidon jo lääkärijohteisesti saaneet asiakkaat. Aineiston keruun menetelminä käytettiin ryhmä- ja yksilöhaastattelua, koulutusta sekä työkonferensseja. Ennen koulutusta kehittämistyössä selvitettiin ryhmähaastattelulla hoitajien ammatillista osaamista C-hepatiitin hoidosta.</p> <p>Hoitajille järjestettiin koulutus ryhmähaastattelusta saatujen tulosten perusteella. Koulutuksesta vastasi HUSin C-hepatiitin integraatiohoitaja yhdessä lääkefirman edustajan kanssa. Koulutus oli kertaluontoinen ja kestoltaan kaksi tuntia. Koulutuksen keskeisenä sisältönä oli hoitajan rooli C-hepatiitin hoidossa sekä lääkehoito.</p> <p>Tämän kehittämistyön tuloksena syntyi uuden hoitosuosituksen mukainen toimintamalli Uudenkaupungin mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Toimintamallin mukaan yksikössä toteutetaan jatkossa C-hepatiitin hoidot, ellei hoidolle ole vasta-aiheita. Hoidon aloituksista vastaa lääkäri yhteistyössä C-hepatiittihoitajan kanssa.</p> <p>Tämän kehittämistyön johtopäätöksenä voitiin todeta, että C-hepatiitin hoidon siirtäminen perusterveydenhuoltoon onnistuu melko helposti, koska hoitajilla on jo entuudestaan osaamista asiakasohjauksen sekä lääkehoidon toteutuksesta. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon.</p>		
<p><u>Asiasanat</u> hepatiitti C, perusterveydenhuolto, lääkehoito, asiakasohjaus, toimintamalli</p>		

<p>Authors Joutsa-Huutola, Taru Nurmela, Tiina</p>	<p>Type of Publication Master's thesis</p>	<p>Date May 2021</p>
	<p>Number of pages 50</p>	<p>Language of publication: Finnish</p>
<p>Title of publication Treatment for Hepatitis C infection at the Mental Health and Substance Abuse Unit in Uusikaupunki Health Center</p>		
<p>Degree program Healthcare Promotion, Master`s Degree</p>		
<p>Hepatitis C is a viral liver disease. Hepatitis C can lead to liver cirrhosis and liver cancer. In Finland, about 0.4 % of the population has the hepatitis C infection. According to the new treatment recommendation by the THL (National Institute for Health and Welfare), all hepatitis C infected people should be treated in the primary health care system, unless there are contraindications to the treatment. World Health Organization Global goal is to eliminate hepatitis C from the world by 2030.</p> <p>The purpose of this development work was to implement an operating model for the treatment of hepatitis C at the Mental Health and Substance Abuse Unit in Uusikaupunki Health Center. The aim was to direct unit's Hepatitis C treatment to a more customer-oriented approach. The target group of the study were the nurses of the mental health and substance abuse unit and the clients who had already received treatment under medical guidance. Group and individual interviews, training and work conferences were used as methods of data collection. Prior to the training in the development work, the professional competence of the nurses in the treatment of hepatitis C was determined in a group interview.</p> <p>Training was provided for nurses based on the results of the group interview. It was given by HUS's hepatitis C integration nurse together with a representative of a pharmaceutical company. The training was organized once for two hours. The main content of the training was the role of a nurse in the treatment of hepatitis C and drug treatment.</p> <p>As a result of this development work, an operating model was designed for Uusikaupunki Mental Health and Substance Abuse Unit in accordance with the new treatment recommendations. According to the operating model, treatments for hepatitis C will be carried out in the unit in the future, unless there are contraindications to the treatment. Decision on treatment is the responsibility of a doctor in co-operation with a Hepatitis C nurse.</p> <p>In conclusion, the transfer of hepatitis C treatment to primary health care is quite easy, because nurses already have expertise in guiding clients and medication. The study also demonstrated that the clients involved in the study were very satisfied with the treatment they received.</p>		
<p><u>Key words</u> hepatitis C, primary care, medication, client counseling, operating model</p>		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Kehittämistyön taustaa	7
2.2 Kohdeorganisaation kuvaus	8
3 KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTINEN TAUSTA.....	9
3.1 Hepatiitti C sairautena.....	9
3.2 C-hepatiitin ehkäisy	10
3.3 C-hepatiitin lääkehoito	11
3.4 C-hepatiittitartunnan saaneen ohjaus ja tuki	12
4 KATSAUS AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN	16
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	19
6.1 Kehittämistyön menetelmät	19
6.2 Aineiston keruu	21
6.2.1 Ryhmä- ja yksilöhaastattelu.....	21
6.2.2 Työkonferenssit	23
6.3 Aineiston analysointi.....	25
7 TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1.1 Hoitajien ammatillinen osaaminen C-hepatiitin hoidossa ja ehkäisyssä ennen koulutukseen osallistumista (Aineisto 1).....	27
7.1.2 Hoitajien aikaisemmat tiedot uudesta C-hepatiitin hoitosuosituksesta ..	27
7.1.3 Hoitajien tiedot uusista C-hepatiitin lääkehoidoista	28
7.1.4 C-hepatiitin tartuntatavat ja ehkäisy	29
7.1.5 Hoitajien mielipiteitä C-hepatiittihoidon aloittamisesta yksikössä	30
7.1.6 C-hepatiittihoidon kohderyhmä	31
7.1.7 Hoitajien kokema koulutuksen tarve C-hepatiitin hoidosta.....	32
7.2 Asiakkaiden kokemukset C-hepatiittihoidosta (Aineisto 2)	32
7.2.1 Asiakkaiden kokemuksia C-hepatiittihoidosta	32
7.2.2 Positiiviset kokemukset C-hepatiittihoidosta	33
7.2.3 Mahdolliset haasteet C-hepatiittihoidossa	33
7.3 Työkonferenssit.....	34
7.3.1 Ensimmäinen työkonferenssi.....	34
7.3.2 Toinen työkonferenssi	36
7.4 Koulutus	37
7.5 Toimintamalli.....	37

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	39
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	39
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	42
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	44
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua tutkimuskysymysten mukaan.....	44
9.2 Tulosten tarkastelua suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin.....	46
9.3 Johtopäätökset C-hepatiitin hoidon implementoinnista	46
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hepatiitti C on hepatiitti C-viruksen aiheuttama maksasairaus: virus voi aiheuttaa sekä kroonisen että akuutin hepatiitin. Sairauden vaikeusaste saattaa vaihdella muutaman viikon kestävästä lievästä sairaudesta vakavaan elinikäiseen sairauteen. Hepatiitti C voi johtaa maksakirroosiin ja on suuri syy maksasyövän syntyyn. (World Health Organization, 2020a; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 5.) Suomen väestöstä C-hepatiitti-tartunnan saaneita on noin 0,4 % eli noin 22 000 henkilöä. Huumeita suosivasta väestöstä heistä on noin 14000. (Lumio, 2019.) Vuonna 2019 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisterin mukaan Suomessa todettiin 1191 uutta C-hepatiittitartuntaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitosuosituksen mukaisesti perusterveydenhuollossa tulee hoitaa jatkossa kaikki C-hepatiittitartunnan saaneet, joilla ei ole vasta-aihetta hoidolle. Vasta-aiheita hoidolle ovat muun muassa raskaus, imetys, potilaan ennustetta merkittävästi heikentävä yleissairaus ja allergiat lääkkeen ainesosille (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 10.) Lääkäri arvioi tehtyjen laboratorio- ja ylävatsan ultraäänitutkimusten perusteella, onko hoito mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaat, joilla epäillään esimerkiksi edennyttä maksavauriota tai kirroosia tai jos aikaisempi C-hepatiittihoito on epäonnistunut (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 11).

Uudenkaupungin terveystieteiden keskuksen mielenterveys- ja päihdeyksikkö on matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja tuottava yksikkö. Hoitoon voi hakeutua ilman lähetettä tai eri yhteistyötahojen kautta. Yksikössä toteutetaan opiaattikorvaushoitoa ja yksikössä on myös neulojen ja ruiskujen vaihtopiste. Tähän asti C-hepatiitin hoito on toteutettu erikoissairaanhoidossa Turussa. Hoitoon ohjautuminen ei ole ollut systemaattista ja aktiivinen päihdeongelma on osittain nähty esteeksi hoidolle. Nyt uuden hoitosuosituksen mukaisesti hoidot ovat siirtymässä Uudessakaupungissa perusterveydenhuoltoon talven 2020–2021 aikana. Yksikössä toteutetaan ajankohtaisesti

yksittäisiä C-hepatiitin hoitoja lääkärin toimesta ja näissä mukana ovat vastuuhoidtajina tämän kehittämistyön tekijät.

Tämä opinnäytetyönä tehtävä kehittämistyö toteutetaan terveyden edistämisen näkökulmasta. Terveydenhuoltolain (2010) tarkoituksena on muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä. Terveyden edistäminen on määritelty laajana toimintana, joka kohdistuu yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöihin ja tavoitteena on terveyden edistäminen monipuolisin keinoin. Terveyden edistäminen on muun muassa sairauksien ehkäisemistä sekä terveyden lisäämistä esimerkiksi jakamalla tietoa terveellisistä elämäntavoista. C-hepatiittitartuntoja hoitamalla ehkäistään maksakirroosien ja -syöpien syntymistä. Antamalla tietoa C-hepatiitin tartuntatavoista ja ehkäisykeinoista voidaan välttää uudet tartunnat.

Kehittämistyön tarkoituksena on implementoida toimintamalli C-hepatiitin hoitoon perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Tavoitteena on kehittää yksikön toimintaa C-hepatiitin hoidon osalta aiempaa asiakaslähtöisemmäksi. ”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2 luku 3 mom.).

2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämistyön taustaa

Vuonna 2016 Maailman terveyskokouksessa (World Health Assembly) hyväksyttiin ensimmäinen maailmanlaajuinen virushepatiittia koskeva strategia, joka korostaa perusterveydenhuollon kattavaa roolia C-hepatiitin hoidossa. WHO on asettanut tavoitteeksi poistaa C-hepatiitti maailmasta merkittävänä kansanterveysongelmana vuoteen 2030 mennessä. (World Health Organization, 2020a.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen johtaman kansallisen hiv- ja hepatiittiasiantuntijatyöryhmän alaisuudessa toimineen C-hepatiittityöryhmän toimesta on laadittu Suomeen valtakunnallinen hoitopolkusuositus. Hoitosuositus on koettu tarpeelliseksi, koska hoidettavien määrä kasvaa ja hoidot ovat yksinkertaistuneet. Hoitosuosituksen mukaisesti jatkossa perusterveydenhuollossa hoidetaan kaikki C-hepatiittitartunnan saaneet, joilla ei ole kirroosia, tai muita vasta-aiheita hoidolle, ja joiden hoitomyöntyvyys on arvioitu riittäväksi hoidon läpikäymiseen. Jos asiakkaalla on aktiivinen päihdeongelma, hoito tulee toteuttaa päihdeyksikössä tai muussa vastaavassa valmiudet omaavassa yksikössä. Mikäli päihdeyksikköä ei ole, hoito tulee toteuttaa omalla terveysasemalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 11.)

C-hepatiitille ei ole laadittu Käypä hoito -suositusta. Simojoen (2018) laatiman Käypä hoito näytönastekatsauksen mukaan C-hepatiitin hoidosta saadut tulokset ovat samansuuntaiset huumeita käyttämättömillä ihmisillä, kuin opiaattikorvaushoidossa olevilla huumeidenkäyttäjillä. Opiaattikorvaushoito tai huumeiden käyttö C-hepatiittihoidon aikana ei vaikuta hoitoon sitoutumiseen, hoitotuloksiin tai turvallisuuteen. Näin ollen C-hepatiitin hoito voidaan yhdistää osaksi korvaushoitoa.

2.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Uudenkaupungin terveystieteiden mielen- ja päihdeyksikkö on matalan kynnyksen mielen- ja päihdepalveluja tuottava yksikkö. Hoitoon voi hakeutua ilman lähetettä tai eri yhteistyötahojen kautta. Yksikössä toteutetaan opiaattikorvaushoitoa ja yksikössä on myös neulojen ja ruiskujen vaihtopiste. Tähän asti C-hepatiitin hoito on toteutettu erikoissairaanhoidossa Turussa. Hoitoon ohjautuminen ei ole ollut systemaattista ja aktiivinen päihdeongelma on osittain nähty esteeksi hoidolle. Nyt hoitosuosituksen mukaisesti hoidot ovat siirtymässä perusterveydenhuoltoon talven 2020–2021 aikana. Hoito tulee järjestää kaikille, joilla ei ole vasta-aihetta hoidolle. Arvion siitä voiko asiakkaan hoitaa perusterveydenhuollossa tekee C-hepatiitin hoitoon perehtynyt lääkäri.

Mielen- ja päihdeyksikön C-hepatiittitartunnan saaneilla asiakkailla on usein taustalla päihdeongelma. Osalla päihdeiden käyttö voi olla edelleen aktiivista ja osa on

ollut jo pitkään raittiina. Hoitajan rooliin kuuluu oleellisesti päihteettömyyteen tukeminen esimerkiksi säännölliset tukikeskustelut, alkoholinkäyttöä kuvaavat laboratoriotestit ja päihdeseulat. Tarvittaessa asiakas ohjataan vieroitushoitoon. Mikäli asiakas on opiaattikorvaushoidossa hän saa hoitoonsa kuuluvan lääkityksen ja psykososiaalisen tuen C-hepatiitin hoidon yhteydessä. Myös arviot opiaattikorvaushoidon tarpeesta ja hoidon aloitukset toteutetaan yksikössä. Hoitajan tehtävänä on myös ohjata asiakas tarvittaessa muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin.

3 KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTINEN TAUSTA

3.1 Hepatiitti C sairautena

Hepatiitti C on hepatiitti C-viruksen aiheuttama maksasairaus: virus voi aiheuttaa sekä akuutin, että kroonisen hepatiitin. Hepatiitin vaikeusaste saattaa vaihdella muutaman viikon kestävästä lievästä sairaudesta vakavaan elinikäiseen sairauteen. Hepatiitti C voi johtaa maksakirroosiin ja on suuri syy maksasyövän syntyyn. (World Health Organization, 2020a; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 5.)

Hoidon tavoitteena C-hepatiittitartunnan saaneelle asiakkaalle ovat maksan vajaatoiminnan, kirroosin ja maksasolusyövän sekä maksan ulkoisten tauti-ilmentymien ehkäisy, joilla vähennettäisiin C-hepatiitin aiheuttamia kuolemia (Suomen C-hepatiitti-strategia 2017–2019, s. 18). Infektioon liittyvän sairastuvuuden ja kuolemien vähentämiseksi C-hepatiitin hoito tulee tapahtua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. C-hepatiitti-infektio lisää riskiä sairastua esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksiin, munuaissairauksiin sekä tyypin 2 diabetekseen. Potilaan psyykkistä kuormitusta lisää stigma, joka liittyy C-hepatiittitartuntaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 5.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n suosituksen mukaisesti hoitoarvio tulee nykyään tehdä jokaiselle C-hepatiittitartunnan saaneelle. Suomessa on aiemmin pidetty vasta-aiheina C-hepatiittihoidolle muun muassa runsasta alkoholinkäyttöä ja suonensisäisten

huumeidenkäyttöä. Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon asiakkaan maksasairauden vaikeusaste, hoitomyöntyvyys sekä muut sairaudet. (Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019, s. 18.) Mikäli potilas pystyy arvioinnin perusteella sitoutumaan säännölliseen, 8–12 viikkoa kestäväan suun kautta otettavaan lääkitykseen, katsotaan hoitomyöntyvyys sekä hoitoon sitoutuminen riittäväksi (Lappalainen, Färkkilä & Rautiainen, 2020). Jos hoitoon tarvittavat kriteerit täyttyvät ja potilas kykenee sitoutumaan hoitoon, voidaan aloittaa C-hepatiitin hoito ja siihen liittyvät tukitoimet. Tukitoimilla varmistetaan hoidon onnistuminen (Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019, s. 19).

