

Minna Heino

COPD-KUNTOUTUSPROSESSIN MALLINTAMINEN
SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN KEUHKOSAIRAUKSIEN
YKSIKÖSSÄ

Terveyden edistämisen koulutusohjelma
2015

COPD-KUNTOUTUSPROSESSIN MALLINTAMINEN SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN KEUHKOSAIRAUKSIEN YKSIKÖSSÄ

Heino, Minna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden koulutusohjelma
Toukokuu 2015
Ohjaaja: Hirvonen, Eila
Sivumäärä: 79
Liitteitä:4

Asiasanat: keuhkohtaumatauti, keuhkokuntoutus, hoitoprosessimalli, toimintatutkimus

Opinnäytetyö on osa keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon kehittämistyötä Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön moniammatillinen COPD-kuntoutusprosessimalli. Tavoitteena oli kartoittaa COPD-kuntoutuksen lähtötilanne ja toteutusedellytykset keuhkosairauksien yksikössä, kartoittaa COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilaa keuhkosairauksien yksikössä, luoda ensimmäinen versio COPD-kuntoutusprosessimallista sekä arvioida ja testata laadittua kuntoutusprosessimallia.

Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä keuhkohtaumataudin kuntouttavasta ja liikuntapainotteisesta hoitokokonaisuudesta päädyttiin käyttämään termiä COPD-kuntoutus. Opinnäytetyöhön rajattiin kuuluvaksi COPD-kuntoutuksen kehittäminen osastolla sekä hoitajaksoon liittyvien polikliinisten kontrollien kehittäminen. Kohderyhmänä olivat keuhkosairauksien yksikön keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita hoitava henkilökunta. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin osallistava toimintatutkimus, joka toteutettiin neljänä kehitysvaiheena eli syklinä. Opinnäytetyön tekijä oli sekä osallistuvan havainnoitsijan että työntekijän roolissa koko kehittämisprosessin ajan. Aineistonkeruu toteutui toimintatutkimuksen eri kehittämisvaiheissa ja koostui COPD-kuntoutuksen toteutusedellytysten kartoittamisesta, toteutuksen tilan kartoittamisesta, ensimmäisen COPD-kuntoutusprosessimallin version kokoamisesta sekä sen arvioinnista ja valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin laadinnasta. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tuloksena oli Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessimalli, joka laadittiin sekä toiminnan kuvauksena että prosessikaaviona prosessin kulun ja työnkulun tasoilla. COPD-kuntoutusprosessimallia voidaan keuhkosairauksien yksikössä hyödyntää toiminnan kuvauksena, työhöjeena, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä sekä COPD-kuntoutuksen jatkokehittämisessä. Mallia pystytään hyödyntämään vastaavanlaisen toiminnan kehittämisessä myös muualla. Opinnäytetyön avulla testattiin mallin näyttöön perustuvuus ja tulosten voidaan katoa olevan luotettavia.

COPD-kuntoutusta tulisi kehittää edelleen ja huomioida erityisesti kuntoutustoiminnan arviointimittareiden standardointi sekä yhteistyön kehittäminen muiden erikoisalojen, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kanssa.

DEVELOPMENT OF A MODEL FOR REHABILITATION OF COPD PATIENTS IN THE PULMONARY DISEASE UNIT OF SATAKUNTA CENTRAL HOSPITAL

Heino, Minna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
May 2015
Supervisor: Hirvonen, Eila
Number of pages: 79
Appendices: 4

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), pulmonary rehabilitation, model of nursing process, action research

This thesis is part of the development work to improve COPD patients' treatment in the pulmonary disease unit of Satakunta Central Hospital. The purpose of the thesis was to develop a multidisciplinary rehabilitation process model of COPD patients for the pulmonary disease unit. The aim was to chart the present situation and prerequisites of COPD rehabilitation. Another aim was to create the first version of a multidisciplinary rehabilitation process model of COPD patients and to test and assess the model.

The pulmonary unit uses the term COPD rehabilitation of the treatment, which includes rehabilitation and physical exercises. The thesis focuses on the development of COPD rehabilitation and out-patient check-ups in the department. The target group included the personnel of the pulmonary disease unit who treat patients suffering from COPD. The method of the thesis is participatory action research which was carried out in four cycles. The author of the thesis acted as a participatory observer and part of the staff during the whole development process.

The data were collected during the different phases of the action research. It included descriptions of the prerequisites of COPD rehabilitation, the present situation, the first version of the COPD rehabilitation and its assessment and creation of the COPD model. The data were analyzed with content analysis.

The result of the thesis was a rehabilitation model for the pulmonary diseases unit, which includes descriptions of the functions and process charts of the progress of the process and work. The model can be used to develop similar functions in other units. The model is evidence-based and the results can be considered reliable.

In the future, COPD rehabilitation should be developed further. The evaluation measures should be standardized and co-operation increased with other specialization fields, primary health care and the third sector.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT	7
3	KEUHKOAHTAUMATAUDIN HOITOPROSESSIMALLI	10
3.1	Prosessin kehittäminen.....	11
3.2	Prosessin kuvaaminen	12
3.3	Terveyshyötymalli	14
4	KEUHKOAHTAUMATAUTI JA SEN HOITO	16
4.1	Keuhkohtaumataudin hoito	18
4.1.1	Keuhkohtaumataudin kuntoutus	21
4.1.2	Motivoiva ohjaus keuhkohtaumataudin hoidossa.....	22
5	KIRJALLISUUSKATSAUS COPD-KUNTOUTUKSESTA	25
5.1	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	25
5.2	Yhteenveto ja johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta	27
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	29
7	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄN KUVAUS	30
7.1	Toimintatutkimuksen syklit	31
7.2	Aineistot ja aineistojen analyysi	32
7.3	Toimintatutkijana kentällä	37
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	39
8.1	Ensimmäinen sykli; COPD-kuntoutuksen toteutusedellytysten kartoittaminen osastolla ja poliklinikalla.....	41
8.2	Toinen sykli; COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilan kartoittaminen osastolla ja poliklinikalla	43
8.3	Kolmas sykli; COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version luominen	45
8.4	Neljäs sykli; Ensimmäisen COPD-kuntoutusprosessimallin arviointi ja valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin luominen	48
9	TULOKSENA COPD-KUNTOUTUSPROSESSIMALLI.....	49
9.1	COPD-kuntoutuksen toteutusperiaatteet.....	50
9.2	COPD-kuntoutuksen tavoite ja kohderyhmä	51
9.3	COPD-kuntoutuksen sisältö ja toteutus	52
9.4	Yhteenveto COPD-kuntoutuksesta	53
10	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	55
10.1	COPD-kuntoutusprosessimallin tarkastelu ja arviointi.....	57
10.2	Opinnäytetyön tarkastelu ja arviointi.....	61

10.3 Eettiset näkökohdat.....	63
10.4 Tutkimuksen ja tulosten luotettavuus	67
10.5 Tulosten merkittävyys.....	70
LÄHTEET	72
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Keuhkohtaumatautia sairastaa arviolta noin 200 000 suomalaista ja sairauden arvioidaan olevan edelleen alidiagnosoitu. Keuhkohtaumatauti aiheuttaa inhimillisiä kärsimyksiä sairastuneille ja heidän läheisilleen. Tämän lisäksi sairaudesta aiheutuu runsaasti kustannuksia yhteiskunnalle. Vuonna 2010 keuhkohtaumataudin vuoksi aiheutui Suomessa 25 195 sairaalahoitopäivää. Sairauden aiheuttamia inhimillisiä haittoja ja sairaalahoidon tarvetta voidaan tutkitusti vähentää aktivoimalla keuhkohtaumatautia sairastavia liikkumaan. (Ekroos 2011, 817; Katajisto 2013, 315)

Liikunnallinen kuntoutus on nykypäivän tutkimusnäyttöön perustuen hyvin kiinteä osa keuhkohtaumataudin kokonaisuhoitoa. Puhuttaessa keuhkohtaumataudin hoidosta puhutaan siis lähtökohtaisesti samalla myös kuntoutuksesta. Keuhkohtaumataudin hoidon perustan muodostavat tupakoinnin lopettaminen, liikunta sekä oikein toteutettu optimaalinen lääkehoito. (Käypä hoito 2014)

Keuhkohtaumataudin hoidon liikuntapainotteinen ja ennaltaehkäisevä näkökulma on noussut vallalle vasta tämän vuosituhannen aikana. Fyysisen aktiivisuuden korostaminen on erityisen tärkeää juuri keuhkohtaumataudin hoidossa, koska keuhkohtaumatautia sairastavat liikkuvat tutkitusti terveitä selvästi vähemmän ja fyysisen inaktiivisuuden vaikutukset ovat heillä myös selvästi suuremmat. Fyysistä huonokuntoisuutta ei enää pidetä keuhkohtaumataudin väistämättömänä seurauksena vaan nykykäsityksen mukaan sen syntyä voidaan ehkäistä. (Katajisto 2013, 315–316) Hoidon painotuksen muuttuminen on väistämättä johtanut tarpeeseen kehittää keuhkohtaumataudin hoitoprosesseja.