3.2 C-hepatiitin ehkäisy

C-hepatiitti-infektioiden ennaltaehkäisyn kannalta on keskeistä lisätä tietoisuutta tartuntatavoista ja infektion aiheuttamista riskeistä. Tietoa tarvitsevat etenkin pistämällä huumeita käyttävät mukaan lukien vangit, heidän kanssaan työskentelevät ja terveydenhuollon ja sosiaalialan henkilöstö. Osana koulujen terveyskasvatusta tulee lisätä myös nuorten tietoisuutta C-hepatiitista ja siltä suojautumisesta. Uusia tartuntoja voidaan vähentää kasvattamalla opiaattikorvaushoidon saatavuutta ja tehostamalla testausta sekä hoitoon pääsyä, sekä myös tarjoamalla pistämällä huumeita käyttäville mahdollisuutta pistovälineiden vaihtamiseen. Jotta jo hoidetut välttyvät uusilta tartunnoilta, on tehokas ennaltaehkäisy välttämätöntä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a, s. 8.)

Hepatiitti C tarttuu herkästi veren välityksellä, kuten esimerkiksi pistovälineiden yhteiskäytössä. Harvinaisia tartuntatapoja ovat seksitartunnat sekä synnytyksessä äidistä lapseen tapahtuvat tartunnat. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2019b.)

Hepatiitti C:tä vastaan ei ole rokotetta. Tartuntoja voidaan ehkäistä välttämällä verialtistusta. Tärkeää on puhtaiden välineiden käyttö huumaus- ja dopingaineiden käytössä ja valmistuksessa. Puhtaat pistovälineet on huomioitava myös lävistyksiä, tatuointeja, ja akupunktiohoitoa tehdessä. Myös kondomin ja vesi- tai silikonipohjaisen liukuvoiteen käyttö etenkin anaaliseksiä on tartunnan ehkäisyn kannalta tärkeää. Tartuntariski arkielämässä on hyvin vähäinen. Tartuntaa ei voi saada kättelystä, suutelusta, haalamisesta eikä astioiden, juoman tai ruuan välityksellä. Hammasharjat ja partakoneet

on hyvä kuitenkin pitää henkilökohtaisina. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019b.)

3.3 C-hepatiitin lääkehoito

Hepatiitti C on RNA-virus, joka pystyy muuttamaan itseään. Viruksen muuntautumiskyvyn vuoksi kehon immuunijärjestelmän on vaikea paikallistaa ja tuhota sitä. Hepatiitti C -viruksesta on olemassa eri muotoja, joita nimitetään genotyypeiksi. C-hepatiittiviruksesta on olemassa seitsemän eri genotyyppiä ja niiden alagenotyyppejä. Suomessa yleisimmin esiintyvät ovat genotyypit 2 tai 3 (60 %). Genotyypin 1 (25 %) osuus on Suomessa selvästi muusta Euroopasta ja Yhdysvalloista poikkeava, koska siellä genotyyppi 1 on hallitseva. (Färkkilä, 2014, s. 1813–1822.) Hepatiitti C:n voi aiheuttaa samanaikaisesti yksi tai useampi genotyyppi. Voidakseen lisääntyä virus tarvitsee erilaisia proteiineja. Niitä ovat muun muassa NS5A ja NS5B. Näiden kahden proteiinin estäminen lääkkeiden avulla edistää hepatiitti C -infektion häviämistä kehosta pysyvästi. (Lääkeinfo, 2020.)

Uudet C-hepatiitin hoitoon kehitetyt virusspesifiset lääkkeet ovat paremmin siedettyjä kuin perinteinen lääkehoito. Ne soveltuvat suurimmalle osalle potilaista. Virusspesifiset lääkkeet on kohdennettu hepatiitti C -viruksen proteiineja ja entsyymejä vastaan. (Lappalainen, Färkkilä & Rautiainen 2020; Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019, s. 19.) C-hepatiittia hoidettiin aiemmin interferonihoidolla, johon liittyi voimakkaita haittavaikutuksia muun muassa flunssan kaltaisia oireita, anemiaa ja masennusta. Interferonihoidon saaneista potilaista 20–50 % ei saanut pysyvää vastetta hoidosta. (Ahola, & Kaukinen 2012, s. 1911). Asiakas sai injektion sairaalassa kerran viikossa ja interferoni vahvisti elimistön yleistä puolustusta. Hoitoon kuului myös suun kautta otettava tablettilääkitys ja säännölliset verikokeet. (A-klinikkasäätiö, 2020.)

Perusterveydenhuoltoon on saatu vuoden 2020 aikana kolme uutta pangenotyyppistä eli kaikkiin alatyyppeihin tehoavaa lääkeyhdistelmää ja ne on kilpailutettu kaikissa sairaanhoitopiireissä. Hoito voidaan tarjota kaikille C-hepatiittitartunnan saaneille maksavaurion vaikeusasteesta riippumatta, koska lääkkeiden hinnat ovat

laskeneet. (Lappalainen, Färkkilä & Rautiainen 2020). Hoito on kertaluonteinen ja infektion uusiutuminen on erittäin epätodennäköistä, mikäli potilaan riskikäyttäytyminen loppuu. (Färkkilä, 2018, s. 1655). Hoito onnistuu yli 90 % potilaista (Lumio, 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020).

Esimerkkeinä uusista lääkeyhdistelmistä ovat kauppanimiltään Epclusa ja Maviret, jotka tehoavat kaikkiin genotyypeihin. Epclusa on lääkevalmiste, jonka vaikuttavia aineita ovat sofosbuviri ja velpatasviiri. Ne toimivat yhdessä ja estävät NS5A- ja NS5B-proteiineja. Sofosbuviri estää proteiinin NS5B ja velpatasviiri proteiinin NS5A. Epclusa-valmisteen yleisimpiä haittavaikutuksia ovat päänsärky, väsymys ja pahoinvointi. Maviretin vaikuttavat aineet ovat glekapreviiri ja piprentasviiri, jotka estävät hepatiitti C –viruksen tarvitsemia proteiineja lisääntymästä ja tartuttamasta uusia soluja. Maviret-valmisteen mahdollisia haittavaikutuksia ovat päänsärky, väsymys, pahoinvointi ja ripuli. (Lääkeinfo, 2020.)

Keskeinen osa C-hepatiitin hoitoa on lääkehoito (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019b, s. 10). Hoitajan tehtävänä on ohjata asiakasta lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Aluksi on hyvä selvittää, mitä asiakas tietää lääkkeestään ja mistä hän haluaa lisätietoa. Asiakkaan tulee tietää lääkkeen käyttötarkoitus ja -tapa sekä millaisia haittavaikutuksia tai yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa voi olla. Asiakkaalle kerrotaan myös mihin voi ottaa yhteyttä, jos tulee jotain kysyttävää lääkitykseensä liittyen. Asiakkaalle annetaan aikaa kysymysten esittämiseen ja suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallinen ohje auttaa muistamaan lääkehoidon keskeiset asiat. Hoitajan antama ohjaus on keskeistä lääkehoidon onnistumisessa. (Rautava-Nurmi ym. 2020, s. 169.)

3.4 C-hepatiittitartunnan saaneen ohjaus ja tuki

Hoitotyö on hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista, jolla pyritään edistämään toisen ihmisen hyvää. Toimintaan liittyy eettinen ulottuvuus: hoitotyön etiikka, joka tarkastelee hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää, ammatillisen hoitotyön osana. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s.23.) Ihmiskeskeinen hoito edellyttää, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa sekä sen, että asiakkaalla on

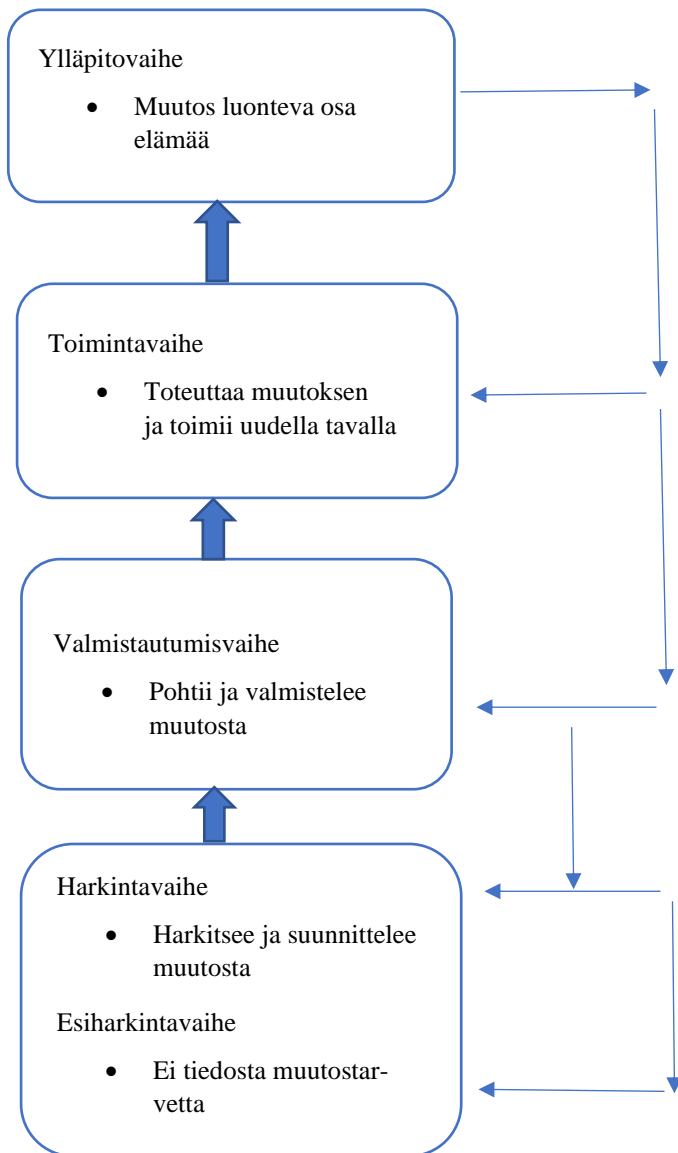
tarvittava tieto ja tuki päätöksentekoon. Hoito on järjestetty sairauksien sijasta ihmisten terveystarpeiden ja -odotusten mukaisesti. (World Health Organization, 2020b.) Ohjaus on olennainen osa hoitotyötä. Hoitajan tulee ohjattaessa kunnioittaa asiakkaan ihmisarvoa, vakaumusta, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. Terveystenhoitolaisten ammattilaiset toimivat terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaisesti. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 11–12.) Hoitotyön etiikka pohtii muun muassa, miten asiakkaan hyvää edistetään, mitkä ovat hänen oikeutensa ja miten ne toteutuvat. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 393). Jotta asiakkaan itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus toteutuvat, asiakkaan tulee saada riittävästi tietoa päätöksensä tueksi. Oikeus hyvään hoitoon sisältää tarvittavan ohjauksen. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 11–12.) Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas ymmärtää saamansa hoidon merkityksen omista lähtökohdistaan. Motivaation ja sitoutumisen kannalta on merkittävää, että asiakas tulee tietoiseksi omista vaikutusmahdollisuuksistaan auttaa itseään. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 19–20.)

Terveyttä edistävä ohjaus on yksi hoitajien keskeisistä tehtävistä. Terveysten edistäminen on klassisen määritelmän mukaan toimintaa, jolla parannetaan ihmisten mahdollisuuksia huolehtia, ei pelkästään omasta, vaan myös ympäristönsä terveydestä. (Sihto & Karvonen, 2016, s. 191.) Usein asiakkaiden elämäntavat ovat vaikeasti muutettavissa, koska asiakkaat voivat olla riippuvaisia omista tavoistaan. Hoitajilla tulee olla hyvät tiedot ja taidot kyetäkseen ohjaamaan ja tukemaan terveisiin elämäntapoihin. Vastuu hoitoon sitoutumisesta on aina asiakkaalla itsellään, mutta hoitajilla on ammatillinen vastuu tukea ja motivoida asiakasta itsensä hoitamisessa. (Rautava-Nurmi ym. 2020, s. 70.) Mikäli hoitajalla ei ole mahdollisuutta tai osaamista paneutua asiakkaansa motivaation vaiheeseen ja asiakkaan taustatekijöihin, on melko varmaa, että vain pieni osa asiakkaista saa terveysneuvonnasta sen hyödyn, johon tähdätään. (Sihto & Karvonen, 2016, s. 135.)

Ohjauksella voidaan tukea asiakasta sopeutumaan esimerkiksi uuteen elämäntilanteeseensa. Tuki voi olla esimerkiksi emotionaalista ja tiedollista tukemista. Saadessaan emotionaalista tukea asiakas tuntee, että hänestä välitetään, häntä arvostetaan ja hyväksytään omana itsenään. Asiakasta rohkaistaan ja kannustetaan kohtaamaan uuden tilanteen esiin nostamat tunteet. Tunteiden ilmaiseminen ja ongelmien käsittely mahdollistuu turvallisessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä. Tukemalla asiakasta

pyritään vahvistamaan hänen omia voimavarojaan. Tiedollinen tuki on tiedon antamista, tilanteen selvittelyä ja päätöksenteossa tukemista. Asiakkaan tiedon tarve korotetaan ja hänelle annetaan ajantasaista ja luotettavaa tietoa. Asiakasta on hyvä ohjata myös hakeutumaan vertaistuen piiriin läheisten tukea unohtamatta. (Eloranta & Virkki, 2011, s. 57–58.)

Hoitoon sitoutumisen mallia on kuvattu erilaisten muutosmallien avulla. Aina prosessi ei etene alla kuvatun kaavion mukaisesti, vaan siirtymistä voi tapahtua myös vaiheesta eteen- tai taaksepäin. Sitoutumisprosessi voidaan mieltää muutoksena, joka alkaa tilanteesta, jossa asiakas ei ole kiinnostunut muutoksesta elämässään ja päättyy luontevaan muutoksen tuomaan toimintaan. Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta tuloksellinen asiakasohjaus edellyttää, että asiakas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana, jonka avulla hän voi tarkastella omaa tilaansa ja toimintaansa. Paras tulos hoidossa saavutetaan, kun hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan arkipäivään sopivaksi. (Kynäs & Hentinen, 2009, s. 26, 62, 81.)



Kuvio 1. Hoitoon sitoutuminen muutoksena (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 63.)

Asiakasohjauksen lähtökohtia ovat asiakaslähtöisyys, ohjattavan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus sekä ohjattavan ja ohjaajan vastuullisuus. Asiakasohjaus on osa hoitotyön ammatillista toimintaa sekä hoitoprosessia. Hoitoon sitoutumista edistävässä asiakasohjauksessa arvioidaan aktiivisesti asioita, jotka vaikuttavat kunkin asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Sitoutuminen on mahdollista, kun asiakas tietää mihin hänen oletetaan sitoutuvan. (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 77, 100.) Peruskysymyksenä

terveyden edistämisen etiikassa on, millä oikeudella terveydenhuollossa voidaan pyrkiä vaikuttamaan ihmisen terveystietoon. Ammattilaisen on osattava perustella terveyttä koskeva tieto riittävän hyvin. Tärkeää on muistaa vastuu asiakkaan kunnioittamisesta, mutta myös siitä, että välittää perusteltua tietoa. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 188.)

Mielenterveys- ja päihdeyksikön C-hepatiitin hoidon uuteen toimintamalliin liitetään olennaisena osana ennen hoidon aloitusta asiakkaalle annettava terveysneuvonta C-hepatiitin tartuntatavoista sekä tartuntojen ehkäisystä. Neuvonnalla pyritään ehkäisemään mahdollisia uusia tartuntoja sekä edistämään asiakkaiden terveyttä. Neuvonta sisällytetään uuteen toimintamalliin hoitajan vastaanottokäynnille. Asiakkaalle annetaan myös A-klinikkasäätiön (2020) julkaisema opaslehtinen ”C-hepatiitti on veressä”. Opaslehtisen tavoitteena on tarjota ajantasaista tietoa C-hepatiitista, sen hoitokäytännöistä sekä terveysneuvonnasta.

4 KATSAUS AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN

Kehittämistyötä edeltävästi tehtiin kirjallisuuskatsaus (LIITE 6) aikaisemmista tutkimuksista liittyen C-hepatiitin hoitoon. Mukaan valikoituneiden tutkimusten tuloksia esitellään seuraavaksi.