Keuhkohtaumataudin liikuntapainotteisemman hoidon toteutukselle on tänä päivänä olemassa useita variaatioita. Keuhkohtaumataudin hoitoa käsittelevässä kirjallisuudessa keuhkohtaumatautipotilaan kuntoutuksesta käytetään myös useita erilaisia termejä. Näitä ovat ainakin; keuhkokuntoutus, hengityskuntoutus, CAT-kuntoutus ja COPD-kuntoutus. Englanninkielinen vastine näille termeille on pulmonary rehabilitation. Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä keuhkohtaumataudin kuntouttavampaa hoitoa lähdettiin kehittämään loppuvuodesta 2012 vaikutta-

vuusnäyttöön perustuen. Uudesta toimintatavasta päädyttiin käyttämään termiä COPD-kuntoutus.

Tämä opinnäytetyö on osa Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutuksen kehittämistyötä. Opinnäytetyönä toteutettu COPD-kuntoutusprosessin mallintaminen liitettiin osaksi yksikön kehittämistyötä syksyllä 2013. Tarve prosessin mallintamiselle nousi käytännön kehittämistarpeesta. Opinnäytetyössä luotiin toimintatutkimuksen menetelmin yhteistyössä keuhkosairauksien yksikön henkilökunnan kanssa yksikön oma COPD-kuntoutusprosessimalli.

COPD-kuntoutuksen tavoitteena on luoda keuhkohtaumatautipotilaan itsehoitovalmiuksille mahdollisimman hyvät edellytykset, jotta taudin etenemistä pystytään ehkäisemään ja toimintakykyä ylläpitämään. COPD-kuntoutusprosessimalli on kuvaus COPD-kuntoutuksen toteutustavoista ja etenemisestä Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. Opinnäytetyöraportti kuvaa keuhkosairauksien yksikössä toteutetun COPD-kuntoutusprosessin kehittämistyön ja sen taustat sekä saavutetut tulokset.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Toimintaympäristö

Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikkö vastaa keuhkosairauksien erikoissairaanhoitotasoisesta tutkimuksesta ja hoidosta Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Keuhkosairauksien yksikön muodostavat keuhkosairauksien poliklinikka ja keuhkosairauksien osasto, jossa on 26 potilaspaikkaa. Osaston potilaspaikoista yksi vuodepaikka on varattu ihotautipotilaille ja viisi viikko-osastona toimivan unitutkimusyksikön toimintaan. Keuhkosairauksien yksikössä yleisimmin hoidettavat sairaudet ovat keuhkohtaumatauti, astma, allergiat, unen aikaiset hengityshäiriöt, erilaiset keuhkojen tulehdustilat, epäselvät keuhkomuutokset, keuhkosityöpä ja tuberkuloosi. Potilaiden tutkimus ja hoito toteutetaan yksikössä moniammatillisena yhteistyönä konsultoiden tarpeen mukaan muita erikoisalvoja. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015)

Keuhkosairauksien osastolla toteutetaan vuositasona noin 1700 hoitojaksoa ja potilaiden keskimääräinen hoitoaika on neljä vuorokautta (Hiisinet 2015). Ylilääkäri Niemisen (2015) mukaan osastolla hoidettavista potilaista 40–50 prosenttia on keuhkohtaumatautipotilaita.

Kehittämistyön hoitoon liittyvät lähtökohdat

Perustuen kymmenvuotiseen työkokemukseeni keuhkosairauksien yksiköstä arvioin, että vaikeaa tai erittäin vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat ovat selvästi yksi keuhkosairauksien osaston suurimmista potilasryhmistä. Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen perinteinen hoito keuhkosairauksien yksikössä on sisältänyt tehostettua lääkehoitoa ja kotilääkityksen uudelleen arviointia, tarpeenmukaista laitehoitoa, hengitysfysioterapiaa, liikuntaohjausta, tupakkaohjausta ja hoidon ohjausta sekä potilaan kotona selviytymisen kartoituksen.

Kehittämistyön teoriaan liittyvät lähtökohdat

Edetessään keuhkohtaumatauti johtaa yleensä lisääntyviin ja vaikeutuviin sairaalahoitoa vaativiin taudin pahenemisvaiheisiin sekä lisääntyneeseen tehostetun hoidon riskiin. Toistuvien pahenemisvaiheiden aiheuttama yleiskunnon ja keuhkokapasiteetin huononeminen altistaa potilasta uusille infektioille ja johtaa herkästi potilaan tilaa heikentävään sairauskierteeseen. (Käypä hoito 2014) Keuhkohtaumatauti aiheuttaa edetessään merkittäviä inhimillisiä kärsimyksiä sekä potilaalle että hänen läheisilleen. Tämän lisäksi keuhkohtaumataudin hoito aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Suomessa vuonna 2006 keuhkohtaumataudin hoidosta aiheutui yhteiskunnalle 194 miljoonan euron kustannukset ja suurin yksittäinen kuluerä, 34 prosenttia, aiheutui sairaanhoitokustannuksista. (Kinnula ym. 2011)

Lukuisat keuhkohtaumataudin hoitoa koskevat tutkimukset ovat siirtäneet viimeisen vuosikymmenen aikana keuhkohtaumataudin hoidon painopistettä yhä enemmän kuntouttavaan, liikuntapainotteiseen ja ohjaukselliseen suuntaan. Tämä näkyy selvästi myös uudessa vuonna 2014 julkaistussa Käypä hoito -suosituksessa. Sairauden edetessä keuhkohtaumatautia sairastavat alkavat usein lisääntyneen räsitus- ja hengästyshengenahdistuksen vuoksi välttää räsitusta ja hengästyshengenahdistusta joko tietoisesti tai tiedostamattaan. Tutkimusten mukaan fyysinen inaktiivisuus lisää pahenemisvaiheiden, sairaalahoitoon joutumisen ja kuoleman riskiä keuhkohtaumatautia sairastavilla. Fyys-

sinen aktiivisuus puolestaan vähentää pahenemisvaiheen riskiä. (Ekroos & Katajisto 2011) Liikunnallinen keuhkokuntoutus on tutkitusti keuhkohtaumatautia sairastavien hoitomuotona jopa lääkehoitoakin vaikuttavampaa mitattaessa suorituskykyä, elämänlaatua ja hengenahdistusoiretta. Toistuvista pahenemisvaiheista kärsivien keuhkohtaumatautipotilaiden liikunnallisella kuntoutuksella on pystytty jopa puolittamaan potilaiden sairaalahoitopäivien ja hoitajaksojen määrä useissa tutkimuksissa. (Katajisto 2013, 315)

Kehittämistyön käynnistämiseen liittyvät lähtökohdat

Keuhkohtaumataudin perinteistä hoitoa lähdettiin kehittämään Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä liikuntapainotteisempaan, ohjauksellisempaan ja ennaltaehkäisevämpään suuntaan. Kehittämistyön aloittamiseen päädyttiin rohkaiseviin kokemuksiin, vaikuttavaan tutkimusnäyttöön ja hoitosuosituksiin perustuen. COPD-kuntoutuksen kehittäminen käynnistyi Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä loppuvuodesta 2012. COPD-kuntoutukselle ei ollut saatavilla valmista, suoraan siirrettävissä olevaa toteutusmallia tai -suositusta, sillä eri sairaaloissa toteutustavat olivat hyvin vaihtelevia. Keuhkosairauksien yksikön oman COPD-kuntoutusprosessimallin kehittämiseksi koottiin moniammatillinen työryhmä, joka lähti viemään kehittämistyötä eteenpäin. (Virtanen 2013) Syksyllä 2013 sovittiin tämän opinnäytetyön liittämistä COPD-kuntoutusprosessin mallintamiseen keuhkosairauksien yksikössä. COPD-kuntoutuksen käyttöönotosta keuhkosairauksien yksikössä päätettiin kehittämistyöryhmän kokouksessa syyskuussa 2013. Käyttöönotto aloitettiin päätöksen mukaisesti marraskuussa 2013 kehittämistyön yhä jatkuen.

Opinnäytetyön lähtöasetelma

Opinnäytetyön tekijä toimi tässä opinnäytetyössä toimija-tutkijan roolissa (Huovinen & Rovio 2008, 94–95), koska hän toimi samanaikaisesti Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön apulaisosastonhoitajana. Opinnäytetyön tekijä tuli kuitenkin uutena jäsenenä mukaan COPD-kuntoutuksen kehittämistyöryhmään eikä ollut täysin tietoinen kehittämistyön vaiheesta. Lähtötilanteessa yksikön henkilökunnalle oli jo järjestetty sekä sisäistä että ulkoista koulutusta siitä, miten COPD-kuntoutusta toteutetaan muualla ja millaisin periaattein sitä tulnaisiin toteuttamaan Satakunnassa. Keuhkosairauksien osaston tulohaastattelukaavake oli uusittu COPD-

kuntoutustoiminnan tarpeita vastaavaksi. Tila- ja hankintaratkaisuin sekä osaston potilaspainetta vähentämällä oltiin jo luotu edellytykset COPD-kuntoutuksen kehittämiseksi ja toteuttamiseksi. Puitteet COPD-kuntoutuksen toteutukselle olivat olemassa, mutta epäselvyyksiä oli kuitenkin vielä siinä, miten kehittämistyössä edetäisiin, jotta toiminta saadaan käynnistymään, mitä COPD-kuntoutuksessa käytännön tasolla tullaan tekemään ja miten eri ammattiryhmien osaaminen voidaan optimaalisesti hyödyntää kuntoutustavoitteiden toteuttamiseksi. Tarve COPD-kuntoutusprosessin mallintamiselle nousi siis käytännön tarpeesta kehittää ja jäsentää uutta toimintatapaa.