Tiittalan (2019, s. 4, 33, 78) väitöskirjatutkimuksessa kuvattiin muun muassa C-hepatiittitartuntojen esiintymistä maahanmuuttajilla Suomessa ja selvittiin, miten ehkäisykeinot toteutuvat. Tutkimuksen kohteena olivat kurdi-, somali- ja venäläistaustaiset maahanmuuttajat. Tutkimuksesta ilmeni, että venäläistaustaisilla maahanmuuttajilla oli eniten C-hepatiittitartuntoja. Tärkeitä seulontojen ja ennaltaehkäisyn kohderyhmiä Suomessa ovat maahanmuuttajat ja turvapaikanhakijat. Terveysneuvonnan ja palveluiden saatavuudessa ilmeni tutkimuksen mukaan esteitä. Puutteita voi olla terveyspalveluiden tuottajien testikapasiteetissa, asiakkaille jaettavissa infomateriaaleissa tai henkilökunnan pätevyydessä. Myös palveluihin hakeutuminen voi olla monimutkaista. Nykyään maahanmuuttajien seulonnat eivät toteudu optimaalisesti.

Väitöstutkimuksen mukaan maahanmuuttajat suhtautuvat myönteisesti testeihin, joten seulontoja tulisi tehostaa sekä tarjota terveysneuvontaa ja hoitoa kaikille maahanmuuttajille. (Joutsa-Huutola & Nurmela, 2020, s. 14.)

Joutsa-Huutolan & Nurmelan (2020, s. 15) kirjallisuuskatsauksen mukaan korvaushoidon yhteydessä tapahtuvaa C-hepatiitin hoitoa on tutkittu pilottitutkimuksella. Häkkisen ym. (2019, s. 1825–1827) tutkimuksen tarkoituksena oli luoda toimintamalli, jossa C-hepatiitin hoito toteutetaan korvaushoitopoliklinikalla. Hoitoon pääsyn vasta-aiheita olivat maksa- tai munuaisvaurio, huono sitoutuminen korvaushoitoon, hallitsematon alkoholinkäyttö, raskaus ja imetys. Päihteiden oheiskäytöllä ei ollut merkitystä hoidettavien valinnassa (n=20). Korvaushoitokäyntejä tiiviimmälle psykososiaaliselle tuelle ei havaittu tarvetta.

Kun pyritään estämään C-hepatiitin leviämistä, hoito tulee ulottaa myös niihin korvaushoitoasiakkaisiin, joilla päihteidenkäyttö on aktiivista ja jotka voivat tartuttaa C-hepatiittia edelleen. Pilottitutkimuksen mukaan asiakkaiden tiedot C-hepatiitista ovat usein vähäisiä, joten hoitamattoman C-hepatiitin tartuntatavoista ja riskeistä tulee antaa tietoa. Terveysneuvonnassa on merkityksellistä korostaa uusien lääkkeiden vähäisiä haittavaikutuksia verraten aiempaan interferonihoitoon. Asiakkaiden neuvonnan tulisi olla oikea-aikaista eli saatavilla silloin, kun he ovat valmiita ottamaan sitä vastaan. Kirjallista infoa aiheesta olisi hyvä tarjota suullisen neuvonnan tueksi. Hoito tulisi järjestää asiakkaille mahdollisimman helpoksi. C-hepatiittilääkkeet jaettaisiin korvaushoitolääkkeiden jaon yhteydessä ja laboratoriokokeet järjestettäisiin samassa yksikössä. (Häkkinen ym., 2019, s. 1825–1827.)

Sillanpää ym. (2014, s. 49–53) ovat katsauksessaan koonneet tietoa Suomen C-hepatiittitapauksista vuosina 1995–2013. Katsaus on ensimmäinen kooste, jossa C-hepatiittitartuntojen saaneiden määrä ja infektioiden heille aiheuttamat seuraukset kartoitetaan. Suomessa C-hepatiittitartuntoja esiintyy suonensisäisten huumeidenkäyttäjillä, jotka kuuluvat korkean riskin ryhmään. Vankien keskuudessa C-hepatiitti on erittäin yleinen. Raskaana olevista äideistä C-hepatiittipositiivisia vuosittain on noin 240–400. C-hepatiittiseulonnat eivät ulotu raskaana oleviin Suomessa. C-hepatiittivasta-aineet on tutkittu verenluovuttajilta vuodesta 1990 lähtien SPR Veripalvelun toimesta. (Joutsa-Huutola & Nurmela, 2020, s.15.)

Joutsa-Huutolan & Nurmela (2020, s. 16) kirjallisuuskatsauksessa esitetään, miten Lasser ym. (2017) kuvasi tutkimusartikkelissaan innovatiivisen ja onnistuneen C-hepatiittihoidon uudistuksen perusterveydenhuollossa. C-hepatiittihoidon laajentamiseksi on oleellista osoittaa, että myös perusterveydenhuollon lääkärit voivat nyt uusien lääkkeiden myötä tarjota C-hepatiitin hoitoa. Yhteenvetona tutkimuksessa todettiin, että uusien lääkkeiden myötä C-hepatiitti on mahdollista hoitaa myös perusterveydenhuollon yksiköissä.

Pilottitutkimuksessaan Preston ym. (2013) tutki C-hepatiittihoidon onnistumista henkilöillä, joilla on päihteiden väärinkäyttöä, psykiatrisia sairauksia ja / tai he ovat asunnottomia. Tässä väestöryhmässä esiintyy runsaasti kroonista hepatiitti C -virusta. Pilottitutkimuksen mukaan noin 80 % potilaista sitoutui hoitoonsa saaden siitä vasteen. Edellä mainitut väestöryhmät suljetaan usein pois C-hepatiitin hoidosta, koska koetaan, että he eivät kykene noudattamaan vaadittua lääkitysohjelmaa. (Joutsa-Huutola & Nurmela, 2020, s.16.)

Zuchowski ym. (2015) ovat tutkimuksessaan kartoittaneet niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden hoitopäätökseen C-hepatiitin hoidossa. C-hepatiittitartuntojen hoitovaihtoehtojen jatkuva muuttuminen on lisännyt tarvetta ottaa potilaat mukaan hoitopäätöksiin. Tiedetään vain vähän tekijöistä, joita potilaat ottavat huomioon tehdessään hoitopäätöksiä. Tutkimuksen mukaan hoitotulokset ovat verrattain parempia potilailla, joita on informoitu hoitovaihtoehtoistaan ja joilla on realistiset odotukset hoidon lopputuloksesta. Potilaiden henkilökohtaisen elämän olosuhteet vaikuttivat merkittävästi hoitopäätöksiin. (Joutsa-Huutola & Nurmela, 2020, s.16.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on implementoida toimintamalli C-hepatiitin hoitoon perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Tavoitteena on kehittää yksikön toimintaa C-hepatiitin hoidon osalta aiempaa asiakaslähtöisemmäksi.

Tutkimustehtävinä ovat:

1. Kartoittaa hoitajien ammatillista osaamista C-hepatiitin hoidosta perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksikössä ennen koulutusta järjestävällä ryhmähaastattelulla
2. Järjestää työkonferenssi yksikön hoitajille uuteen C-hepatiitin hoitosuositukseen pohjautuen ja keskustella toimintamallin tulevasta implementoinnista
3. Selvittää ja kuvata hoidon jo lääkärijohteisesti saaneiden asiakkaiden kokemuksia uuden toimintamallin mukaan toteutetusta C-hepatiitin hoidosta.
4. Järjestää koulutus yksikön hoitajille C-hepatiittitartunnan saaneen hoidosta ryhmähaastattelusta saatujen tuloksien pohjalta (HUSin integraatiohoitaja ja lääkefirman edustaja)
5. Järjestää toinen työkonferenssi yksikön hoitajille, jossa keskustellaan avoimesti ja sovitaan käytännön toteutuksista ennen uuden toimintamallin implementointia.

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

6.1 Kehittämistyön menetelmät

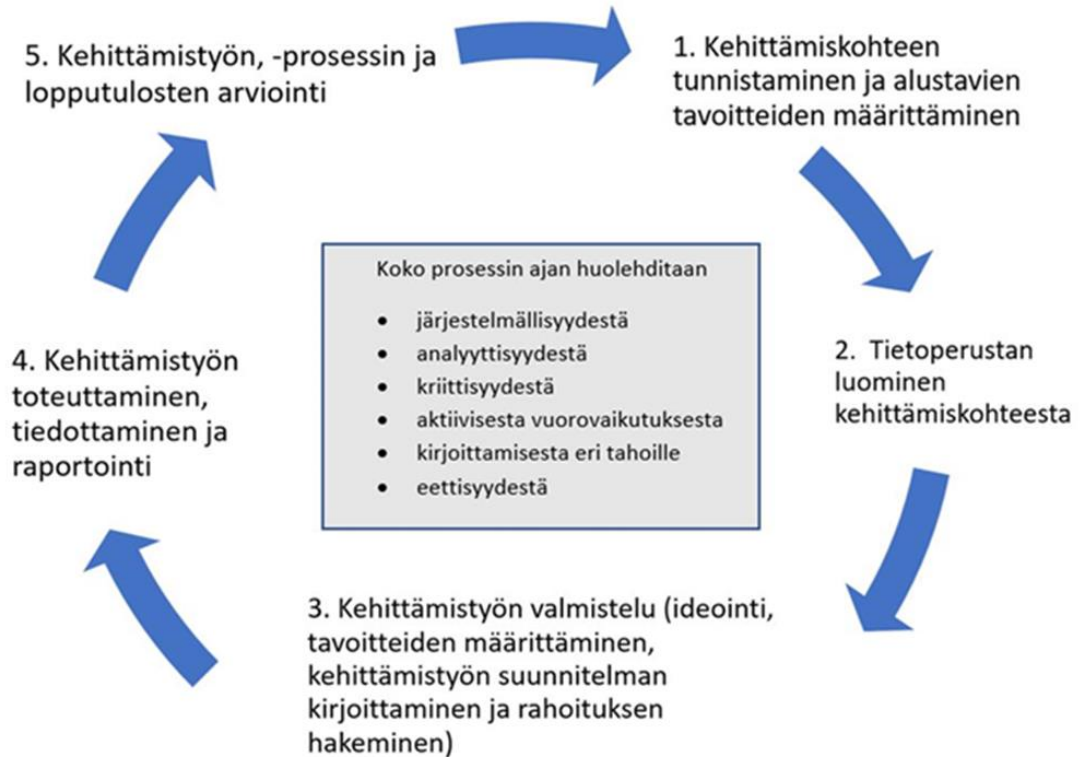
Tässä kehittämistyössä päädyttiin tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmään, koska työssä yhdistyy vahvasti käytäntö ja tutkimus. Kehittämistyön aihe on työelämälähtöinen ja sopii luontevasti terveyden edistämisen koulutusohjelmaan. Haasteen kehittämistyölle toi aikataulu, koska muutos vaatii aikaa. Kehittämistyön

toteutuksessa pyrittiin ottamaan huomioon prosessin vaatima aika suhteessa työn tilaajan eli työnantajan odotuksiin. Tässä kehittämistyössä tärkeänä nähtiin tutkimukseen osallistuvien hoitajien osallistaminen, jotta uuden toimintamallin implementointi toteutuisi onnistuneesti.

Työelämän tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa sovelletaan tutkimuksissa saatua tietoa työelämän kehittämis- ja uudistamistarpeisiin. Tutkimus tuottaa uutta tietoa sekä asioita, joita voidaan soveltaa käytäntöön. Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohtana ovat kehittämistyön kohteen tunnistaminen ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta jää tutkimuksen ja työelämän kehittämistoiminnan välimaastoon. Siinä yhdistyy konkreettinen kehittämistoiminta ja tutkimuksellinen lähestymistapa. Kehittävässä tutkimuksessa edetään tutkimuksellisesta kysymyksen asettelusta sekä menetelmistä kohti konkreettista kehittämistoimintaa. (Toikko & Rantanen, 2009, s. 19–21; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti, 2014, s. 22–23.)

Kehittämistutkimuksen tavoitteena on saada aikaan muutos esimerkiksi kehittämällä organisaatiota. Tutkimuksellinen ote ja ongelman poistaminen ovat osa kehittämistutkimusta. Opinnäytetyönä kehittämistutkimuksen toteuttaminen voi olla haastavaa, koska muutosten toteuttaminen vie aikaa. (Kananen, 2019, s. 81–82.)

Kuviossa esitellään tyypillinen malli tutkimuksellisen kehittämistyön prosessista. Prosessimallin avulla saadaan selkeämmin kokonaiskuva kehittämistyöhön liittyvistä vaiheista. Käytännössä prosessi ei ole kuitenkaan läheskään aina näin selkeästi jaettavissa vaiheisiin ja vaiheiden eroa voi olla vaikea nähdä. Prosessissa myös palataan usein taaksepäin ja edetään edestakaisin eri vaiheiden välillä. (Ojasalo ym., 2014, s.24.)



Kuvio 2. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi. (Ojasalo ym. 2014, s.24.)

6.2 Aineiston keruu

Tiedonkeruun menetelmä riippuu tutkimuskysymyksestä. Tutkimuskysymykset ratkaistaan tiedolla eli kerätyllä aineistolla. Kerätyn aineiston avulla etsitään vastauksia tutkimuskysymykseen. (Kananen, 2017, s 67, 82–82.) Tässä kehittämistyössä tiedonkeruun menetelminä käytettiin ryhmähaastattelua, yksilöhaastattelua sekä työkonferenssia.

6.2.1 Ryhmä- ja yksilöhaastattelu

Ryhmähaastattelun avulla saadaan tietoa usealta tutkittavalta yhtä aikaa. Etuna voi olla myös, että tutkimukseen osallistuvat voivat muistaa tutkimuksen kannalta oleellisia asioita toisen osallistujan kertoessa omista kokemuksistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 124.) Ryhmähaastattelulla tuotetaan tiivistettyä tietoa ja

säästetään aikaa, mutta se vaatii haastattelijalta taitoa huomioida jokaisen haastateltavan mielipiteet tasapuolisesti (Kananen, 2012, s. 100).

Ryhmähaastattelun avulla kartoitettiin mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajien ammatillista osaamista C-hepatiitin hoidosta. Hoitajien suostumus tutkimukseen osallistumisesta kysyttiin suullisesti jo ennen haastattelupäivää. Ryhmähaastatteluun osallistui 15 hoitajaa (n=15). Aineisto kerättiin hoitajien ryhmähaastatteluna Teamsin välityksellä. Etäyhteys oli käytössä koronapandemian takia. Ennen haastattelupäivää kaikkien tutkimukseen osallistuvien Teams-yhteyksien toimivuus testattiin. Kehittämistyön tekijät valmistautuivat haastatteluun huolellisesti, jotta haastattelun kulku pysyi selkeänä. Haastattelussa pyrittiin huomioimaan myös hiljaisemmat osallistujat. Haastatteluun oli varattu aikaa 2 tuntia, todellisuudessa aikaa meni 1,5 tuntia. Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna eli puolistrukturoituna haastatteluna, jossa aihepiirit ovat ennalta laaditut, mutta kysymysten järjestys voi vaihdella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 125; Vilkka, 2015, s. 124).

Teemahaastattelu etenee etukäteen valittujen teemojen mukaisesti. Teemat liittyvät tutkimuksen viitekehykseen eli mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Teemoihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä voidaan myös esittää, mikä on etuna tässä haastattelu muodossa. Teemahaastattelussa korostuu haastateltavien tulkinnat asioista ja ne merkitykset, joita he asioille antavat. Pyrkimyksenä on löytää tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien kannalta oleellisia ja merkityksellisiä vastauksia (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 87–88.) Laadullisen tutkimuksen on tärkeää olla emansipatorinen eli tutkimukseen osallistuvat eivät ole vain tiedon lähteitä, vaan tutkimus lisää myös heidän ymmärrystään tutkittavasta asiasta. Tällä tavalla voidaan vaikuttaa myönteisesti heidän ajattelu- ja toimintatapoihinsa liittyen tutkittavaan aiheeseen myös tutkimuksen jälkeen. Teemahaastattelulla, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna, voidaan mainiosti toteuttaa tutkimuksen emansipatorisuutta, kun tehdään työelämään suuntautunutta tutkimuksellista kehittämistyötä. (Vilkka, 2015, s. 125–126.)

Yksi käytetyimmistä tiedonkeruunmenetelmistä sekä tutkimus-, että kehittämistyössä on haastattelu. Haastatteluilla saadaan nopeasti kerättyä syvällistäkin tietoa kehittämisen kohteesta. (Ojasalo ym., 2014, s. 110.) Kun tutkimusaihe on sensitiivinen tai aiheeltaan muuten niin arka, että haastateltava ei halua keskustella aiheesta ryhmässä,

on tällöin yksilöhaastattelu menetelmänä sopiva. Myös silloin, kun halutaan tietää vain kyseisen ihmisen mielipidettä tai kokemusta, on yksilöhaastattelu ryhmähaastattelua parempi vaihtoehto. Yksilöhaastattelussa haastateltava saa oman rauhan ja tulee kuuluksi, eikä kenenkään toisen vastaus vaikuta haastateltavan vastaukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen., 2013, s. 123–124.)

Tässä kehittämistyössä selvitettiin myös asiakkaiden kokemuksia jo lääkärijohteisesti saadusta uudesta hoidosta ja tuotiin esille heidän näkemystään, millainen C-hepatiitin hoitopolun tulisi asiakasnäkökulmasta olla. Myös asiakkaiden haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna eli teemahaastatteluna. Asiakkaiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna. Haastattelu ajoitettiin asiakkaan viimeiselle C-hepatiittihoidon hoitajakäynnille. Haastattelutilanteessa läsnä olivat vain asiakkaalle ennestään tutut kehittämistyön tekijät. Haastattelutilanne oli järjestetty rauhalliseksi. Keskustelu eteni teemahaastattelurungon mukaisesti, mutta vapaamuotoisesti.

6.2.2 Työkonferenssit

C-hepatiitin uuden toimintamallin implementointi vaatii työyhteisön kanssa yhteistyössä tehtävää ja työyhteisöä osallistavaa kehittämismenetelmää. Tässä kehittämistyössä nähtiin tärkeänä avoimen keskustelun ja dialogin merkitys. Kun halutaan saada aikaan avointa keskustelua, on työkonferenssi siihen menetelmänä sopiva. (Lehtonen, Syvänen & Kokkonen, 2014, s. 32; Työturvallisuuskeskus, 2004, s. 18–19.) Työkonferenssilla tavoitellaan koko työyhteisön sitouttamista kehittämiseen kehittämisen alusta lähtien. Työkonferenssin perusajatus on siinä, että konferenssiin osallistujat yhteistyössä kehittävät työvälineitä oman ymmärryksensä parantamiseksi ja uusien työkäytäntöjen kehittämiseksi. Työkonferenssi on erityinen ryhmätyöskentelyn menetelmä, jonka tärkein työkalu on avoin keskustelu ja dialogi. (Toikko & Rantanen, 2009, s. 104–106.)

Työkonferenssissa tutkija osallistuu itse keskusteluun ja herättelee sekä aktivoi osallistujia keskustelemaan. Tutkijan tehtävään kuuluu myös huolehtia siitä, että keskusteluissa tuotetaan jotain uutta ja, että jokainen osallistuja ymmärtää

mistä työkonferenssissa keskustellaan. (Toikko & Rantanen, 2009, s. 105; Lehtonen ym., 2014, s. 37.) Tämän kehittämistyön työkonferensseissa vetovastuu on kehittämistyön tekijöillä.

Kanasen (2012, s. 62) mukaan kehittämistutkimuksessa tutkimuskohteiksi valitaan henkilöt, joita ilmiö koskee tai joilla on siitä tietoa. Sillä, että tarjotaan mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa, on sitouttava merkitys. Kun henkilöt saavat ilmaista kantansa, esittää ehdotuksia ja osallistua suunnitteluun, tapahtuu kehittämistyön omaksuminen ja he alkavat helpommin toteuttaa kehitystyötä. Tässä kehittämistyössä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa. Tarkoituksenmukainen otanta tarkoittaa sitä, että tutkija valitsee tietoisesti tietyt osallistujat tutkimuksensa aineistoksi. Tutkijan tulee kuvata huolellisesti otoksen valinnan perusteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 112.)

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajat, koska hoito tullaan jatkossa toteuttamaan heidän toimestaan. Mielenterveys- ja päihdeyksikössä työskentelee mielenterveys- ja päihdetyöhön perehtyneitä mielenterveyshoitajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Tässä tutkimuksessa heistä käytetään yleisnimitystä hoitajat. Otannaksi valikoitui haastattelupäivänä työssä olleet hoitajat. Otanta pyrittiin saamaan mahdollisimman laajaksi. Näin saatiin kokonaisuudesta mahdollisimman luotettava tulos. Asiakkaista tutkimukseen pyydettiin osallistumaan ensimmäisinä C-hepatiittihoidon yksikössä saaneet henkilöt. Näin saatiin mahdollisimman tuoretta tietoa henkilöiltä, jotka olivat juuri läpikäyneet hoidon.

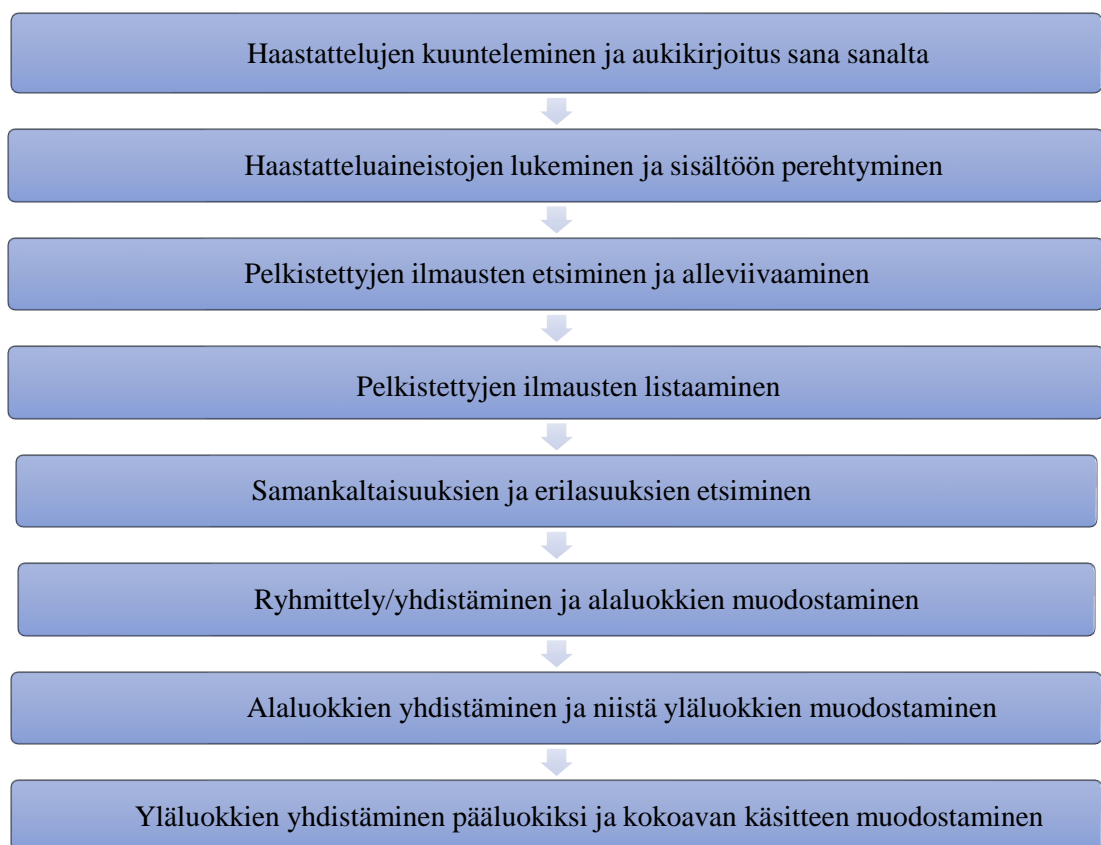
Osa kehittämistyön tutkimusmateriaalista on muodostunut työkonferenssien muisti-
oista, keskusteluista, kehittämistyön tekijöiden omista muistiinpanoista sekä kirjallisuudesta. Työkonferenssit keskusteluineen ovat olleet tärkeitä tiedonlähteitä ja niiden pohjalta on työstetty C-hepatiittihoidon implementointia yksikköön. Työkonferenssit toteutettiin koronapandemian takia Teamsin välityksellä työpäivän aikana. Työkonferenssiin osallistui mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajia (n=15). Jokainen osallistui omalta työpisteeltään.

6.3 Aineiston analysointi

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysin avulla kuvataan ilmiö laajasti, mutta tiivistettynä. Tulokseksi saadaan käsiteluoituksia, käsitekarttoja, malleja sekä merkitysten, seurausten ja sisältöjen kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 165–166.) Aineistosta esiin nostettavien asioiden pitää vastata tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä. Tutkittava ilmiö pitää rajata, eikä mitä tahansa mielenkiintoista asiaa voi ottaa mukaan tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 104–105.) Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Pelkistämässä aineistosta poistetaan kaikki epäoleellinen materiaali. Klusterointivaiheessa aineistoa käydään läpi ja etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Näin syntyy tutkimuksen perusrakenne ja erilaisia luokituksia. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä aineistosta etsitään oleellinen tieto, joista muodostuu käsitteitä. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä saadaan vastaus tutkimustehtävään tulkitsemalla ja pääättelemällä aineistoa edeten empiirisestä aineistosta käsitteelliseen. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 123–127.)

Analysointimenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin päädyttiin, koska tässä kehittämistyössä pyrittiin ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan käsin analyysin kaikissa vaiheissa. Lisäksi haluttiin kuvata tutkimusaineistoa sanallisesti. Ryhmähaastattelun jälkeen tallenne haastattelusta kirjoitettiin auki sanasta sanaan, samoin kuin asiakkaiden teemahaastattelut. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin vaihe vaiheelta huolellisesti. Analysoinnin aluksi aineistoon perehdyttiin huolellisesti lukemalla se läpi useita kertoja. Sen jälkeen aineistoa rajattiin ja poistettiin epäolennaiset sekä aiheesta irrallaan olevat kommentit. Keskustelun aiheet jaettiin teemoittain ja etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineisto järjestettiin ja ryhmiteltiin teemojen mukaan omiin osa-alueisiinsa, kuten hoitajien osaaminen ja mielipiteet, tartuntojen ehkäisy ja tartuntatavat sekä hoitajien kokema koulutuksen tarve. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 91–93) mukaan ryhmittelyssä samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset yhdistellään alaluokiksi ja alaluokille nimetään sisältöä kuvaava käsite. Ryhmittelyn avulla tiivistetään aineisto. Yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin.

Alaluokkia yhdistelemällä saadaan muodostettua yläluokkia ja yläluokista pääluokkia. Pääluokat nimetään ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan. Kehittämistyön tekijät tekivät analysointivaiheen tiiviissä yhteistyössä. Aineistoa analysoitaessa etsittiin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineistosta pyrittiin löytämään keskeiset asiat C-hepatiitin hoidosta sekä sitomaan ne implementoinnin tueksi kehittämistyön tarkoitus sekä tavoite keskiössä pitäen. Aineiston tulkitsemisessa ja päättelyssä käytiin keskustelua ja epäselvistä kohdista pyrittiin pääsemään parhaaseen mahdolliseen kompromissiin. Haastattelusta saatua aineistoa kirjoitettiin seikkaperäisesti ja käytettiin suoria lainauksia eli alkuperäisilmauksia, jotta saatiin tutkimukseen osallistuneiden ääni kuuluviin.



Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 91.)

Työkonferensseista laadittiin asianmukaiset muistiot, joihin kirjattiin oleelliset seikat keskustelluista asioista sekä työyhteisön kesken sovituista toimintatavoista. Teamsin viestikentästä poimittiin kaikki tärkeät, aiheeseen liittyvät kommentit. Ensimmäisellä työkonferenssilla pyrittiin antamaan tietoa kehittämistyön aiheesta sekä avaamaan

osallistujille, mihin työyhteisön osallistumista ja tukea uuden toimintamallin implementoinnissa tarvitaan. Konferenssin tarkoituksena ei vielä tässä vaiheessa ollut sopia, miten hoito käytännössä toteutetaan, vaan osallistujia pyydettiin tutustumaan aiheeseen ja pohtimaan mitkä käytännöt voisivat toimia tässä yksikössä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1.1 Hoitajien ammatillinen osaaminen C-hepatiitin hoidossa ja ehkäisyssä ennen koulutukseen osallistumista (Aineisto 1)

Mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajien ryhmähaastattelu (LIITE 1) toteutettiin 10.2.2021 koronapandemian takia Teamsin välityksellä. Jokainen osallistui haastatteluun omalta työpisteeltään. Haastattelun nauhoittamisesta kerrottiin osallistujille. Ennen haastattelun aloitusta kehittämistyön tekijät kertoivat vielä lyhyesti haastattelun pohjautuvan YAMK-opinnäytetyönä tehtävään kehittämistyöhön, jonka aineistoksi haastattelun tuloksia tulotaisiin käyttämään. Kehittämistyön lopullisena tuloksena otetaan käyttöön uusi toimintamalli, jonka suunnitteluun on tärkeä saada työyhteisön jokaisen jäsenen panos. Osallistumalla työntekijät pääsevät vaikuttamaan suunnitteluun ja kehittämään uutta toimintamallia. Osallistujia muistutettiin myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Teemahaastattelun aiheet käytiin läpi kohta kohdalta ja kaikkia kannustettiin vastaamaan. Koko haastattelun ajan osallistujilla oli myös mahdollisuus kirjoittaa huomioitaan Teamsin viestikenttään. Kehittämistyön tekijät pyrkivät ottamaan huomioon tasapuolisuuden puheenvuorojen jakamisessa. Ryhmähaastattelu auki kirjoitettiin ja siitä muodostui aineistoa 5 sivua. Aineistosta osa oli lyhytsanaista, usein edellistä puhujaa tukevaa. Pitkiä puheenvuoroja oli niukasti.

7.1.2 Hoitajien aikaisemmat tiedot uudesta C-hepatiitin hoitosuosituksesta

Ryhmähaastattelun puheenvuoroissa kävi ilmi, etteivät hoitajat juuri olleet kuulleet uudesta C-hepatiitin hoitosuosituksesta, eikä heillä näin ollen ollut siitä tietoa. Uudesta hoitosuosituksesta oli kuullut muutama hoitaja, mutta hekin kokivat olevansa noviiseja

tietojensa suhteen. Keskustelun myötä selvisi, että hoitajilla on suuri tiedon tarve aiheesta. Myös ne, joille C-hepatiitin hoito oli jollain tavoin ennestään tuttua, kokivat tietojen päivittämisen olevan välttämätöntä. Eräs hoitajista kertoi kuulleensa, että C-hepatiitin hoidon tulisi siirtyä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja, että hoito olisi tehokkaampakin, mutta hänelläkään ei ollut enempää tietoa aiheesta. Hoitajalla oli myös tieto siitä, että jatkossa aktiivisesti päihteitä käyttävät tulisi myös hoitaa C-hepatiitin leviämisen ehkäisemiseksi.

“Tiedän hiukan, mutta koen olevani noviisi.”

“Pyritään siihen, että vaikka olisi aktiivikäyttöä, ei leviäisi eteenpäin.”

“Jonkun tutkimuksen mukaan hoito olisi perusterveydenhuollossa tehokkaampaa.”

7.1.3 Hoitajien tiedot uusista C-hepatiitin lääkehoidoista

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kanssa käydyissä keskusteluissa tuli esiin, että uusien lääkkeiden tiedettiin olevan todella kalliita. Keskustelussa mainittiin, että uudet lääkkeet ovat vanhaan interferonihoidon verrattuna helppoja ja haittavaikutuksiltaan hyvin siedettyjä. Interferonihoidosta oli kokemuksia, että hoidot olivat asiakkaalle todella rankkoja haittavaikutusten vuoksi. Hoitoon pääsyn kriteerit olivat korkeat, vaadittiin esimerkiksi pidemmän ajan päihteettömyyttä. Hoidot eivät myöskään aina onnistuneet. Tuotiin esiin näkemys myös siitä, että hoitoon kulkeminen toiselle paikkakunnalle oli erityisen haastavaa. Uusien lääkitysten todettiin olevan teholtaan vaikuttavia ja asiakasystävällisempiä. Erään hoitajan kokemuksen mukaan hoidon lopputulos oli yleensä aika hyvä. Hän kertoi myös tietävänsä, että on olemassa kaksi uutta tablettimuotoista hoitoa. Esiin nousi myös kokemus siitä, että joku asiakas oli ollut kaksi kertaa interferonihoidossa tuloksetta ja sen jälkeen uudella C-hepatiittilääkkeellä hän parani tartunnastaan.