3 KEUHKOAHTAUMATAUDIN HOITOPROSESSIMALLI

Keuhkohtaumataudissa, kuten myös muissa sairauksissa, hoitoa toteutetaan tietynlaisen kaavan mukaisesti. Tästä käytetään tutummin nimitystä hoitoprosessi, jolla tarkoitetaan potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintojen sarjaa. (FCG 2015) Hoitoprosessi koostuu neljästä eri vaiheesta; tulotilanteen arvioinnista, hoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta sekä hoidon arvioinnista (Komulainen, Meriläinen, Mäkelä & Vuokko 2011, 28). Hoitoon katsotaan kuuluvaksi kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon toimet, joilla pyritään terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä ylläpitoon. Hoidolla pyritään myös potilaan turvallisuuden tunteen säilyttämiseen ja vahvistamiseen sekä hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen. (FCG 2015)

Yleisellä tasolla prosessi voidaan määritellä jonkin herätteen (input) käynnistämäksi joukoksi erilaisia tehtäviä, joissa toimijat saavat aikaan tietyn lopputuloksen (output). Terveydenhuolto koostuu useista erilaisista rinnakkaisista ja sisäkkäisistä prosesseista, jotka kaikki tukevat terveydenhuollon ydinprosessia, potilaan hoitoprosessia. Ydinprosessina pidetään organisaation toiminnan kannalta keskeisimpiä toimintoja (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 3). Hoitoprosessi on monialainen ja joustava kokonaisuus, joka koostuu tavallisesti useista sisäkkäisistä toimin-

taprosesseista. Terveysthuollon hoitoprosessin lopputuloksena on potilaalle annettu hoito sekä hoidolla saavutettu terveyshyöty. (Blomqvist & Martinsuo 2010, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 15–16)

Terveysthuollon toimintaprosessin tulee tukea ja toteuttaa potilaan hyvää hoitoa. Sen tulee mahdollistaa potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan sekä tukea potilasturvallisuutta, hoidon jatkuvuutta ja potilaan sekä terveydenhuollon ammattilaisten oikeusturvaa. (Komulainen ym. 2011, 34) Prosesseja kuvaamalla pystytään käyttökelpoisella tavalla kytkemään yhteen sekä toimijat että tekeminen. Prosessimallinnus onkin yleinen tapa kuvata jo olemassa olevaa tai tavoiteltavaa toimintaa. Hoitoprosessimallia voidaan käyttää yhteisenä työvälineenä, jota pystytään hyödyntämään toiminnan yhdenmukaistamisessa, työnjaon ja toiminnan selkiyttämässä, perehdytyksessä, toimintojen arvioinnissa, kehittämisessä ja tehostamisessa sekä johtamisen työvälineenä. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012; Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 4–5) Opinnäytetyössä COPD-kuntoutusprosessin mallinnukseen päädyttiin hoitoprosessimallinnuksen moninaisten hyötyjen ja monipuolisen käytettävyyden vuoksi.

3.1 Prosessin kehittäminen

Prosessin kehittäminen alkaa tavallisesti havaitusta ongelmasta, johon lähdetään hakemaan ratkaisua. Opinnäytetyössä keuhkohtaumatautipotilaiden hoidossa havaituihin kehittämistarpeisiin lähdettiin vastaamaan COPD-kuntoutusprosessin kehittämisellä. Prosessien kehittäminen tapahtuu osana organisaation muuta suunnittelu- ja kehittämistyötä ja sillä tavoitellaan yleensä toiminnan tehostamista, toiminnan laadun ja palvelutason parantamista, ongelmatilanteiden hallintaa sekä kustannussäästöjä. Käytännössä prosessien kehittäminen johtaa usein muutoksiin toiminta- ja työskentelytavoissa. Tehtävillä muutoksilla tulee olla hyvät perusteet ja niiden jalkauttamiseen tulee varata riittävästi aikaa ja resursseja. Saavutetun muutoksen ei tule jäädä kerta-työksi vaan sen tulisi johtaa jatkuvaan kehittämiseen ja vaikutusten mittaamiseen. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 4)

Prosessin kehittämässä lähdetään liikkeelle kehittämistyön päämääristä ja sitä kautta rajataan, millaisesta kehittämissuunnitelmasta on kyse. Kun kehittämiskohde on rajattu, määritellään kehittämistyön lähtökohdat eli kehittämiskohteen nykytila. Vertaamalla nykytilaa ja päämääriä toisiinsa pystytään määrittelemään, missä määrin nykyinen prosessi tuottaa tavoitteiden mukaisia tuloksia ja millaisia puutteita siinä havaitaan. Näin pystytään tunnistamaan ne alueet, joilla prosessia on syytä uudistaa. Tämän pohjalta pystytään mallintamaan tavoiteprosessi, jossa toiminta kuvataan siten kuin se pitäisi toteuttaa päämäärien saavuttamiseksi. Tavoiteprosessia tulisi voida testata ennen sen varsinaista käyttöönottoa. Opinnäytetyössä laadittua COPD-kuntoutusprosessimallia ei virallisesti esitettävä, koska kuntoutustoiminnan toteutusmallin mukaisin periaattein oli keuhkosairauksien yksikössä jo aloitettu ennen COPD-kuntoutusprosessimallin valmistumista. Prosessin laajamittainen käyttöönotto syrjäyttää aina vanhat toimintatavat, rutiinit ja ohjeet korvaten ne uuden prosessin mukaisilla toimintatavoilla ja ohjeilla. Käyttöönotto edellyttää henkilöstön ja sidosryhmien kouluttamista uusista toimintatavoista ja rooleista, kuten tässäkin kehittämistyössä on tehty. Koko organisaation toiminnan ja johdon tuki prosessin käyttöönotossa on tärkeää. Prosessin käyttöönoton jälkeen seurannalla ja johtamisella ohjataan prosessin toteutusedellytyksiä sekä tunnistetaan jatkokehittämistarpeita. (Blomqvist & Martinsuo 2010, 6–7)

3.2 Prosessin kuvaaminen

COPD-kuntoutusprosessin kuvaamisella on tavoiteltu prosessimallinnuksella saavutettavia hyötyjä. Prosessin kuvaamisella voidaan lisätä ymmärrystä terveydenhuollon palveluprosessin etenemisestä, työnjaosta ja potilastietojen hyödyntämisestä. Prosessikuvausta voidaan hyödyntää toimintatapojen tutkimisessa, kehittämisessä ja yhtenäistämässä. Prosessikuvausta käytetään yleisesti myös erilaisten prosessien johtamisen, hallinnan ja parantamisen välineinä, tehtäviin ja toimintaan perehdyttämiseen, koulutukseen sekä tietojärjestelmien kehittämiseen. Prosessimallinnusta voidaan toteuttaa kuvauksen tarkkuuden suhteen eri tasoilla tai eri toimijoiden näkökulmista. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 4; Komulainen ym. 2011, 12–13)

Prosessin kuvaamisen tulee aina olla tarkoituksenmukaista ja tuottaa toiminnalle hyötyä. Prosessin kuvaaminen alkaa prosessien tunnistamisesta ja kuvattavan prosessin valitsemisesta, minkä jälkeen määritellään prosessin käyttötarkoitus, kuvaustaso ja -tapa sekä kuvaamisen välineet. Tämän jälkeen toteutetaan prosessin kuvaaminen ja sovitetaan kuvaus osaksi organisaation kokonaisprosessia. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 6)

Prosessin kuvaustaso määräytyy prosessin käyttötarkoituksen mukaan. Liian karkealla tasolla toteutettu prosessikuvaus ei vastaa tarkoitustaan eikä tarjoa riittävästi tietoa prosessin seuraamiseksi, ohjaamiseksi ja kehittämiseksi. Toisaalta liian yksityiskohtainen prosessin kuvaaminen sitoo paljon resursseja ja luo haasteita prosessikuvauksen päivittämiselle. Prosessin perustietojen kuvaaminen eli prosessin sanallinen kuvaus helpottaa usein kuvaustason määrittelyä ja siinä tulisi määritellä kaikki prosessin kannalta kriittiset tekijät. Prosessikuvauksen tasot voidaan jakaa yksityiskohtaisuutensa mukaan neljään eri luokkaan, jotka ovat; prosessikartta, toimintamalli (prosessitaso), prosessin kulku (toimintotaso) ja työnkulku. Prosessikuvaus voi toisinaan olla perusteltua toteuttaa kaikilla kuvaustasoilla, mutta se ei usein ole tarkoituksenmukaista. Prosessikuvaus tulee toteuttaa määritettyä symboliikkaa käyttäen siten, että sen kautta välittyy tärkein ja oleellinen tieto kuvattavasta prosessista. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012; Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 7–10)

Prosessikarttaa käytetään prosessikuvauksen ylimmällä tasolla ja sen tarkoituksena on kuvata organisaation kokonaistoimintaa. Toimintamallitasolla kuvataan kokonaistoimintaa astetta tarkemmalla tasolla eli kuvataan prosessien etenemistä, niiden yhtymäkohtia sekä vaikuttavia tekijöitä. Prosessin kulun tasolla kuvataan toiminnan työvaiheita, toimintoja ja vastuita ja tällä tasolla tehtyjä prosessikuvauksia käytetäänkin usein kehittämisen työvälineinä. Työnkulkutaso on prosessikuvauksen yksityiskohtaisin taso, jossa kuvataan myös prosessien sisäiset ja ulkoiset riippuvuudet tietotyypeinä. Työnkulkutasoa käytetään tavallisesti silloin, kun tavoitteena on itse prosessin kehittäminen tai prosessiin liittyvien työohjeiden laatiminen. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012; Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 10–11, 14)

Opinnäytetyössä COPD-kuntoutusprosessin kuvaus on toteutettu laajempaan sanalliseen muotoon tuotettuna aineistona, jota täydentämään ja selventämään on laadittu prosessikaaviomuotoiset kuvaukset kuntoutuksen toteutuksesta. Prosessin kuvaustasoksi määriteltiin prosessin kulkutaso, josta käy ilmi COPD-kuntoutusprosessin eteneminen pääpiirteissään. Prosessikuvaus päädyttiin tämän lisäksi toteuttamaan myös työkulkutasolla, koska tämän tason katsottiin palvelevan parhaiten COPD-kuntoutusprosessimallin käyttöä työohjeena sekä prosessin jatkokehittämisen työvälineenä.

3.3 Terveysyötymalli

COPD-kuntoutusprosessimallin kehittämistyön teoreettiseksi viitekehyyksi opinnäytetyössä valittiin Terveysyötymalli (CCM / Chronic care model), jota käytettiin soveltaen kuntoutusprosessimallin kehittämisessä. Terveysyötymallin valintaan päädyttiin, koska sen avulla pystyttiin parantamaan COPD-kuntoutusprosessimallin vaikuttavuutta, potilaslähtöisyyttä ja suunnitelmallisuutta (POTKU 2 n.d).

Terveysyötymallin perusajatuksena on potilaslähtöisemmän, kokonaisvaltaisemman ja suunnitelmallisemman hoitoprosessin kehittäminen kroonisesti sairaille potilaille. CCM on alun perin kehitetty Amerikassa pitkäaikaissairauksien hoitoa koskevien tutkimusten perusteella. Sen tarkoituksena on ollut vastata kroonisten sairauksien lisääntymisen aiheuttamiin haasteisiin perusterveydenhuollossa. Mallia on käytetty kansainvälisesti näyttöön perustuvan näkökulman vahvistamiseen perusterveydenhuollon kehittämisessä. Suomessa mallista käytetään nimitystä Terveysyötymalli. (POTKU 2 n.d)

Terveysyötymalli ei ole jalkautettava hoitomalli vaan kehittämistyön viitekehys ja ajattelumalli. Vaikka se on kehitetty alun perin perusterveydenhuollon tarpeisiin, se soveltuu käytettäväksi kehittämistyön viitekehyyksenä myös erikoissairaanhoidossa. Terveysyötymallin tavoitteena on siirtää hoidon painopiste sairauslähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen ja reaktiivisuudesta suunnitelmallisuuteen. Terveysyötymallin mukaan kehitetty toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä, proaktiivista toimintaa, jonka perusta on potilasta voimaannuttava vuorovaikutussuhde. Palvelut sisältävät moni-

muotoisia omahoidon tukikeinoja ja hoitotiimillä on käytössään ajantasaiset tiedot potilaasta, tuki päätöksenteolle sekä riittävät voimavarat korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. (Innokylä 2014; Kuronen & Oksman 2013)

Terveyshyötymalli koostuu kuudesta elementistä, jotka ovat; omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tiedon tehokäyttö, johdon sitoutuminen ja yhteistyökumppanit. Näistä keskeisiksi on nostettu neljä ensimmäistä ja kaksi viimeistä toimivat kokonaisuutta tukevina rakenteina. Hoitoprosessin kehittämisintervention vaikuttavuus on todettu sitä paremmaksi, mitä useampaan elementtiin interventio samanaikaisesti kohdistetaan. Toisin sanoen, mitä kokonaisvaltaisemmin kehittämissiivittä kohdennetaan eri elementteihin, sitä vaikuttavampia tuloksia pystytään saavuttamaan. (POTKU 2 n.d)

Terveyshyötymallia on hyödynnetty keuhkohtaumataudin hoitoon yhdistettynä aiemminkin Matilaisen (2013) Jyväskylän ammattikorkeakoulussa tekemässä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteuttamisesta keuhkohoitajan näkökulmasta ja selvittää keuhkohoitajien näkemyksiä Terveyshyötymallin eri osa-alueiden toteuttamisesta keuhkohtaumatautipotilaiden hoidossa. Tutkimuksen toimeksiantaja oli Filha ry, jonka tarkoituksena oli hyödyntää saatuja tuloksia keuhkohtaumatautiin liittyvän koulutuskokonaisuuden suunnittelussa. Tulosten mukaan potilaiden lääkehoitoon ja tupakointiin liittyvä ohjaus toteutui parhaiten. Vähiten ohjausta potilaille annettiin liikunnasta ja potilasjärjestöjen toiminnasta. Tulosten mukaan erityistä huomiota tulisi jatkossa kiinnittää sähköisten tietojärjestelmien hyötykäyttöön, yhteneviin alueellisiin toimintamalleihin sekä yhteistyöhön kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Matilainen 2013, 18, 37–40)

Terveyshyötymallia on COPD-kuntoutuksen kehittämisessä käytetty soveltaen kehittämistyön teoreettisena viitekehyksenä. Tätä tarkoitusta varten laadittiin COPD-kuntoutuksen terveyshyötymalli (Liite 1). Kehittämissiivissä tehdyt interventiot on kohdistettu mallin eri elementteihin kehittämistyön edetessä. COPD-kuntoutuksen kehittämisessä omahoidon tuki on nähty potilaan omahoitovalmiuksien parantamisena ja palveluvalikoima potilaalle tarjottavan palveluvalikoiman parantamisena. Päätöksenteon tuen elementtiä on lähdetty vahvistamaan näyttöön perustuvan tiedon

käyttöä tehostamalla sekä potilaan että henkilöstön näkökulmasta. Tiedon tehokäyttöä puolestaan on edistetty tehostamalla potilasvalintaa, kehittämällä potilaan kokonaistilanteen kartoitusmenetelmiä, kehittämällä kirjaamista ja hyödyntäen tietojärjestelmien tarjoamia mahdollisuuksia. Organisaation johdon tuki ja sitoutuminen toiminnan kehittämiseen on toiminut alusta lähtien kehittämistyön mahdollistajana ja toiminnan tärkeänä tukirakenteena. Toisena COPD-kuntoutuksen tärkeänä tukirakenteena on lisääntyvä yhteistyö eri yhteistyötahojen kanssa. Terveystyömallin mukaisesti tuotetun COPD-kuntoutusprosessimallin tavoiteltuna seurauksena on toimintavalmis, moniammatillinen ja yksilöllinen keuhkohtaumatautipotilaan hoitokokonaisuus, jonka tuloksena on omahoitoonsa paremmin sitoutunut potilas ja vaikuttavampi hoitotulos.

4 KEUHKOAHTAUMATAUTI JA SEN HOITO

Keuhkohtaumataudin luonne

Keuhkohtaumatauti (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) on sairauskokonaisuus, johon liittyy vahvasti neljä osatekijää; krooninen keuhkoputkitulehdus, ilmäteiden ahtauma, keuhkolaajentuma eli emfyseema sekä erilaiset liitännäissairaudet. Keuhkohtaumataudille on ominaista pysyvä ja etenevä ilmäteiden ahtauma, joka on usein seurausta tupakansavun haitallisten partikkeleiden ja kaasujen aiheuttamasta voimistuneesta tulehdusvasteesta hengitysteissä. Sairaus ilmenee tavallisesti keski-ikässä tai sen jälkeen, mutta se voi toisinaan ilmetä jo paljon aiemminkin. (Harju, Katajisto & Kinnula 2013, 124–125; Käypä hoito 2014; Mustajoki 2014)

Keuhkohtaumataudin oireet kehittyvät hitaasti, jolloin potilas usein tottuu niihin eikä hakeudu tutkimuksiin sairauden varhaisessa vaiheessa. Tämä johtaa myös hoidon aloittamisen viivästymiseen. Keuhkohtaumataudin tyypillisiä oireita ovat lisääntynyt limaisuus, hengenahdistus erityisesti rasituksessa, pitkittyneet yskät ja hengitystieinfektioihin liittyvä hengityksen vinkuminen. Taudin edetessä päivittäiset oireet sekä sairaudelle tyypilliset pahenemisvaiheet usein lisääntyvät ja vaikeutuvat. Tahatonta laihtumista ja kakeksiaa esiintyy vaikeassa tautimuodossa. Tämän lisäksi

liitännäissairaudet ovat keuhkohtaumatautia sairastavilla tavallisia. Liitännäissairauksista yleisimpiä ovat sepelvaltiomotauti, valtimonkovettumistauti, osteoporoosi, depressio, metabolinen oireyhtymä ja diabetes. (Harju ym. 2013, 126–127, 130; Käypä hoito 2014)