“Interferonihoito oli tosi kiinalainen, tulivat tosi kipeäksi. Siihen pääsi monen mutkan kautta, pitkä tie ja vaadittiin vaikka mitä. Nykyiset lääkkeet ovat paljon asiakasystävällisempiä. Lopputulos on aika hyvä.”

“Parempi kuin interferonilla.” (lopputulos)

“Huonoja kokemuksia interferoni hoidosta, kaksi kertaa interferonilla ja sitten uudella lääkkeellä parani.”

“Kaksi tablettimuotoista hoitoa käytössä”.

7.1.4 C-hepatiitin tartuntatavat ja ehkäisy

Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että hoitajilla oli hyvät tiedot jo entuudestaan siitä, miten C-hepatiitti tarttuu ja miten sitä ehkäistään. Hoitajat kertoivat, että C-hepatiitti tarttuu yleisimmin suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa likaisista käyttövälineistä. Keskustelussa mainittiin, että tartunnan voi saada veriteitse, esimerkiksi huonon hygienian maissa lääketieteellisen toimenpiteen yhteydessä. Myös suojaamaton seksi tuli esille puheenvuoroissa. Lisäksi tiedettiin, että C-hepatiitti voi tarttua synnytyksessä äidistä lapseen. Keskustelussa tuli esiin pistotapaturmien olevan riski C-hepatiittitartunnalle, kuten myös tatuoinnin tekeminen likaisilla välineillä. Esille nousi hoitajan kommentti tapahtumasta, jossa hän tiesi C-hepatiitin tarttuneen väkivaltilanteessa.

“Toinen vetänyt toista turpaan, verestä.”

“Tatuoinnin tekeminen likaisilla välineillä.”

“Suojaamaton seksi.”

“Synnytyksessä äidistä lapseen.”

C-hepatiittitartuntojen ehkäisyssä kävi ilmi, että tutkimukseen osallistuneet hoitajat tiesivät puhtaiden pistosvälineiden olevan ensiarvoisen tärkeitä. Keskustelussa kävi ilmi, että terveysneuvonta liittyy C-hepatiitin ehkäisyyn. Asennekasvatus ennaltaehkäisyyn keinoa nähtiin tärkeänä, koska keskustelussa tuli esiin myös käsitys siitä, että jotkut nuoret saattavat pitää C-hepatiittia statusta tuovana asiana. Yhdessä puheenvuorossa mainittiin, että seksiä välttämällä voidaan välttää myös C-hepatiitti. Terveysneuvonnan arvioitiin liittyvän oleellisena osana C-hepatiitin ehkäisyyn ja hoitoon.

“Aiemmin asiakkaat ajattelivat, että C-hepatiitti on ”kunkkujuttu”.
Ajatusmaailma voi olla nurinkurinen, asennemuokkausta.”

“Seksin välttäminen.”

7.1.5 Hoitajien mielipiteitä C-hepatiittihoidon aloittamisesta yksikössä

Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että hoidon siirtämistä perusterveydenhuollon mielen-terveys- ja päihdeyksikköön pidettiin kannatettavana kehittämiseksi. Perusteluina keskusteluissa tuli esille, että asiakkaan kannalta on hyvä, kun hoidon saa läheltä. Ajateltiin, että tuttuun yksikköön on helppo tulla, sillä joillakin asiakkailla voi olla korkea kynnys lähteä muualle hoitoon. Asiakkaan tunteminen ennestään nähtiin helpottavan hoitoon sitoutumisen arviointia. Keskusteluissa tuli esiin, että jo yksikössä asioivien osalta motivointi mahdolliseen C-hepatiitin hoitoon voi olla luontevampaa. Pohdittiin, että hoidon saaminen läheltä, voi tehdä hoitoon sitoutumisenkin helpommaksi. Laajaa keskustelua aiheutti asiakkaiden hoitomyöntyvyyden kartoitus eli missä elämäntilanteessa hoito on järkevää aloittaa sekä kuinka monta kertaa hoitoa on mahdollista saada. Pohdintaa aiheutti, miten toimitaan, jos hoito jää kesken asiakaslähtöisistä syistä tai jos tartunnan saa uudelleen. Hoitomyöntyvyyden ja sitoutumisen arviointi koettiin vaativaksi. Keskustelussa tuli esille myös näkökulma, että kun hoidon saatavuus helpottuu, myös infektioiden kokonaismäärät mahdollisesti laskevat. Lisäksi kansantaloudellinen ja –terveydellinen hyöty mainittiin keskustelussa.

“Tosi hyvä juttu, että hoidon saa läheltä.”

“Kannatetaan mutta montako kertaa hoidetaan?”

“Entä jollei oo sitoutunut, missä elämänvaiheessa hoito toteutetaan?”

“Meille on vahvuus, että tunnetaan ihminen.”

“Hoidon saatavuus helpottuu, joten mahdollisesti infektioiden kokonaismäärät laskee.”

“Hyvä juttu. Kun hoidon saa läheltä, tulee hoitoon paremmin sitouduttua.”

7.1.6 C-hepatiittihoidon kohderyhmä

Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että C-hepatiittihoitoa tulee tarjota kaikille C-hepatiittitartunnan saaneille, jotka pystyvät sitoutumaan hoitoon. Hoitajat pohtivat millaisessa elämäntilanteessa hoidolla olisi parhaat mahdollisuudet onnistua. Arvioitiin, että jos päihteiden käytön tilanne on kaoottinen, hoidon onnistuminen olisi epätodennäköistä. Puheenaiheeksi nousi, että kohderyhmää kartoittaessa tulisi ottaa huomioon myös asiakkaat, joilla ei enää ole aktiivista päihteidenkäyttöä. Myös huomio siitä, että fertiilissä iässä olevat naiset tulisi tarvittaessa seuloa. Hoidon kohderyhmää kartoitettaessa pitäisi muistaa huomioida myös henkilöt, joilla on vaihtuvia seksikumppaneita. Aktiivisesti päihteitä käyttävät saattavat levittää C-hepatiittia eteenpäin, joten heidän hoitamisensa olisi tarpeellista. Uudelleen keskustelua aiheutti hoidon oikea-aikaisuus.

“Kaikki kenellä on C-hepatiitti, ei vain päihteidenkäyttäjä.”

“Jo hieman paremmin elämässä kiinni olevat. En tiedä mitä tapahtuu, kun menee monta kertaa hoito kesken. Toisaalta nämä aktiivikäyttäjät niitä saattavat niitä levittää enemmän eteenpäin.”

“Ehkä hyödyllistä hieman seuloa, kenellä hoitomyöntyvyyttä on?”

7.1.7 Hoitajien kokema koulutuksen tarve C-hepatiitin hoidosta

Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat C-hepatiittikoulutuksen tarpeelliseksi ennen uuden toimintamallin implementointia. Myös C-hepatiitin hoidosta entuudestaan tietävät kokivat tarvitsevansa tuoretta tietoa. Keskustelun myötä selvisi, että hoitajat kokevat epävarmuutta omista tiedoistaan ja taidostaan, joten he arvioivat C-hepatiitin hoidon mahdolliseksi ennen koulutusta. Kävi ilmi, että hoitajilla on tarve saada tietoa C-hepatiitin hoitoon liittyvästä ohjauksesta ja erityisesti lääkehoidon toteuttamisesta.

“Kyllä, uutta tietoa tarvitaan!”

7.2 Asiakkaiden kokemukset C-hepatiittihoidosta (Aineisto 2)

Kehittämistyön tutkimusta varten haastateltiin kolmea (n=3) C-hepatiittihoidon jo läpikäynyttä asiakasta. Haastattelu (LIITE 1) toteutettiin yksilöhaastatteluna tutkimusluvan saamisen jälkeen helmikuussa 2021. Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta kysyttiin lupa haastatteluun. Haastattelutilanne oli järjestetty viimeiselle C-hepatiitin hoitoon liittyvälle hoitajan vastaanottokäynnille. Asiakkaiden C-hepatiittihoido oli aloitettu yksikön lääkärin toimesta.

7.2.1 Asiakkaiden kokemuksia C-hepatiittihoidosta

Ensimmäiseksi tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta kysyttiin, mitä mieltä he ovat saamastaan C-hepatiittihoidosta. Keskustelussa kävi ilmi, että tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Hoito oli koettu positiivisena asiana. Esille nousi tyytyväisyys mahdollisuudesta päästä C-hepatiittihoidon, koska C-hepatiittipositiivisuus oli aiheuttanut vuosien ajan häpeän tunnetta ja korostunutta varovaisuutta esimerkiksi haavojen suhteen. Lisäksi selvisi, että hoidon aikana ei ollut mitään ongelmia. Yhdellä asiakkaalla oli kokemus, että kehossa tuntui jokin vieras aine. Hoitoon hakeutumisen esteenä oli aiemmin ollut luulo siitä, että hoito voi olla yhtä rankka kuin esimerkiksi syöpähoidot. Keskusteluissa keskeisenä sisältönä nousi esiin, että hoito koettiin hyväksi.

“Oon tosi kiitollinen, että pääsin hoitoon näin helpolla.”

“Ei oo ollu ongelmia, ainoastaan tunne, että kropassa on joku vierasaine.”

“Hyvä hoito.”

7.2.2 Positiiviset kokemukset C-hepatiittihoidosta

Seuraavaksi tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta kysyttiin, mikä hoidossa oli helppoa ja positiivista. Lääkkeen ottaminen koettiin helpoksi ja lääkkeen muistamisessa ei ollut ongelmaa. Lääkkeen ottamisessa helpotti se, että se otettiin samaan aikaan päivystä ja, että otettavia lääkkeitä oli vain yksi tabletti. Positiivisena tuli esiin se, että lääkkeestä ei tullut mitään haittavaikutuksia. Asiakkaat jäivät positiivisella ja toiveikkaalla mielellä odottelemaan laboratoriotutkimusta, jolla kontrolloidaan hoidon onnistuminen kolmen kuukauden kuluttua.

“Lääke oli helppo muistaa.”

“Ei mitään haittavaikutuksia.”

“Helppoa kun piti ottaa vain yksi tabletti päivässä.”

7.2.3 Mahdolliset haasteet C-hepatiittihoidossa

Viimeiseksi tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta kartoitettiin, mikä asiakkaiden mielestä hoidossa oli haasteellista ja mitä muuttaisi siinä. Hoito oli koettu sujuvaksi, eikä muutosehdotuksia noussut esille. Asiakkaat kertoivat keskustelussa, että ymmärtävät lääkkeiden olevan todella kalliita ja siksi niitä annettiin mukaan vain 2–4 viikon erissä. Käynnit mielenterveys- ja päihdeyksikössä hoitajan vastaanotoilla koettiin vaivattomina.

“Käynnit täällä helppoja.”

“En muuttais mitään.” (hoidossa)

7.3 Työkonferenssit

7.3.1 Ensimmäinen työkonferenssi

Tämän kehittämistyön ensimmäinen työkonferenssi (LIITE 2) toteutui 17.3.2021 mielenterveys- ja päihdeyksikössä. Työkonferenssi nauhoitettiin ja siitä kerrottiin aluksi. Kehittämistyön tekijät alustivat aiheen kertomalla yleisesti C-hepatiitin hoidosta ja uudesta hoitosuosituksesta, mihin implementointi pohjautuu. Koko työkonferenssin ajan osallistujilla oli mahdollisuus kirjoittaa huomioitaan Teamsin viestikenttään. Alustuksen jälkeen heillä oli mahdollisuus vapaaseen keskusteluun. Kehittämistyön tekijät pyrkivät jakamaan puheenvuoroja tasapuolisesti ja rohkaisemaan myös hiljaisempia osallistumaan. Työskentelyssä keskusteleva työ ote oli tärkeää. Se avulla kehittämistyön tekijät onnistuivat viemään kehitettävää mallia oikeaan suuntaan. Työkonferenssille oli varattu aikaa kaksi tuntia, todellisuudessa aikaa kului noin 1,5 tuntia.

Työkonferenssin pääasiallisena kehittämismenetelmänä toimi avoin dialoginen keskustelu. Konferenssissa vallitsi hyvä ja innostunut ilmapiiri. Osallistujia kannustettiin tuomaan esiin ideoitaan aiheeseen liittyen. Aihe koettiin tärkeäksi ja oltiin tyytyväisinä siihen, että tämä uudistus oltiin tuomassa yksikköön suunnitellusti. Keskusteluun osallistuttiin aktiivisesti ja lisäksi viestikenttään tuli rakentavia kommentteja ja keskustelun aiheita.

Työkonferenssi aloitettiin kertomalla työkonferenssista menetelmänä. Sen jälkeen kerrottiin kehittämistyöstä, sen taustasta ja tavoitteista. Osallistujille annettiin tietoa C-hepatiitin uudesta hoitosuosituksesta ja miten se tullaan yksikössä ottamaan käyttöön myöhemmin kevään 2021 aikana. Osallistujille kerrottiin, että tarkoitus on kehittää yhdessä uutta toimintamallia oman yksikön kannalta toimivaksi ja tässä konferenssissa keskeistä oli tiedon jakaminen ja osallistujille heränneisiin kysymyksiin vastaaminen.

Pääpaino ensimmäisessä työkonferenssissa oli aiheeseen orientoitumisessa. Osallistujille annettiin tieto tulevasta C-hepatiittikoulutuksesta, jonka tulisi järjestämään HUSin integraatiohoitaja. Koulutus järjestettäisiin etäyhteydellä integraatiohoitajan ja Epclusa-lääkefirman edustajan toimesta.

Konferenssiin osallistujia pyydettiin pohtimaan uusia käytäntöjä jatkoa ajatellen, muun muassa olisiko yksikössä nimetyt C-hepatiittihoitajat vai hoitaisiko jokainen oman asiakkaansa tarvittaessa. Osallistujille kerrottiin, että C-hepatiitin hoitoon liittyvien laboratoriokokeiden ottamiseen on luotu C-hepatiittilaboratoriopaketti. Osallistujille annettiin tietoa uusista C-hepatiittilääkkeistä sekä hoitajan roolista hoidon aikana. Hoitajan tehtävänä on antaa C-hepatiittitartunnan saaneelle tietoa C-hepatiitista, miten sitä ehkäistään ja miten hoidetaan. Lisäksi kerrottiin, miten lääkehoito toteutetaan käytännössä. Osallistujille kerrottiin, että myöhemmin järjestetään toinen työkonferenssi, jonka aikana on tarkoitus sopia käytännöistä ja nimetä mahdollisesti nimettävät vastuuhenkilöt.

Työkonferenssin aikana osallistujille heränneitä kysymyksiä olivat muun muassa miten asiakkaat ovat suhtautuneet uuteen hoitoon. Osalla hoitajista oli aiempaa kokemusta interferonihoidoista ja heitä kiinnosti tietää, onko C-hepatiitin genotyypitys vielä tarpeen. Keskustelua herätti uuden hoitosuosituksen ohjeistus hoidon tarjoamisesta myös aktiivisesti päihkeitä käyttäville asiakkaille sekä se, kuinka monta kertaa hoidon voi saada, mikäli se keskeytyy asiakkaan hoitoon sitoutumattomuuden vuoksi. Myös APRI-arvo kiinnosti osallistujia, milloin voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa ja milloin on syytä tehdä lähete erikoissairaanhoidon. Konferenssissa pohdittiin myös, pitääkö asiakkaan kanssa ottaa puheeksi se, että mikäli ensimmäinen hoito epäonnistuu, tapahtuu seuraavan hoidon arvio erikoissairaanhoidossa TYKS:ssa. Yhtenä kysymyksenä tuli esiin, poistetaanko C-hepatiittimerkintä asiakkaan riskitiedoista, kun hoito on todettu laboratoriokokeella onnistuneeksi. Myös lääkkeiden kallis hinta herätti laajaa keskustelua.

7.3.2 Toinen työkonferenssi

Tämän kehittämistyön toinen työkonferenssi (LIITE 3) toteutui 31.3.2021 mielenterveys- ja päihdeyksikössä. Työkonferenssin tarkoituksena oli sopia yhteisistä käytännöistä ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa. Osallistujia muistutettiin uudelleen myös Teams-viestikentän käyttömahdollisuudesta.

Keskustelu lähti liikkeelle siitä, hoitaako C-hepatiittitartunnan saaneita jatkossa kaikki yksikön hoitajat vai nimetäänkö siihen vastuuhoidajat. Työryhmän yksimielinen kanta oli, että nimetään hoidon aloituksesta vastaavat vastuuhoidajat. Hoidon käynnistyttyä alkututkimusten ja lääkärikäynnin jälkeen hoidon toteutus siirtyy omahoitajalle. Omahoitajan vastuulle jää lääkkeiden jako sekä voinnin seuranta/ohjaus. Vastuuhoidajien tehtävänä on myös tilata C-hepatiittihoidon lääkkeet. Lääkkeiden säilytyksestä sovittiin yhteisesti. Yksikön käytännön mukaisesti hoitajan mahdollista poissaoloa sijaistaa yksikön päivystävä hoitaja.

Työkonferenssin osallistujien kesken sovittiin yhtenäiset ajanvaraus- sekä kirjaamiskäytännöt. Keskustelua aiheutti hoitomyöntyvyyden ja hoitoon sitoutumisen arviointi. Yhdessä sovittiin, että omahoitaja on arvioinnissa keskeisessä roolissa ja konsultoi herkästi muuta työryhmää sekä lääkäriä.

C-hepatiittineuvonnan tueksi sovittiin otettavan käyttöön A-klinikkasäätiön tuottama opas, ”C-hepatiitti on veressä”. Tähän oppaaseen päädyttiin, koska se selkeä ja ajantasainen opas asiakaskäyttöön. Yksikköön saatiin lääkefirman edustajan toimesta dosetit ja potilasoppaat, joita tullaan jakamaan uusille hoidon aloittajille. Työkonferenssin ilmapiiiri oli jälleen keskusteleva ja osallistuva. Kaikki yksikön hoitajat aikoivat jatkossa ottaa huomioon C-hepatiittitartunnan mahdollisuuden omien asiakkaiden osalta ja konsultoida tarvittaessa vastuuhoidajia ja lääkäriä.

Pidetyt työkonferenssit auttoivat etenemään kehittämistyössä loogisesti ja pysymään sovituissa aikataulussa. Tärkeää oli, että koko työryhmä saatiin mukaan uuden toiminnan suunnitteluun. Toisen työkonferenssin jälkeen kirjoitettiin auki työkonferenssissa yhteisesti sovittu toimintamalli, joka sisälsi hoidon etenemisen, vastuujaot ja käytännön asiat esimerkiksi lääkkeiden tilaaminen, säilytys ja hoitotyön kirjaamisen.

7.4 Koulutus

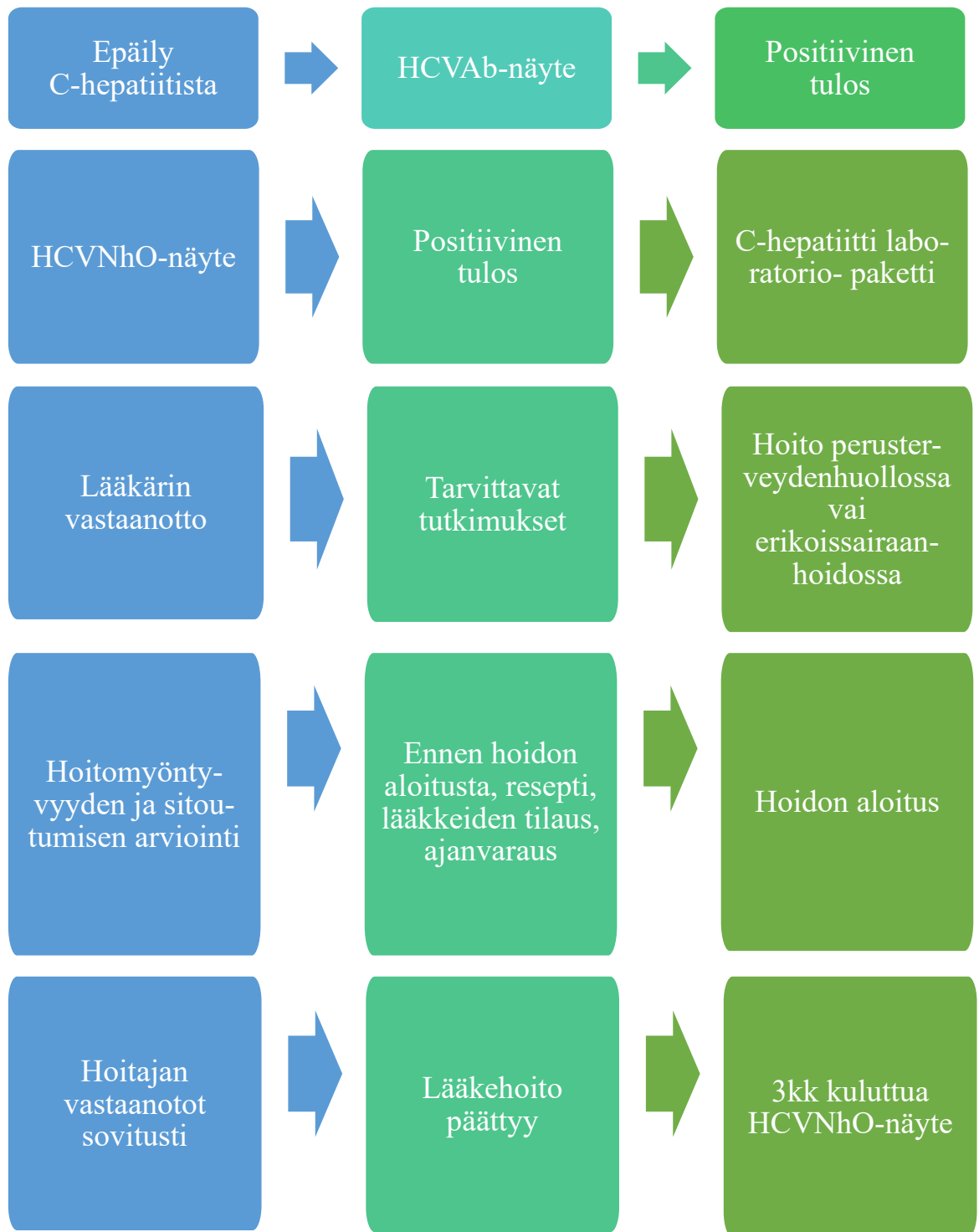
Uuden toimintamallin käyttöönottoa varten yksikön hoitajille ja lääkärille järjestettiin koulutus (LIITE 4) Teams-yhteydellä mielenterveys- ja päihdeyksikössä 17.3.2021. Tarkoituksena oli tutustuttaa hoitajat HUSissa käytössä olevaan malliin ja poimia siitä yksikön käyttöön soveltuvat toimintatavat. Koulutuksen vetovastuu oli kouluttajilla eli integraatiohoitajalla ja lääkefirman edustajalla. Kehittämistyön tekijät olivat edeltävästi olleet yhteydessä koulutuksen järjestäjiin ja kertoneet erityisistä koulutustarpeista, jotka pohjautuivat hoitajien ryhmähaastattelusta saatuihin tuloksiin. Koulutus oli räätälöity niin, että hoitajien toiveet etenkin hoitotyön ohjauksen osalta sekä lääkeshoidon toteuttamisesta huomioidiin. Koulutus eteni kouluttajien laatiman Power point –esityksen mukaan, joka pohjautuu HUSissa käytössä olevaan malliin. Koulutuksen aikana oli yhteistä keskustelua.

Koulutuksen sisältö muodostui C-hepatiitin hoidosta, HUSin malliin tutustumisesta, lääkefirman edustajan lääkeinfosta ja käytännön esimerkeistä. Lääkefirman edustaja kertoi Epclusa-lääkkeen vaikutusmekanismeista, antotavasta, yleisimmistä haittavaikutuksista sekä yleisimmistä huomioon otettavista seikoista. Tässä kohtaa käytiin läpi hoitajan ja lääkärin työnjako lääkityksen toteuttamisessa. Integraatiohoitajan osuus käsittelee hoitajan roolia hoidon toteutuksessa neuvonnan, ohjauksen ja tukemisen osalta. Yksikköön tullaan saamaan potilasoppaita lääkehoidosta ja dosetteja lääkehoidon toteutuksen tueksi. Koulutuksen ilmapiiri oli keskusteleva ja kiinnostunut. Koulutuksen lopulla kysyttiin palautetta koulutuksen sisällöstä. Palautteista kävi ilmi, että koulutus oli ollut hyödyllinen ja selkeä sekä se lisäsi hoitajien varmuutta aloittaa C-hepatiitin hoito.

7.5 Toimintamalli

Tämän kehittämistyön tuloksena syntyi uusi toimintamalli, joka on otettu käyttöön suunnitelman mukaisesti.

Asiakkaan ohjaus ja tuki kulkevat mukana läpi prosessin



Kuvio 4. C-hepatiitin hoito toimintamalli Uudenkaupungin mielenterveys- ja päihdeyksikössä.

C-hepatiitin vastuuhoidajat vastaavat hoidon aloituksesta yhteistyössä C-hepatiitin hoitoon perehtyneen lääkärin kanssa. Mikäli asiakkaalla on C-hepatiitti tai sitä epäillään, ohjelmoidaan HCVA b näyte. Jos tulos on positiivinen, ohjelmoidaan HCVNhO. Mikäli tulos on positiivinen, ohjelmoidaan C-HEPALAB-paketti ja fertiili-ikäisiltä naisilta U-HCG. C-HEPALAB-laboratoriopaketti on luotu C-hepatiitin hoidon alkukartoitusta varten oman yksikön käyttöön. Annetaan asiakkaalle tietoa C-hepatiitista ja sen hoidosta sekä A-klinikkasäätiön (2020) julkaisema opaslehtinen “C-hepatiitti on veressä”. Asiakkaan ohjaaminen ja tukeminen on tärkeää huomioida hoidon eri vaiheissa aina C-hepatiittitartunnan varmistumisesta hoidon päätökseen asti. Asiakkaan hoitomyöntyvyyttä ja hoitoon sitoutumista arvioidaan, konsultoidaan herkästi lääkäriä sekä muuta työryhmää. Laboratoriovastausten jälkeen varataan aika lääkärille. Lääkäri informoi asiakasta tarvittavista jatkotutkimuksista tilanteen niin vaatiessa. Lääkäri arvioi, onko hoito mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa. Mikäli asiakkaan C-hepatiittia ei voida hoitaa perusterveydenhuollossa, lääkäri tekee lähetteen erikoissairaanhoidon. Kun päätös hoidon aloittamisesta on tehty, lääkäri kirjoittaa paperireseptin, jonka jälkeen vastuuhoidtaja tekee lääketilauksen lääkekeskukseen. Hoidon käynnistyttyä asiakas käy hoitajan vastaanotolla hakemassa lääkkeitä 1–4 viikon välein. Myös päivittäisjako yksikössä tapahtuvan korvaushoidon yhteydessä on mahdollista. Jos asiakkaalla on jo entuudestaan tuttu omahoitaja yksikössä, voi hoito jatkua hänen toimestaan. Omahoitajan poissa ollessa lääkkeiden jaon hoitaa yksikön päivystävä hoitaja. Lisäksi on sovittu yhteiset ajanvaraus- ja kirjaamiskäytännöt. Epäselvissä tilanteissa konsultoidaan lääkäriä.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa on keskiössä ihminen. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään tyypillisesti tutkimaan ihmisen tunteja, ajatuksia, käsityksiä sekä tulkintoja erilaisista asioista. Edellä mainitut ovat tyypillisesti muodostuneet tutkittavan omaehtoisen kokemuksen kautta. (Puusa & Juuti, 2020, s. 81.) Kun tutkimuskohteena on

ihminen, tutkimustuloksiin vaikuttavat muun muassa hänen motiivinsa, pyrkimyksensä, asenteensa ja mielikuvansa. Tieteellisestä näkökulmasta ihmistieteellinen tutkimus on haastavaa ja haavoittuvaa. Herää kysymys, voidaanko edes löytää mitään pysyvää ja kiinteää hoitotyön mallia tai teoriaa. Hoitotieteellinen tutkimus on tästä syystä hyvin pirstoutunutta ja laajojen kokonaisuuksien tutkimisen sijaan on keskitytty pienempiin aihepiireihin. (Metsämuuronen, 2009, s. 34–35.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen on vaikeampaa laadullisessa kuin määrällisessä tutkimuksessa. Luotettavuusmittarit eivät sovellu sellaisenaan, kun tutkitaan ihmistä, koska ihminen ei toimi aina samalla tavalla. Ihminen voi vaihtaa mielipidettään ilman syytä. Luotettavuuteen liittyvät seikat tulee ottaa huomioon jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, sillä kun aineisto on kerätty ja analysoitu, ei luotettavuutta voida enää parantaa. (Kananen, 2012, s. 172.)

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa kaiken perusta on riittävä dokumentaatio. Tutkimuksen aikana on suositeltavaa pitää päiväkirjaa kaikesta opinnäytetyöhön liittyvästä toiminnasta. Dokumentaatio auttaa tutkijaa arvioimaan tekemiään valintoja ja ratkaisuja sekä perustelemaan niitä. Perusteluilla lisätään tutkijan uskottavuutta. Alkuperäinen tutkimusaineisto pitää säilyttää, jotta aineiston aitous ja tulosten luotettavuus on todennettavissa. Riittävä dokumentaatio on edellytys tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille. Luotettavuutta tarkasteltaessa tulee huomioida tutkimusongelma ja se, että tutkimusmenetelmät ovat määriteltä oikein. On myös huolehdittava, että tutkimusprosessi on toteutettu tieteen sääntöjen mukaan. Luotettavuustarkasteluun ja riskien hallintaan tulee varautua jo työn suunnittelun vaiheessa. (Kananen, 2019, s. 35; Kananen, 2017, s. 176.) Tämän kehittämistyön tekemisen vaiheista pidettiin päiväkirjaa, jotta tiedettiin mitä on jo tehty ja mitä tehdään seuraavaksi. Koko tutkimusprosessin ajan pyrittiin tarkastelemaan kriittisesti tehtyjä ratkaisuja ja perustelemaan ne. Tutkimussuunnitelma laadittiin huolellisesti opinnäytetyön ohjaajan avulla.

Laadullista tutkimusta tehdessä voi olla vaarana, että tutkija tulee sokeaksi omalle työlleen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 197). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan esimerkiksi saturaatiolla, haastateltavien vahvistuksella, tulokinnan vahvistuksella, ulkopuolisilla lähteillä ja sisäisellä validiteetilla. Saturaatio eli aineiston kylläntyminen tarkoittaa, että aineisto alkaa toistaa itseään ja

kylläntymispiste on saavutettu. Saadut vastaukset alkavat toistua, eikä esimerkiksi haastattelun jatkaminen tuota enää uutta tietoa. Haastatteluun osallistuneita voidaan pyytää lukemaan aineisto ja vahvistamaan sanomisensa ja tulkinta. Aineisto voidaan myös luetuttaa toisella tutkijalla ja jos hän päätyy samaan lopputulokseen, voidaan tulkintaa pitää oikeana. (Kananen, 2019, s. 33–34.) Teemahaastattelukysymysten laadinnassa käytettiin apuna C-hepatiittihoidon integraatiohoitajaa. Hänen kommentointensa pohjalta kysymyksiin tehtiin pieniä muutoksia.

Sisäinen validiteetti tarkoittaa tulkinnan ristiriidattomuutta. Laadullisen tutkimuksen aineiston tulkitsemiseen ei ole olemassa tarkkoja sääntöjä. Esimerkiksi yksittäistä, teemahaastattelulla kerättyä aineistoa voidaan tulkita eri tavoilla. On jopa sanottu, että tulkintoja voi olla yhtä monta kuin tulkintojen tekijöitäkin. Kun teemoitellaan ja koodaillaan aineistoa, voi ilmetä tulkinnan varaa, mutta tulkinta voidaan varmistaa siten, että toinen tutkija tulee samaan johtopäätökseen kuin tulkinnan kirjoittanut tutkija. Tällöin kyseessä on sisäinen validiteetti. (Kananen, 2019, s. 33–35; Kananen, 2012, s. 174.) Tässä tutkimuksessa tutkijoita on kaksi, joten se voi lisätä tutkimuksen luotettavuutta sisäisen validiteetin keinoin. Tulosten tarkastelussa on pidetty huolta siitä, että kehittämistyön tekijöiden omat mielipiteet ja käsitykset eivät ole vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Raportti on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman kattavasti, jotta siitä selviää, millä tavoin saatiin tuloksiin on päädytty.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös, jos aikaisemmissa tutkimuksissa on päädytty samanlaisiin tuloksiin ja eri lähteistä kerätty aineisto vahvistaa esitetyn ilmiön tulkintaa. (Kananen, 2019, s. 33.) Tutkimuksen teossa tulee muistaa lähdekritiikki. Aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia löytyi niukasti, koska haluttiin nimenomaan löytää ajantasaista tietoa C-hepatiitin hoidosta.