Potilaan oirekuva, kliininen tutkimus ja keuhkojen toimintakokeet ovat keuhkohtaumataudin diagnosoinnin perusta, jota täydennetään tarpeen mukaan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. Keuhkohtaumatauti voidaan kliinisen vaikeusasteensa mukaan luokitella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja erittäin vaikeaan tautimuotoon. Tämän lisäksi keuhkohtaumatauti luokitellaan nykyään eri fenotyyppeihin, jotka vaikuttavat taudin ennusteeseen ja hoidon valintaan. (Harju ym. 2013, 127–129; Käypä hoito 2014)

Keuhkohtaumatauti Suomessa

Keuhkohtaumatautia sairastaa arviolta yli 64-vuotiaista suomalaisista miehistä noin 12 prosenttia ja naisista noin kolme prosenttia. Yhteensä noin 200 000 suomalaisella on diagnosoitu keuhkohtaumatauti (Hengitysliitto n.d). Tupakointi selittää Suomessa yli 90 prosenttia tautitapauksista ja arviolta noin 20–30 prosenttia tupakoitsijoista sairastuu keuhkohtaumatautiin. Muita merkittäviä keuhkohtaumataudille altistavia tekijöitä ovat erilaiset ilman epäpuhtaudet ja alfa1-antitrypsiinin puutos. Maailmanlaajuisesti muilla tekijöillä, kuten ilmansaasteilla, on merkittävämpi vaikutus sairastuvuuteen kuin Suomessa. (Harju, Katajisto & Kinnula 2013, 124–126; Käypä hoito 2014; Mustajoki 2014)

Kroonisen keuhkoputkitulehduksen ja keuhkohtaumataudin valtakunnallinen ehkäisy ja hoito-ohjelma 1998–2007, Käypä hoito -suositusten julkaiseminen, tupakkalainsäädännön tiukentuminen ja lääketeollisuuden kehitys ovat yhdessä olleet vaikuttamassa keuhkohtaumatautipotilaiden sairaalahoitopäivien merkittävään vähenemiseen Suomessa vuosituhannen vaihteessa (Kinnula ym. 2011). Keuhkohtaumataudin on kuitenkin arvioitu nousevan vuoteen 2020 mennessä maailman kolmanneksi yleisimmäksi kuolinsyiksi (Autti-Rämö ym. 2010). Sairastuvuus korreloi väestön tupakointitapoihin arviolta noin parinkymmenen vuoden viiveellä eikä sairastuvuudessa ole havaittu muutosta viime vuosikymmeninä (Käypä hoito 2014).

Vuonna 2013 15–64 -vuotiaista suomalaisista noin 16 prosenttia tupakoi päivittäin. Miehistä tupakoitsijoita oli 19 prosenttia ja naisista 13 prosenttia. Eläkeläiset tupakoivat työkäisiä vähemmän; miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista seitsemän prosenttia. Vuodesta 2005 naisten päivittäinen tupakointi on lisääntynyt kolme prosenttia, mutta miesten tupakointi puolestaan vähentynyt yhden prosentin. Peruskoululaisten päivittäinen tupakointi on puolestaan vähentynyt hyvin merkittävästi; lähes puoleen verrattuna 2000-luvun alkuun. (Käypä hoito 2014; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014) Asiantuntijoiden mukaan tupakoinnin loppuminen kokonaan johtaisi vähitellen myös keuhkohtaumataudin häviämiseen maailmasta (Koskela 2005).

4.1 Keuhkohtaumataudin hoito

Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat ovat usein monisairaita, jolloin heidän hoidossaan korostuu moniammatillisen yhteistyön merkitys. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitokokonaisuus koostuu erilaisista lääke- ja hoitotieteen alaan kuuluvista toiminnoista. Keuhkohtaumataudin suomalainen Käypä hoito -suositus (2014) määrittää keuhkohtaumataudin hoidon kokonaisvaltaiseksi hoidoksi. (Käypä hoito 2014)

Keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksen mukaan tupakoinnin lopettaminen ja liikunta ovat keuhkohtaumataudin hoidossa keskeisellä sijalla ja lääkehoidolla pyritään vähentämään sairauden oireita ja estämään pahenemisvaiheita. Ohjauksellisuus korostuu selvästi kaikissa hoidon osa-alueissa, koska suurimman osan keuhkohtaumataudin kokonaishoidosta potilas suorittaa kotonaan itsenäisesti. Keuhkohtaumataudin hoidon tavoitteiksi on suosituksessa määritelty oireiden ja elämänlaadun paraneminen, taudin etenemisen hidastuminen, pahenemisvaiheiden ehkäiseminen ja kuolleisuuden pieneminen. (Käypä hoito 2014)

Keuhkohtaumataudin hoidon tulisi koostua tehokkaasta tupakasta vieroituksesta, omahoidon ohjauksesta, fyysiseen inaktiivisuuteen puuttumisesta ja liikunnallisesta kuntoutuksesta, fysioterapiasta, ravitsemustilan arvioinnista, lääkehoidosta ja roko- tuksista. Toisinaan myös kirurgiset hoitomuodot tulevat kyseeseen. Keuhkohtaumataudin hoitoa voidaan tarpeen mukaan tukea lääkinnällisen kuntoutuksen laitteilla,

kuten noninvasiivisella ventilaatiohoidolla tai kotihappihoidolla. Sairauden edettyä pitkälle potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua tuetaan palliativisen hoidon periaatteiden mukaisesti potilaan hyvällä oireen mukaisella hoidolla. (Käypä hoito 2014)

Tupakasta vieroitus

Tehokas tupakasta vieroitus on keskeinen osa keuhkohtaumataudin hoitoa (Käypä hoito 2014). Näyttöön perustuvilla ohjausmenetelmillä toteutettu potilasohjaus ja nikotiiniriippuvuuden lääkehoito ovat tupakasta vieroituksen tärkeimmät menetelmät. Ohjausmenetelmistä suositeltavia ovat motivoiva ohjaus, 5R:n menetelmä ja Kuuden K:n menetelmä Muutosvaihemallia hyödyntäen. Tupakasta vieroitusohjaus voidaan toteuttaa joko ryhmä- tai yksilöohjauksena. Potilaan tupakointiin puuttuminen on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus ja jokainen puheeksi otto on tärkeää tupakoimattomuuspäätöksen edistämiseksi. Tupakoinnin lopettaminen on usein vaikeaa ja vaatii keskimäärin kolmesta neljään yritystä onnistuakseen. (Käypä hoito 2012a)

Liikunta

Potilaan liikuntatottumusten kartoittaminen ja liikuntaohjaus kuuluvat keuhkohtaumataudin hoitoon (Käypä hoito 2014). Suomalaisen liikuntasuosituksen mukaan aikuisen tulisi harrastaa kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa vähintään 30 minuuttia päivässä viitenä päivänä viikossa tai raskasta liikuntaa 20 minuuttia päivässä kolmena päivänä viikossa. Tämän lisäksi tulisi lihaskuntoharjoitteita tehdä vähintään kahdesti viikossa. (Käypä hoito 2012b) Liikkumisen minimimääräksi on määriteltä puoli tuntia edes hieman hikoilua ja hengästymistä aiheuttavaa liikuntaa kolmesti viikossa. Mikäli tämä liikkumisen minimimäärä ei täyty, aiheuttaa fyysinen inaktiivisuus potilaille merkittävän terveysriskin. (Katajisto 2013, 315)

Fyysiseen inaktiivisuuteen puuttuminen ja kuntoutus

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan fyysiseen inaktiivisuuteen tulee aina puuttua ja liikunnallista kuntoutusta tarjota tarpeen mukaan osana kokonaishoitoa. Keuhkohtaumatautipotilaan liikunnallisen kuntoutuksen toteutus suunnitellaan potilaan yksilölliset ominaisuudet huomioiden siten, että se vähentää hänen oireitaan, parantaa toimintakykyä, lisää osallistumista ja saa aikaan terveyttä edistäviä elämäntapamuutoksia. Kuntoutuksen tulisi sisältää liikuntaharjoittelua ja potilasohjausta mukaan

lukien tupakasta vieroittamista, ravitsemusneuvontaa ja psykososiaalista tukea. Liikuntaharjoittelu on kuitenkin ainoa välttämätön liikunnallisen keuhkokuntoutuksen osa. (Katajisto 2013, 316) Fysioterapeutit ohjeistavat keuhkohtaumatautipotilaita liikkumisessa, kuntoharjoittelussa ja hengenahdistuksen hallinnassa. Fysioterapiaa käytetään keuhkohtaumataudin hoitomuotona usein myös pahenemisvaiheiden yhteydessä, jolloin erilaisilla hengitysharjoituksilla ja limantyhjennysmenetelmillä voidaan helpottaa hengittämistä ja liman poistumista. (Harju ym. 2013, 134)