Tutkimuksen luotettavuuteen yhtenä tekijänä saattoi vaikuttaa tutkijoiden kokemattomuus haastattelijoina. Haastattellessa luottamus on tärkeää. Haastattelutilanteessa tutkijan tulee kyetä luomaan luottamuksellinen ilmapiiri ja motivoimaan haastateltavaa osallistumaan tilanteeseen täysipainoisesti. Haastatteluun voivat vaikuttaa myös useat virhelähteet, jotka voivat liittyä haastateltavaan tai tutkijaan tai aiheutua haastattelutilanteesta. Esimerkiksi johdatteleeko haastattelija vastauksiin asettelemalla kysymykset tietyllä tavalla. (Puusa & Juuti, 2020, s. 108–109.) Kehittämistyötä tehdessä

punnittiin omia asenteita ja niiden mahdollisia vaikutuksia tutkimukseen. Tutkimustulosten luotettavuutta edistää kehittämistyön tekijöiden perehtyminen aiheeseen käytännön tasolla omassa työyksikössään päihdeasiakkaiden hoidossa.

Tieteelliselle tiedolle on ominaista, että tiede korjaa itse itseään eli uusista tutkimustuloksista saadaan vahvistusta oikealle tiedolle. Uusi tieto perustuu aina vanhalle pohjalle. Tieteellisen tutkimuksen tiedonhankintamenetelmät ovat yleisesti tunnettuja, mikä mahdollistaa vertailun vanhan tiedon kanssa. Tieteellinen tieto pyritään hankkimaan objektiivisesti ja puolueettomasti, mutta tuloksiin vaikuttavat suuresti tutkijan omat käsitykset todellisuudesta ja luotettavasta tiedosta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on merkittävää, että tutkija pystyy arvioimaan kriittisesti käyttämiään menetelmiä ja kirjallisuutta sekä saamiaan tutkimustuloksia. Tutkijan tulee olla kriittinen omaa työtään kohtaan, mutta myös lukemiinsa tutkimusraportteihin. (Metsämuuronen, 2009, s. 33–34.) Aiheeseen perehtymisen yhteydessä luettiin laajasti aiheeseen liittyviä tutkimusartikkeleita. Vain uusimmat ja ajantasaisinta tietoa sisältävät tutkimukset valikoituvat mukaan tähän työhön.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Sopimus opinnäytetyön tekemisestä tehtiin Satakunnan ammattikorkeakoulun ja kohdeorganisaation sekä opinnäytetyön tekijöiden kesken 27.1.2021. Tutkimuslupa (LIITE 5) anottiin vapaamuotoisella anomuksella Uudenkaupungin terveyskeskuksen ylilääkäriltä. Tutkimuslupa sai hyväksynnän 8.2.2021.

Tutkimuksen on oltava inhimillistä, arvoperusteista ja tieteellisesti hyväksyttävää toimintaa. Eettiset ratkaisut ovat erityisen keskeisiä tieteissä, joissa käytetään ihmisiä tietolähteinä ja tutkitaan inhimillistä toimintaa. Tutkimusetiikka vastaa kysymyksiin, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 362–363.) Tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkittava asia on mielenkiintoinen ja tieteellisesti perusteltu. Erityistä huomiota tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden varmistamiseksi tulee kiinnittää tietolähteiden valintaan. Tietolähteet saattavat ohjata ja jopa vääristää tutkimustuloksia johonkin suuntaan. (Puusa & Juuti, 2020, s. 78–82.) Tämän kehittämistyön tutkittava aihe oli ajankohtainen, tarpeellinen ja

työelämälähtöinen. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla on perusteltua kehittää organisaation palveluja aiempaa asiakaslähtöisemmiksi.

Eettisyys tulee muistaa tutkimusaineiston analyysin aikana. Koko kerätty aineisto tulee hyödyntää analyysissä, eikä tutkimustuloksista voida jättää mitään pois. Jos tutkittavat ovat esimerkiksi jättäneet vastaamatta johonkin tutkimuksessa esitettyyn kysymykseen, myös tämä pitää aineiston analyysissä käsitellä. Tutkimustulosten raportoinnissa voi syntyä virhelähteitä, jotka voivat johtua tutkijan ennakoasenteesta, tietoisesta tulosten väärennöksestä tai virheellisestä raportoinnista. Tutkijan ennakoasenne voi aiheuttaa vääristymää ilman, että tutkija tekee sen tietoisesti. Tutkijalla voi olla inhimillisiä odotuksia, asenteita tai epäilyjä tutkimaansa aihetta kohtaan. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 370–371.) Tämän tutkimuksen aineistojen analyysit aloitettiin pian tiedonkeruun jälkeen, jotta aineistoja päästiin käsittelemään tuoreeltaan. Mikäli tutkimuksen teko olisi viivästynyt, olisi ollut vaara, että osa saadusta aineistosta olisi voinut jäädä analysoimatta. Tämän kehittämistyön tekijöitä oli kaksi, joten tutkijan tekemät omat tulkinnat eivät vaikuttaneet tutkimustuloksiin, koska aineisto analysoitiin yhdessä.

Erittäin tärkeää tutkimuksessa on huolehtia osallistumisen vapaaehtoisuudesta, jos tutkittavalla on tutkivaan organisaatioon asiakas-, työ-, palvelu- tai opiskelusuhte. Tutkimukseen osallistuvalla on myös oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa ilman kielteisiä seurauksia hänelle itselleen. Keskeyttämisellä tarkoitetaan tutkittavan oikeutta jättäytyä tutkimuksesta pois. Keskeyttämiselle ei tarvitse ilmaista erityistä syytä. Tutkittava voi myös peruuttaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Peruuttamisen on oltava yhtä helppo kuin itse alkuperäisen suostumuksen antamisen. Tutkimukseen osallistuvan tulee saada tietoa tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä sekä käytännön toteutuksesta, kuten mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Tutkimusaineiston käsittely, säilyttäminen ja hävittäminen ovat ehdottoman tärkeitä. Tutkijan tehtävänä on ilmoittaa myös muut tutkimuksen kannalta olennaiset sidonnaisuutensa tutkittavalle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019.) Tutkimuksen haastattelut suoritettiin Eettisen toimikunnan ohjeistusta noudattaen. Tutkimukseen osallistuvia kohdeltiin tasa-arvoisesti ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikkia yksikön hoitajia koskee vaitiolovelvollisuus, joten ryhmähaastattelutilanteessa mahdollisesti esiin tulleet arkaluonteiset asiat voi vapaasti

ottaa esiin. Ryhmähaastattelu tallennettiin ja tallenteeseen oli pääsy vain kehittämistyön tekijöillä. Asiakkaiden haastatteluaineisto säilytettiin lukitussa kaapissa ja oli ainoastaan kehittämistyön tekijöiden käytössä. Tutkimuksen valmistuttua aineistot tullaan hävittämään asianmukaisesti.

Asiakkaita haastatellessa itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen osallistumisen lähtökohta. Osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. Haastattelussa tutkittavan yksityisyys, potilastietojen luottamuksellisuus sekä fyysinen ja psyykkinen koskemattomuus on turvattava. Raportti tullaan kirjoittamaan niin, että kaikkien tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy. Tutkimuslupaa haettaessa selvitetään myös, saako työn tilanteen organisaation nimen mainita tutkimusraportissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 218–219, 221).

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Pohdinta- eli diskussio-osa aloitetaan tyypillisesti keskeisten tulosten tarkastelulla. Tuloksia voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta. Tulosten tulkinta on tarpeen laadullisen aineiston tuottaman aineiston analysointivaiheessa. Tulkinta on tarpeellinen myös arvioitaessa, mitä tulokset tarkoittavat käytännön tasolla. Myös tulkintaa siitä, mikä merkitys tuloksilla on jatkossa, tulee sisällyttää tähän vaiheeseen. Pohdinnan ei tulisi olla vain tutkijan saamien tulosten kertaamista, vaan keskeistä olisi tulosten tulkinta ja niiden merkitysten pohtiminen sekä uusien ideoiden jakaminen uusille tutkijoille. (Metsämuuronen, 2009, s. 84–86.)

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua tutkimuskysymysten mukaan

Ensimmäisen tutkimustehtävän tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien ammatillista osaamista C-hepatiitin hoidosta mielenterveys- ja päihdeyksikössä ennen koulutusta järjestettävällä ryhmähaastattelulla. Tutkimustulosten perusteella kävi ilmi, että vain harva hoitaja oli kuullut uudesta hoitosuosituksista. Hoitajilla oli suuri tietojen

päivittämisen tarve. C-hepatiitin tartuntatavat sekä ehkäisy olivat hyvin tiedossa, mutta uusista lääkehoidoista tiedettiin vain vähän. Yhtä mieltä oltiin siitä, että hoito aloitetaan omassa yksikössä. Pohdintaa herättää tuliko kaikkien asenne ja näkemys esille ryhmähaastattelun avulla, vai olisiko yksilöhaastattelu antanut monipuolisemman aineiston. Oliko ryhmähaastattelun tilanteessa painetta olla samaa mieltä? Yhden teema-haastattelun kysymyksen laadinnassa oli kehittämistyön tekijöillä tapahtunut erilainen tulkinta ja kysymyksen asettelu oli ymmärretty eri tavoin. Toinen tekijöistä oli ajatellut kysymyksen tarkoittavan heitä, jotka pitää hoitaa ja toinen heitä, jotka tulee ottaa huomioon mahdollisina tartunnan saaneita. Tämä kuitenkin tuskin vaikutti tutkimustuloksiin merkittävästi. Teams-yhteys todennäköisesti vaikutti haastateltavien osallistumiseen. Kasvokkain tapahtuva haastattelutilanne olisi saattanut antaa mahdollisuuden vuorovaikutteisempaan keskusteluun sekä myös ilmeiden, eleiden ja kehonkielen havainnointiin.

Toisen tutkimustehtävän tarkoitus oli järjestää työkonferenssi yksikön hoitajille uuteen C-hepatiitin hoitosuositukseen pohjautuen. Keskeistä oli aiheeseen orientoituminen, tiedon jakaminen ja alustus tulevasta C-hepatiitin hoidon siirrosta yksikköön. Hoitajia kannustettiin perehtymään uuteen C-hepatiitin hoitosuositukseen informoiden heitä julkaisun lähteestä. Kehittämistyön tekijöiden näkökulmasta työkonferenssi oli onnistunut, koska toimintamallin käyttöönotto lähti hyvin alulle yhteistyössä hoitajien kanssa. Vielä dialogisemman keskustelun työkonferenssissa olisi saattanut tuoda kasvokkain pidetty konferenssi. Nyt konferenssi toteutui koronapandemian vuoksi etäyhteydellä.

Kolmas tutkimustehtävä kartoitti asiakkaiden kokemuksia uudesta lääkärijohteisesti toteutetusta C-hepatiitin hoidosta. Tämän aineiston keruun haasteena oli haastateltavien määrä. Koska haastateltavia oli vain kolme, ei tämän aineiston pohjalta voida tehdä suoria päätelmiä. Positiivista asiakkaiden haastattelussa oli, että heidät voitiin haastatella kasvokkain, jolloin myös ilmeet ja eleet tulivat nähtyksi. Asiakkaiden haastatteluista saatiin kuitenkin myönteistä palautetta uudesta hoidosta, mikä antaa hyvät lähtökohdat toimintamallin käyttöönotolle.

Neljäntenä tutkimustehtävänä oli järjestää koulutus yksikön hoitajille C-hepatiittitartunnan saaneen hoidosta ryhmähaastattelusta saatujen tuloksien pohjalta. HUSin integraatiohoitaja ja lääkefirman edustajan pitämä koulutus vastasi hoitajien tiedon tarpeisiin sekä antoi hyvän pohjan uuden toimintamallin implementoinnille. Tässäkin haittana oli etäyhteys, joka esti spontaanin keskustelun.

Viimeinen tutkimustehtävä oli järjestää toinen työkonferenssi yksikön hoitajille, jossa sovittiin ja keskusteltiin yhteisistä käytännöistä. Työkonferenssin ilmapiiri oli jälleen keskustelevalta ja siten yhteistyön tekeminen oli sujuvaa. Pidetyt työkonferenssit auttoivat etenemään kehittämistyössä ja pysymään tavoitellussa aikataulussa. Koko työryhmän osallistaminen oli tärkeää, koska näin kaikilla oli mahdollisuus vaikuttaa yksikön toiminnan kehittämiseen.

9.2 Tulosten tarkastelua suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin

Tämän kehittämistyön tuloksia ei voida suoraan verrata aikaisempiin tutkimuksiin, koska C-hepatiitin hoidosta löytyi vain vähän uutta tutkimustietoa. Aikaisempien tutkimusten mukaan, esimerkiksi Lasser ym. (2017), hoito on mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollon yksikössä. Rohkaisevaa on, että aikaisempien tutkimusten mukaan myös aktiivisesti päihteitä käyttävien asiakkaiden C-hepatiitin hoidosta on saatu hyviä tuloksia. Häkkisen ym. (2019) tutkimustulosten mukaan C-hepatiitin hoito opi-aattikorvaushoidon yhteydessä onnistuu. Samansuuntaisia tuloksia oli myös Preston ym. (2013) mukaan tutkimuksessa, jossa selvitettiin C-hepatiittitartunnan saaneiden hoidon onnistumista asunnottomilla, psyykkisesti sairailta ja aktiivisesti päihteitä käyttävillä asiakkailla.

9.3 Johtopäätökset C-hepatiitin hoidon implementoinnista

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli implementoida toimintamalli C-hepatiitin hoitoon perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Tavoitteena oli kehittää yksikön toimintaa C-hepatiitin hoidon osalta aiempaa asiakaslähtöisemmäksi. Toimintamallin implementoinnista ei löytynyt juurikaan aikaisempaa tietoa, jossa

mallin käyttöönottoa olisi kuvattu vaiheittain. Näin ollen aiheeseen perehtyminen oli työlästä ja aikaa vievää.

Kehittämistyön aiheen valinta oli luonteva, koska kehittämistyöntekijät työskentelevät mielenterveys- ja päihdeyksikössä sairaanhoitajina. Tarve C-hepatiitin hoidon siirtämisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon perustuu uuteen hoitosuositukseen ja uuden toimintamallin implementointi tapahtui siten työelämälähtöisesti.

Tässä kehittämistyössä implementoitua toimintamallia kehitettiin tutkimuksellista kehittämistoimintaa hyödyntäen. Yksikön hoitajien kanssa järjestetyt työkonferenssit uuden toimintamallin aikaansaamiseksi onnistuivat suunnitellusti. Yhteistyön sujuvuutta saattoi helpottaa se, että kehittämistyöntekijät ja tutkimukseen osallistuneet hoitajat ovat työkavereita.

Tämä kehittämistyö keskittyi uuden toimintamallin luomiseen ja toiminnan kehittämiseen aiempaa asiakaslähtöisemmäksi. Tämän kehittämistyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että C-hepatiitin hoidon siirtäminen perusterveydenhuoltoon onnistuu melko helposti, koska hoitajilla on jo entuudestaan osaamista asiakasohjauksen sekä lääkeshoidon toteutuksesta. Kehittämistyöhön sisällynyt koulutus antoi hoitajille lisävarmuutta sekä päivitetyn tiedon C-hepatiitin hoidosta. Ilman järjestettyä koulutusta uutta toimintamallia olisi ollut haastavaa ottaa käyttöön ja hoito olisi voinut ollut laadultaan vaihtelevaa.