Ravitsemus

Käypä hoito -suosituksen mukaan keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan huono ravitsemustila lisää akuutin hengitysvajauksen vaaraa ja ennustaa respiraattorihoidon tarvetta. Arviolta jopa neljännes laitoshoidoa tarvitsevista vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavista potilaista kärsii aliravitsemuksesta ja katabolisesta aineenvaihdunnasta. Ravitsemustilan korjaus onkin olennainen osa keuhkohtaumataudin hoitoa ja ravitsemustilan arviointiin sekä ravitsemusohjaukseen tulisi hoidossa kiinnittää huomiota. Myös merkittävä ylipaino on hyvin moninainen riski keuhkohtaumatautipotilaalle ja siihen tulee puuttua. (Käypä hoito 2014)

Lääkehoito

Keuhkohtaumataudin peruslääkehoito koostuu inhaloitavista lyhyt- ja pitkävaikutteisista keuhkoputkia laajentavista lääkkeistä, inhaloitavista glukokortikoideista, inhaloitavista glukokortikoidin ja pitkävaikutteisen keuhkoputkia laajentavan lääkkeen yhdistelmästä sekä peroraalisista lääkkeistä, kuten glukokortikoidista, teofylliinistä ja mikrobilääkkeistä. Lääkehoidon valinta perustuu sairauden fenotyyppiin, oireiden määrään ja pahenemisvaiheriskiin. Tämän lisäksi inhalaatiolaitteen valinnassa on kiinnitettävä huomiota potilaan omaksumis- ja koordinaatiokykyyn. Lääkehoidon oikean toteutuksen varmistamiseksi myös hyvä potilasohjaus on erittäin tärkeää. Kaikille keuhkohtaumatautia sairastaville suositetaan vuosittaista influenssarokotetta sekä pneumokokkrokotetta ehkäisemään vakavien hengitystieinfektioiden syntyä. Omahoidon ohjaus, jossa potilas opetetaan tunnistamaan ja hoitamaan itse alkava pahenemisvaihe kortisoni- ja antibioottikuurien avulla, soveltuu vain osalle keuhkohtaumatautia sairastavista potilaista. (Käypä hoito 2014)

Hoidon porrastus

Keuhkohtaumataudin hoidon porrastuksen mukaan sairauden ennaltaehkäisy, seurantaa, perustason diagnosointi ja hoito, palliatiivinen hoito, liikunnallinen kuntoutus ja työkykyarviot kuuluvat perusterveydenhuollon tehtäviin. Erikoissairaanhoidon tehtäviin puolestaan kuuluvat vaativamman tason konsultaatiot, arviot, diagnosointi, hoidon suunnittelu ja hoito sekä vaikeasti sairaiden kuntouttaminen. Myös alueellinen koordinointi- ja koulutusvastuu on erikoissairaanhoidolla. (Käypä hoito 2014)

4.1.1 Keuhkohtaumataudin kuntoutus

Keuhkohtaumataudin hoidossa raja kuntoutuksen ja hoidon välillä on häilyvä, koska kuntoutus itsessään on kiinteä osa keuhkohtaumataudin hoitoa ja taas toisaalta monia keuhkohtaumataudin hoitomuotoja voidaan pitää kiinteänä osana taudin kuntoutusta (Katajisto & Laitinen 2013, 465). Fyysisen inaktiivisuuden merkitys keuhkohtaumatautipotilaan ennusteelle on havaittu vasta 2000-luvulla ja tämä on siirtänyt hoidon painopistettä liikunnallisuuden korostamiseen. Nykykäsityksen mukaan fyysisistä huonokuntoisuutta ja heikentyntä suorituskykyä ei enää pidetä keuhkohtaumataudin väistämättömänä osana vaan näitä voidaan ehkäistä ja hoitaa lopettamalla tupakointi, harrastamalla liikuntaa sekä hoitamalla sairautta hyvin. (Katajisto 2013, 316; Katajisto & Laitinen 2013, 466; Käypä hoito 2014)

Lääkinnällinen kuntoutus

Keuhkohtaumataudin kuntoutus koostuu lääkinällisen ja liikunnallisen kuntoutuksen toimenpiteistä. Lääkinällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan sairauden hoitoon liittyvää kuntoutusta, jonka tavoitteena on potilaan työ- ja toimintakyvyn paraneminen ja säilyminen sekä itsenäisen elämän ylläpitäminen. Lääkinällisestä kuntoutuksista vastaa joko erikoissairaanhoido tai perusterveydenhuolto, siltä osin kuin se ei kuulu Kansaneläkelaitoksen, työeläkelaitosten tai muiden lakisääteisiä vakuutuksia hoitavien laitosten järjestettäväksi. Lääkinällinen kuntoutus sisältää kuntoutusneuvontaa, kuntoutustarpeen selvitystä, työ- ja toimintakykyä parantavaa hoitoa, kuntoutusjaksoja, apuvälinepalveluita, sopeutumisvalmennusta ja kuntoutusohjausta. (Katajisto & Laitinen 2013, 464–465)

Liikunnallinen kuntoutus

Keuhkohtaumataudin liikunnallisella kuntoutuksella tarkoitetaan kansainväliset kriteerit täyttävää liikunnallista keuhkokuntoutusta (pulmonary rehabilitation), joka on näyttöön perustuva moniammatillinen ja monipuolinen kuntoutusinterventio potilaille, joilla on krooninen, oireileva keuhkosairaus ja toimintakyvyn alenemaa. Liikunnallinen keuhkokuntoutus tapahtuu keuhkosairauksien erikoislääkärin aloitteesta hengityselinsairauksiin perehtyneen fysioterapeutin ohjauksessa. Liikunnallisen keuhkokuntoutuksen tavoitteena on vähentää potilaan hengenahdistusoireita, voimattomuuden tunnetta, masentuneisuutta ja ahdistusta, pahenemisvaiheita ja sairaalahoidon tarvetta sekä parantaa suorituskykyä, oireiden sietokykyä ja elämänlaatua. (Katajisto & Laitinen 2013, 466–467) Erikoissairaanhoidon vastaa liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta, alueellisesta koordinaatiosta sekä vaikeasti sairaiden potilaiden kuntoutuksesta ja perusterveydenhuollon vastuulla on muu kuntoutukseen liittyvä toiminta (Käypä hoito 2014).

Virallisten kansainvälisten suositusten mukainen liikunnallinen keuhkokuntoutus on kestoltaan 6–12 viikkoa ja se sisältää 18–36 harjoituskertaa, jotka ovat kestoltaan 45 minuutista kahteen tuntiin. Harjoitusohjelma sisältää ylä- ja alaraajojen voima- ja kestävyysharjoittelua rasiintasolla 60–80 prosenttia oiremaksimista sekä kävellen tai pyörällä tehtäviä intervalliharjoitteita. Potilaalle laaditaan yksilöllinen kuntoliikuntasuunnitelma. Näiden lisäksi liikunnallinen keuhkokuntoutus sisältää suosituksen mukaan potilasohjausta sairaudesta, pahenemisvaiheiden omahoidosta, tupakoinnin lopettamisesta ja ravitsemuksesta. Kuntoutuksen vaikutusten arviointi sisältyy oleellisena osana liikunnalliseen keuhkokuntoutukseen. (Katajisto & Laitinen 2013, 467) Liikunnallinen kuntoutus suositellaan toteutettavaksi ryhmämuotoisena avokuntoutuksena ja vain poikkeustapauksissa koti- tai laituskuntoutuksena (Käypä hoito 2014).

4.1.2 Motivoiva ohjaus keuhkohtaumataudin hoidossa

Motivoivan ohjauksen menetelmä lisää tutkitusti potilaan muutosvalmiutta tilanteessa, jossa tavoitteena on elämäntapamuutosten tekeminen tai hoitoon motivointi. Tämän vuoksi motivoivan ohjauksen menetelmää suositellaankin käytettäväksi paitsi

keuhkohtaumataudin ja tupakkariippuvuuden Käypä hoito -suosituksissa, myös useissa muissa elämäntapainterventioita käsittelevissä aineistoissa. Se sopii useimmille potilaille, kaikkiin elämäntapoihin ja on menetelmänä tutkitusti vaikuttava. (Absetz & Hankonen 2011, 2265; Aittasalo 2014; Kunnamo & Mustajoki 2009; Käypä hoito 2014; Käypä hoito 2012b) Motivoivan ohjauksen menetelmää päätettiin hyödyntää COPD-kuntoutuksessa menetelmän vaikuttavuuden ja hyvän soveltuvuuden takia.