Jatkotutkimusideana voisi selvittää asiakkaiden kokemuksia C-hepatiittihoidosta laajemmalla otannalla, koska tämän kehittämistyön aineisto oli asiakkaiden osalta hyvin suppea. Mielenkiintoista voisi olla myös tutkia, kuinka moni asiakkaista parani hoidon saatuaan.

LÄHTEET

Ahola, T. & Kaukinen, P. (2012). C-hepatiitti-infektion lääkehoito: kohti viruksen hävittämistä elimistöstä. Duodecim. Haettu 2.1.2021 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi>

A-klinikkasäätiö. (2020). C-hepatiitin hoito. Haettu 10.1.2021 osoitteesta <https://seonveressa.fi>

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). Ohjaus hoitotyössä. Tammi.

Färkkilä M. (2014). C-hepatiitin uudet lääkkeet milloin ja kenelle? Duodecim 130:1813–22. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11851>

Färkkilä, M. (2018). C-hepatiitti - maksasairauden hoidosta infektiön eliminointiin. Hoitopolku erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Duodecim. <https://www.terveysportti.fi>

Häkkinen, M. Tourunen, J., Pitkänen, T., Vuoti, S. & Simojoki, K. (2019). C-hepatiitin hoito opioidikorvaushoidon yhteydessä onnistuu. <https://www-laakarilehti-fi>

Joutsa-Huutola, T. & Nurmela, T. (2020). Kirjallisuuskatsaus. Terveiden edistämisen tutkinto-ohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. (2012). Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Juvenes Print.

Kananen, J. (2017). Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Juvenes Print.

Kananen, J. (2019). Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas. Punamusta.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. (2009). Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.

Lappalainen, M., Färkkilä, M. & Rautiainen, H. (2020). Virushepatiitit. Lääkärin käsikirja. Duodecim. <https://www.terveysportti.fi>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 muutoksineen. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lasser, K., Heinz, A., Battisti, L., Akoumianakis, A., Truong, V., Tsui, J., Ruiz, G & Samet, J. (2017). Hepatitis C Treatment Program Based in a Safety-Net Hospital Patient-Centered Medical Home <https://doi.org/10.1370/afm.2069>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Sanoma Pro.

Lehtonen, J., Syvänen, S. & Kokkonen, A. (2014). Työkonferenssi -dialoginen kehittämismetodi. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntayhtymä.

Lumio, J. (2019). Maksatulehdus (hepatiitti) aikuisilla. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Lääkeinfo. (2020). Epclusa. Haettu 10.11.2020. osoitteesta <https://laakeinfo.fi>

Metsämuuronen, J. (2009). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä (4.laitos). Gummerus Kirjapaino.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2014). Kehittämistyön menetelmät. Sanoma Pro.

Pelzang, R. (2010). Time to learn: Understanding patience-centered care. <https://doi.org/10.12968/BJON.2010.19.14.49050>

Preston, C., Fredericks, K., Doorley, SL., Kramer, RJ., Kwan, L., Kamal, A. (2013). A Unique model for treating chronic hepatitis C in patients with psychiatric disorders, substance abuse, and/or housing instability <https://doi.org/10.1097/adm.0b013e31829b1a6c>

Puusa, A., & Juuti, P. toim. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2020). Hoitotyön taidot ja toiminnot. 7. uudistettu painos. Sanoma Pro.

Sihto, M & Karvonen, S. toim. (2016). Terveystyön edistäminen ja eriarvoisuus -lähestymistapoja ja ratkaisuja. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos.

Sillanpää, M., Huovinen, E., Virtanen, M.J., Toikkanen, S., Surcel, H-M., Julkunen, I., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., Salminen, M., Lappalainen, M., Färkkilä, M. & Kuusi, M. (2014). Hepatiitti C -virusinfektioiden seuranta Suomessa vuosina 1995–2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-349-9>

Simojoki, K. (2018). HCV-hoito korvaushoitopotilaalla. Käypä hoito näytönastekaus. <https://www.kaypahoito.fi/nak08955>

Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019. (2016). Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2016:63. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3845-8>

Terveystyöhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Haettu 3.12.2020 osoitteesta. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. (2019a). C-hepatiitin hoitopolku. Kansallinen hiv- ja hepatiittiasiantuntijaryhmä. Haettu 3.10.2020 osoitteesta <https://www.julkari.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019b). Hepatiitti C. Haettu 5.10.2020 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/hepatiitti-c>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). Tartuntatautirekisteri. Haettu 4.10.2020 osoitteesta https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ttr/shp/fact_shp?row=area-12260&column=time-12059&filter=reportgroup-12414

Tiittala, P. (2019). Hepatitis B and C, HIV and Syphilis Among Migrants in Finland: Opportunities for Public Health Response <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5255-8>

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Haettu 30.11.2020 osoitteesta https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf,

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (uudistettu laitos). Tammi.

Työturvallisuuskeskus. (2004). Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Haettu 14.12.2020 osoitteesta https://ttk.fi/files/3473/Tyokonferenssi_Suomessa_2004.pdf

Vilkka, H. (2015). Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. PS-Kustannus.

World Health Organization. (2020a). Hepatitis C. Haettu 5.10.2020 osoitteesta <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>,

World Health Organization. (2020b). People-centered-care. Haettu 6.10.2020 osoitteesta <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>

Zuchowski, J., Hamilton, A., Pyne, J., Clark, J., Naik, A., Smith, D & Kanwal, F. (2015). Qualitative analysis of patient-centered decision attributes associated with initiating hepatitis C treatment. <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12876-015-0356-5.pdf>

Teemahaastattelukysymyksiä hoitajille ovat:

1. Mitä tiedät uudesta C-hepatiitin hoitosuosituksesta hoitaa tartunnan saaneet perusterveydenhuollossa?
2. Mitä tiedät uusista C-hepatiitin lääkehoidoista?
3. Miten C-hepatiitti tarttuu?
4. Miten C-hepatiitti tartuntoja ehkäistään?
5. Mitä mieltä olet uudesta hoitosuosituksesta, että kaikki C-hepatiitti tartunnan saaneet hoidetaan omassa yksikössä?
6. Ketkä ovat mielestäsi hoidon kohderyhmää?
7. Koetko tarvitsevasi koulutusta C-hepatiitin hoidosta ennen hoitomallin käyttöönottoa?

Teemahaastattelu asiakkaille sisältää kolme avointa kysymystä, jotka ovat:

1. Mitä mieltä olet saamastasi C-hepatiittihoidosta?
2. Mikä hoidossa oli helppoa ja positiivista?
3. Mikä hoidossa oli haasteellista ja mitä muuttaisit siinä?

ENSIMMÄINEN TYÖKONFERENSSI

Aika 10.2.2021 klo. 14.00–15.30

Paikka Teams

Läsnä Mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajat

1. Kerrottu työkonferenssista menetelmänä.
2. Ohjeistettu puheenvuorojen pyytamisestä sekä mahdollisuudesta käyttää Teamsin viestikenttää.
3. Aiheeseen alustus, sisältäen C-hepatiitin uuden hoitosuosituksen.
4. Kerrottu hoitomallin implementoinnista yksikköön.
5. Kerrottu tulevasta C-hepatiitti koulutuksesta.
6. Keskusteltu mahdollisista yksikössä toimivista käytännöistä C-hepatiittihoidon suhteen.
7. Kerrottu toisesta työkonferenssista koulutuksen jälkeen ennen C-hepatiittihoidon aloitusta.
8. Vapaata keskustelua aiheesta sekä kysymyksiin vastaamista.

TOINEN TYÖKONFERENSSI

Aika 31.3.2021 klo. 12.30–14.00

Paikka Teams

Läsnä Mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajat

1. Alustettu työkonferenssin aiheeseen: käytännöistä sopiminen ennen hoitomallin käyttöönottoa.
2. Ohjeistettu puheenvuorojen pyytämisestä sekä mahdollisuudesta käyttää Teamsin viestikenttää.
3. Sovitut käytännöt:

Vastuuhoitajien nimeäminen

Lääkkeiden tilaus ja säilytys

käytännön sopiminen vastuuhoitajan poissaolon varalta

Ajanvaraukseen laitettava varaamissy

Ylimääräisten ”varatablettien anto”

Alkulabrojen ohjelmointi

Lääkärin rooli alkulabrojen jälkeen

Yhtenäinen kirjaamiskäytäntö

Hoitomyöntyvyyden ja sitoutumisen arviointi

Asiakkaille jaettavat esitteet

KOULUTUS

C-HEPATIITIN HOITO

Aika: 17.3.2021

Paikka: Teams

Osallistujat: mielenterveys- ja päihdeyksikön hoitajat ja lääkäri

1. Koulutuksen alustus ja läsnä olevien kartoitus
2. Lääkefirman edustajan esitys Epclusa-lääkkeestä ja lääkehoidon toteuttamisesta
3. Keskustelua lääkkeestä
4. Integraatiohoitajan esitys HUSin mallista
5. Kysymyksiä ja keskustelua aiheesta

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

22.1.2021

Hakijat:

Tiina Nurmela ja Taru Joutsa-Huutola

tiina.nurmela@student.samk.fi

taru.joutsa-huutola@student.samk.fi

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Ylempi AMK, Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Pori

Opinnäytetyön nimi:

C-hepatiittitartunnan saaneen hoito perusterveyden mielenterveys- ja päihdeyksikössä


Opinnäytetyön tarkoituksena on implementoida uuden hoitosuosituksen mukainen hoitomalli käytäntöön sisältäen teemahaastattelut, työkonferenssit sekä koulutus aiheeseen.

Opinnäytetyössä toteutetaan teemahaastattelu mpt-yksikön hoitajille kartoittaen heidän valmiuksiaan c-hepatiitin hoidon suhteen n=12 sekä uuden c-hepatiittihoidon jo saaneiden asiakkaiden n=3 haastattelua heidän kokemuksistaan.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Seija Olli seija.oll@samk.fi

Tämän opinnäytetyön tekijät sitoutuvat noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä. Valmis opinnäytetyön raportti tullaan toimittamaan sähköisenä organisaatiolle.

Päiväys


Taru Joutsa-Huutola


Tiina Nurmela

Lupaa puolletaan/Lupaa ei-puolleta

Päiväys 8.2.2021

Pia Lahti

Johtava ylilääkäri Pia Lahtinen

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi, tutkimusmenetelmä	Aineiston keruun menetelmät ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset (esim. tutkitut interventiot)	Laadun arviointipisteet CASP
Häkkinen, M. Tourunen, J., Pitkänen, T., Vuoti, S. & Simojoki, K. 2019. Suomi.	Luoda malli, jossa C-hepatiitin hoito toteutetaan kokonaisuudessaan opioidikorvaushoitopoliinikalla. Tutkimuksen tarkoituksena ollut osoittaa hoidon onnistuminen.	Tutkimus on tehty pilottitutkimuksena, jossa käytetty triangulaatiota. Tutkimus on ollut kvasikokeellinen.	Aineiston keruu on perustunut kyselyyn ja haastatteluun sekä hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden omiin arviointeihin. Tutkimukseen oli otettu mukaan 20 opioidikorvaushoidon c-hepatiittia sairastavaa asiakasta.	Tutkimukseen osallistuneista 19 asiakasta parrantui c-hepatiitista, yksi kuoli kesken tutkimuksen tapaturmaisesti. 47 % tutkimukseen osallistuneista raportoi vain positiivisia tuloksia, lieviä	19/20

				haittoja koki 35 % ja kukaan ei halunnut lopettaa hoitoa kesken, myös hoitoon sitouduttiin aiempaa paremmin.	
2 Tiittala, Paula. 2019. Suomi	Tutkimuksen tavoitteena on kuvata mm. C-hepatiitti-infektion esiintymistä maahanmuuttajilla ja arvioida ehkäisykeinojen toteutumista.	Poikkileikkauksellinen tutkimus.	Aineisto muodostui kolmesta kyselytutkimuksesta ja kahdesta rekisteristä. N=3000 kurdi-, venäjä- ja somalitaustaista henkilöä, jotka valittiin satunnaisesti.	Tutkimus osoittaa, että maahanmuuttajat ja turvapaikanhakijat ovat tärkeä C-hepatiittiseulonnan ja ennaltaehkäisyn kohde-ryhmä Suomessa. Heillä on esteitä terveysneuvontaan ja	20/20

				<p>tartunnan saaneista on ollut 20–29-vuotiaita, kun tartunta on todettu. Kroonistuvat C-hepatiitti-infektiot altistavat henkilöitä pitkään erilaisille hitaasti kehittyville maksasairauksille, kuten kirroosille tai maksasyövälle, koska tartunnat saadaan nuorena.</p>
--	--	--	--	--

<p>4 Lasser, K., Heinz, A., Battisti, L., Akoumianakis, A., Truong, V., Tsui, J., Ruiz, G. & Samet, J. 2017. USA.</p>	<p>Luoda malli, jossa C-hepatiitin hoito toteutetaan perustasolla. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut osoittaa sen onnistuminen.</p>	<p>Tehty pilottitutkimuksena, jossa on käytetty triangulaatiota.</p>	<p>Tutkimukseen oli pyydetty mukaan 302 C-hepatiittiasairastavaa potilasta. Aineiston keruu toteutettiin kyselyin/haastatteluin sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden havainnoinneilla.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneista potilaista 46 pantiin C-hepatiitista kokonaan. 302 potilaasta 157 aloitti hoidon. 40 potilasta lähetettiin verikokeiden perusteella erikoissairaanhoidon. 44 potilasta keskeytti hoidon ensimmäisen käynnin jälkeen ja 27 tutkimukseen valikoituneeseen potilaaseen ei saanut alkuunkaan yhteyttä.</p>	<p>19/20</p>
---	--	--	--	--	--------------

<p>5 Preston, C., Fredericks K., Doorley, SL., Kramer, RJ., Kwan, L. & Kamal, A. USA. 2013.</p>	<p>Luoda yksilöllinen malli kroonisen hepatiitti C:n hoitamiseksi potilaille, joilla on psykiatrisia häiriöitä tai päihteiden väärinkäyttöä ja/tai ovat asunnottomia.</p>	<p>Tehty pilottitutkimuksena, joka perustui moniammatillisen lääkärikunnan yhteistyöhön.</p>	<p>Tutkimukseen potilasryhmä muodostui psykiatrisista sairauksista/häiriöistä kärsivistä potilaista, päihteiden väärinkäyttäjistä ja/tai asunnottomista C-hepatiittia sairastavista henkilöistä.</p>	<p>80 % tutkimukseen valikoituneista noudatti hoito-ohjelmiin C-hepatiitin hoidon suhteen. Virologisen vastuksen hoitoa noudattavista sai 55 %, joilla oli genotyyppin I infektio sekä 80 % niistä, joilla oli genotyyppin II tai III infektio. Tutkimustulosten mukaan myöskin kyseinen potilasryhmä näyttää kykenevän</p>	<p>20/20</p>
---	---	--	--	---	--------------

				hoitoon sitoutumiseen.	
6 Zuchowski, J., Hamilton, A., Pyne, J., Clark, J., Naik, A., Smith, D & Kanwal, F. 2015. USA.	Luoda potilaslähtöinen hoito-malli C-hepatiitin hoitoon, jossa potilas on itse vahvasti mukana hoitonsa päätöksenteossa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille C-hepatiitin hoitoon vaikuttavat potilaiden ajatukset. Näitä tutkimalla saadaan kehitettyä yhä potilaslähtöisempi malli, jossa potilas on keskiössä.	Puolistrukturoitu kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus.	Haastateltiin 29 sotaveteraanipotilasta neljästä erisairaalasta. Haastateltavat jaettiin kolmeen ryhmään. Ryhmä 1 muodostui C-hepatiittihoitoa harkitsevista, ryhmä 2 hoidon hiljattain keskenjättäneistä, ryhmä 3 hoidon hiljan aloittaneista potilaista.	Yleisimmin ilmoitetut potilaiden hoitopäätöksiin vaikuttavista tekijät olivat: fyysiset sivuvaikutukset (83%); hoidon tehokkuus (79%), kehitteillä olevat uudet hoitolääkkeet (55%); psyykkiset sivuvaikutukset (55%); maksan tila ja maksa (52%). Kaikki osallistujat	19/20

				panivat merkille myös hoitopäätöksiin vaikuttavat henkilökoh- taisen elämän olosuhteet (kuten perheen tuen saatavuus ja ta- loudellisen vas- tuun taakka).
--	--	--	--	--