Motivoivan ohjauksen menetelmä

Motivoivalla ohjauksella pyritään herättämään ihmisen luontainen sisäinen motivaatio terveytensä edistämiseen, sillä lähtökohtaisesti jokainen ihminen yleensä haluaa olla terve. Suorat kehotukset herättävät herkästi muutosvastarintaa ja estävät näin motivoitumisen. Muutosvastarinnan syntyä voidaan ehkäistä, kun potilaalla säilyy kokemus siitä, että hän itse saa päättää omista asioistaan ja tehdä onnistuneita ratkaisuja. Motivoivan ohjauksen tavoitteena tulisi nähdä potilaan hoitomyyntyvyyden saavuttamisen sijaan enemmänkin potilaan voimaantumisen ja hallinnan tunteen tukeminen ja sitä kautta muutosprosessin mahdollistuminen. Ohjaustilanteen voidaan katsoa onnistuneen, mikäli sen päätteeksi potilaalla on jokin suunnitelma muutokseen ryhtymisestä. (Kunnamo & Mustajoki 2009; Salovaara 2014)

Motivoivan ohjauksen menetelmällä käydyn keskustelun keskeinen tavoite on saada potilas aktiivisesti ajattelemaan käsiteltävää asiaa. Motivoivassa ohjaustilanteessa keskustelevat keskenään kaksi asiantuntijaa; työntekijä terveydenhuollon asiantuntijana sekä potilas hänen oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Keskustelun tärkein työkalu ovat avoimet kysymykset ja suljettuja kysymyksiä käytetään ainoastaan, jos halutaan tarkentaa jotain asiaa. Työntekijän tehtävä motivoivassa ohjauksessa on johdattaa keskustelua ja antaa eri ratkaisuvaihtoehtoja, joista potilas voi päätyä valitsemaan itselleen parhaiten sopivan. Työntekijä ei voi päättää potilaan puolesta vaan ainoastaan potilas itse voi päättää omista asioistaan. (Kunnamo & Mustajoki 2009)

Motivoivan ohjauksen peruseriaatteet ovat empatian osoittaminen, nykytilan ja toivotun asiantilan eron oivaltamisen tärkeys, vastarinnan myötäeläminen ja minäpystyvyyden tukeminen. Empatian osoittamisella tarkoitetaan hyväksyvän ilmapiirin luomista, aitoa kiinnostusta ja reflektiivistä kuuntelua ohjaustilanteessa. Potilaan ris-

tiriitaiset ajatukset ja tunteet ovat olennainen osa muutosprosessia ja sellaisena työntekijän tulee niitä osata myös käsitellä. Nykytilan ja toivotun asiantilan eron oivaltamisen tärkeydellä tarkoitetaan sitä, että potilaan täytyy itse oivaltaa ja esittää syyt toimintansa muutokseen, jotta hän voi motivoitua muutoksen tekemiseen. Vastarinnan myötäelämisellä puolestaan tarkoitetaan provosoitumisen, vastaväitteiden ja vastakkainasettelun välttämistä. Muutoksen vaatimista tulisi välttää ja sen sijaan tuoda keskusteluun uusia näkökulmia. Asioista väittelemään lähteminen ei edistä keskustelua eikä motivaatiota. Minäpystyvyyden tukemisella taas tarkoitetaan potilaan itsetuottamuksen ja omien kykyjen tukemista ja kannustusta. Potilaan usko omiin kykyihinsä tehdä muutoksia on tärkeä motivaation lähde. Potilaan on helpompi uskoa kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa, jos hän huomaa työntekijänkin uskovan niihin. (Filha ry 2011, 1; Kunnamo & Mustajoki 2009)

Erilaisten neuvojen ja ohjeiden antaminen on hyvin keskeinen osa potilaan ohjausta. Potilaat usein haluavat ja odottavatkin työntekijöiltä tilaansa koskevia neuvoja ja ohjeita, mutta niillä ei tulisi avata keskustelua. Ohjeistusta tulee toteuttaa silloin, kun se keskustelun edetessä on luontevaa. Kun ohjeiden antaminen kuuluu keskusteluun luontevana osana, se ei herätä potilaassa motivaation syntyä estävää muutosvastarintaa. (Kunnamo & Mustajoki 2009)

Motivoiva ohjaus potilaan muutosprosessissa

Potilaiden valmius ja halu elintapojaan koskevien muutosten tekemiseen vaihtelee. Suurin osa potilaista ei kysyttäessä ole lainkaan kiinnostunut muutoksesta tai ole valmis toimimaan muutoksen tekemiseksi, vaikka tiedostaa sen tarpeelliseksi. Potilaan yksilöllinen muutosprosessi voi kestää pitkään, kuukausia tai jopa vuosia. Muutosprosessista voidaan tunnistaa eri vaiheita, joiden tiedostaminen helpottaa muutosprosessin ymmärtämistä ja käsittelyä. Muutosprosessin vaiheen määrittely antaa viitteitä siitä, mistä asioista potilaan kanssa on ylipäätään kannattava keskustella. Motivoiva haastattelu on työkalu nimenomaan muutosprosessin alkuvaiheessa oleville potilaille, joita pyritään motivoimaan muutokseen. Kun potilas on motivoitunut toimimaan muutoksen hyväksi, tarvitaan varsinaista potilasohjausta, konkreettisia neuvoja ja ohjeita. Potilaskeskeisen motivoivan ohjauksen periaatteet ovat kuitenkin samat riippumatta siitä, missä vaiheessa muutosprosessia potilas on. (Kunnamo & Mustajoki 2009)

5 KIRJALLISUUSKATSAUS COPD-KUNTOUTUKSESTA

Opinnäytetyöhön liittyen laadittiin kirjallisuuskatsaus COPD-kuntoutusprosessimallin arvioimiseksi ja näyttöön perustuvuuden testaamiseksi. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata COPD-kuntoutustoimintaa tieteellisen tutkimusnäytön ja ajantasaisten hoitosuositusten kautta, jolloin pystyttiin luomaan kokonaiskuva COPD-kuntoutuksen näyttöön perustuvasta hoitomallista sekä vaikuttavuudesta. Kirjallisuuskatsaus laadittiin kuvailevana hoitotyön näkökulmasta ja sitä hyödynnettiin opinnäytetyössä COPD-kuntoutusprosessimallin arvioinnin teoreettisena viitekehystenä.

Kirjallisuuskatsaus on lyhyesti kuvattuna tutkimuksen tekemistä tutkimuksesta. Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevana narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, joka on metodisesti kirjallisuuskatsauksen kevyin muoto. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella pyritään luomaan yleiskatsaus tietystä ilmiöstä tiivistämällä ja yhdistämällä aiempia tutkimuksia kuvailevan synteesin kautta. Lähtökohteisesti hankittu tutkimusaineisto ei ole käynyt läpi erityisen systemaattista seulaa, mutta lopputuloksena on kuitenkin mahdollista päästä kirjallisuuskatsaukselle tyypillisiin johtopäätöksiin. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus sopii hyvin tutkimustiedon ajantasaistamiseen, mutta virallisesti täysin analyttiseen tulokseen ei sen avulla voida yltää. (Salminen 2011, 4, 6–7)

5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksen avulla lähdettiin etsimään vastausta siihen, millainen on tämän hetken tutkimusnäyttöön perustuva COPD-kuntoutuksen toteutusmalli. Tästä tutkimuskysymyksestä johdettiin PICO-kysymys. PICO:sta päädyttiin käyttämään P- (potilas / terveysongelma) ja I-osia (interventio), joista käytettävät hakusanat johdettiin. Tässä kirjallisuuskatsauksessa P = COPD* / keuhkoahauma* / CAT* ja I = COPD-kuntout* / hengityskuntout* / keuhkokuntout* / kuntout* / rehabilitation.

Kirjallisuushaku toteutettiin Satakunnan keskussairaalan tieteellisen kirjaston informaation avustuksella. Kartoittava haku suoritettiin tietokantoihin Ovid Medline, JBI

Connect (Ovid), Cochrane, Medic ja Melinda. Kaikki hakutulokset käytiin läpi ja samalla tarkennettiin katsauksen rajausta. Keuhkohtaumataudin hoidosta on tehty viimeisen vuosikymmenen aikana runsaasti tutkimusta lähinnä ulkomailla ja näihin tutkimuksiin perustuvia artikkeleita löytyi tietokannoista paljon. Myös suomalaisia AMK-tasoisia opinnäytetöitä löytyi tietokannoista useita, mutta kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasetteluun vastaavia ylemmän korkeakoulutason kotimaisia tutkimuksia oli saatavilla huonosti.

Kirjallisuuskatsauksen rajauksen lähtökohtana oli se, että keuhkohtaumataudin suomalainen Käypä hoito -suositus on uusittu hiljattain ja se perustuu näin ollen viimeisimpään saatavilla olevaan tutkimustietoon COPD-kuntoutuksesta. Kirjallisuuskatsauksessa päädyttiin taulukossa yksi esitettyyn rajaukseen.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen rajaus

MUKAANOTTOKRITERIT	POISSULKUKRITERIT
<ul style="list-style-type: none"> • Kansalliset / kansainväliset tutkimukset, joissa käsitelty COPD-kuntoutuksen käytännön toteuttamistapoja, hoitoprosessia ja vaikuttavuutta. • Vuosien 2004–2014 aikana julkaistut tutkimukset. • Suomeksi tai englanniksi julkaistut tutkimukset. • Keuhkohtaumatautia koskevat suomalaiset hoitosuositukset. • Keuhkohtaumataudin julkaistut hoitoprosessit Suomen sairaanhoitopiireissä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Täysin lääketieteelliset ja fysioteriset tutkimukset. • Tieteelliset artikkelit, kokousteokset, oppikirjat ja AMK-tasoiset opinnäytteet.

Löydettyjen hakutulosten perusteella päädyttiin käyttämään Melinda- ja Cochrane-tietokantoja. Melindasta hakutuloksia saatiin kaikkiaan 71 kappaletta, joista päädyttiin otsikoiden ja tiivistelmien perusteella ottamaan mukaan yksi pro gradu -tutkielma. Haku Cochrane-tietokannasta tuotti yhdeksän hakutulosta, joista päädyt-

tiin lopulta ottamaan mukaan kaksi tutkimusta. Aineistoa päätettiin täydentää suorittamalla täydentävät haut Terveysportin ja Googlen kautta. Haku Terveysportin tietokannoista tuotti 62 hakutulosta, joista päädyttiin ottamaan mukaan yhteensä seitsemän viitettä, kaksi Käypä hoito -suositusta ja viisi hoitoketjun kuvausta. Google-haku tuotti runsaasti hakutuloksia, yhteensä 3960 kappaletta, joista mukaan päädyttiin kuitenkin ottamaan vain yksi tutkielma. Hylätyt viitteet eivät joko otsikkonsa, tiivistelmänsä tai kokotekstinsä perusteella vastanneet asetettuun tutkimuskysymykseen tai täyttäneet mukaanottokriteereitä.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut aineistot päädyttiin taulukoimaan myöhempää käsitteilyä varten. Taulukoinnin toteuttamiseksi aineisto lajiteltiin mukaan otettaviin tutkimuksiin, Käypä hoito -suosituksiin ja sairaanhoitopiirien hoitoketjun kuvauksiin. Aineistojen tyyppien erilaisuuden vuoksi niiden taulukointi toteutettiin erikseen. Taulukoinnilla pyrittiin aineistojen yksinkertaiseen kuvaamiseen sekä arvioinnin, analysoinnin ja johtopäätösten tekemisen helpottamiseen.

5.2 Yhteenveto ja johtopäätökset kirjallisuuskatsauksesta

Yhteenveto

Keuhkohtaumataudin kuntouttavan hoidon vaikuttavuus perinteiseen hoitoon nähden on tutkimusnäytön mukaan kiistatonta (Gimeno-Santos ym. 2011; Goldstein 2006) ja tähän näkemykseen perustuu myös vuonna 2014 uudistettu keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suositus. Tupakoinnin lopettaminen, säännöllinen fyysisestä kunnosta huolehtiminen liikkumalla sekä lääkehoidon oikea käyttö ovat keuhkohtaumataudin hoidon perusta. Sairauden varhainen toteaminen ja potilaan omahoidon osaaminen ovat hyvin merkityksellisiä sairauden etenemiseen ja hoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Potilaan hyvä ja motivoiva ohjaus on hyvin keskeinen tekijä hoidon onnistumiselle, koska suurimman osan keuhkohtaumataudin hoidosta potilas toteuttaa itsenäisesti. Omaiset tulee huomioida ohjauksessa, koska heidän roolinsa omahoidon toteuttamisen tukemisessa kotona on tärkeä. (mm. Käypä hoito 2012a; Käypä hoito 2014; Tanninen 2012)

Keuhkohtaumataudin kuntoutuksen toteutusta käsittelevästä aineistosta löytyi erilaisia tapoja toteuttaa polikliinisiä kuntoutusinterventioita, mutta toteutusmalleja vuodeosastohoidon yhteydessä toteutettavaan kuntoutusinterventioon ei löytynyt. Käypä hoito -suositus (Käypä hoito 2014) suosittelee liikunnallisen kuntoutuksen toteutusta avomuotoisena ryhmäkuntoutuksena ja vain erityistilanteissa laitos- ja kotioloissa toteutettavana kuntoutuksena. Ryhmäkuntoutusta suositellaan järjestettävän 6–12 viikon kuntoutusjaksona, jossa 45–90 minuutin kokoontumiset toistuvat kolmesti viikossa. Kuntoutuksen tulisi sisältää monipuolista lihaskunto- ja kestävyysharjoittelua 60–80 prosentin harjoitustasolla maksimisuoritustasoon nähden, psykososiaalista tukea sekä potilaan ja omaisten ohjausta. Myös keuhkohtaumatautipotilaan fysioterapia on osa kuntoutusta. Muutoin ei kuntoutuksen toteutusta ole suosituksessa ohjeistettu; esimerkiksi ohjauksen sisältöä tai vaikutusten arvioinnissa käytettäviä mittareita. Käytännön toteutusmallien tarkastelu osoittaa, että kuntoutuksen toteutusvariaatioita on olemassa useita (mm. Matila 2008; Tanninen 2012; Hoitoketjut). Toteutuksen ja järjestämisen tarkempi määrittely Käypä hoito -suosituksessa yhtenäistäisi varmasti toteutuslinjoja ja uskoakseni tähän varmasti pyritäänkin, kun eri toteutusmenetelmien vaikuttavuudesta saadaan lisää tutkimusnäyttöä.

Johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksella lähdettiin hakemaan vastausta siihen, millainen on tämän hetken tutkimusnäyttöön perustuva COPD-kuntoutuksen toteutusmalli. Koska COPD-kuntoutus on määritelty keuhkohtaumataudin hoidon ja kuntoutuksen tehostetuksi kokonaisuudeksi, tulisi sen sisältää kaikki keuhkohtaumataudin hoidon osatekijät, joita toteutetaan tehostetusti potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Näin ollen COPD-kuntoutuksen tulisi sisältää tehostettua; tupakasta vieroitusta, omahoidon ohjausta, fyysisen inaktiivisuuden ehkäisyä ja liikunnallista kuntoutusta, fysioterapiaa, ravitsemustilan arviointia, lääkehoitoa ja ohjausta rokotuksista sekä tarpeen mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen laitehoitoa muun hoidon tukena. Laadukas ohjaus on toteutuksen keskeinen tekijä, jotta potilas ymmärtää sairautensa todellisen luonteen ja motivoituu hoitamaan sitä oikein. Omaiset tulee ottaa mukaan ohjaukseen, jotta he voivat oppia tukemaan potilaan kokonaisuuden toteutusta.

COPD-kuntoutuksen menetelmän kehittämisessä tulisi huomioida se, miten menetelmän vaikuttavuutta pystytään myöhemmin mittaamaan (mm. Tanninen 2012).

Keuhkohtaumataudin kuntoutuksen painopisteen tulee olla avomuotoisessa kuntoutuksessa ja vain erityistilanteissa kuntoutusta toteutetaan laitospuolisena (Käypä hoito 2014). Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tulisi hyödyntää kehittämistyössä, jotta keuhkohtaumataudin hoitoketju pysyttäisiin muodostamaan mahdollisimman toimivaksi ja aukottomaksi (mm. Hoitoketjut; Käypä hoito 2014). Tämä saattaisi lisätä myös hoidon kustannusvaikuttavuutta. Kehittämistyössä tulisi huomioida, että COPD-kuntoutuksen toteutus edellyttää henkilökunnalta vankkaa ammattitaitoa keuhkohtaumataudin hoitoon liittyen sekä hyvää ohjausmenetelmäosaamista, joita tulisi täydentää ja tukea koulutuksen keinoin (mm. Matila 2008).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyö liittyy keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon kehittämistyöhön Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon kehittäminen toteutettiin yksikössä kaksivaiheisesti ja tämä opinnäytetyö rajattiin koskemaan kehittämistyön ensimmäistä vaihetta, johon kuuluivat COPD-kuntoutuksen kehittäminen hoitajakson aikana vuodeosastolla sekä hoitajaksoon liittyvien kontrollien kehittäminen hoitajavastaanotolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön moniammatillinen COPD-kuntoutusprosessimalli. Kohderyhmänä ovat keuhkosairauksien yksikön keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita hoitava henkilökunta.

Opinnäytetyön tavoitteena on:

1. Kartoittaa COPD-kuntoutuksen lähtötilanne ja toteutusedellytykset Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä.
2. Kartoittaa COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilaa keuhkosairauksien osastolla ja poliklinikalla.
3. Luoda ensimmäinen versio COPD-kuntoutusprosessimallista.

4. Arvioida ja testata laadittua COPD-kuntoutusprosessimallia ja laatia tämän pohjalta Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön valmis COPD-kuntoutusprosessimalli.

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄN KUVAUS

Opinnäytetyön tutkimusstrategiseksi lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus, koska se soveltuu hyvin käytettäväksi uuden toimintatavan mallintamiseen (Metsämuuronen 2006, 105). Toimintatutkimus on yksi laadullisen tutkimuksen tutkimusstrategioista. Se on osallistavaa tutkimusta, jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä syvällisemmin. Toimintatutkimukselle tunnusomaista on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa välitöntä käytännön hyötyä tutkimuksesta (Heikkinen 2001, 170). Se on vahvasti käytännönläheistä, reflektiivistä, sosiaalista, osallistavaa ja interventioihin perustuvaa toimintaa. (Heikkinen 2008, 27)

Toimintatutkimuksen kohteena on tyypillisesti jokin muutosaltis sosiaalinen käytäntö, jota lähestytään suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektion kautta. Tutkimusprosessi on tyypillisesti syklisesti etenevä sekä ajallisesti rajattu ja se perustuu uusien toimintatapojen suunnitteluun, kokeiluun ja arviointiin. (Heikkinen 2006, 16–17, 19; Metsämuuronen 2006, 64, 102–103) Toimintatutkimuksen perusajatuksena on, että sosiaalista tilannetta voidaan parhaiten ymmärtää, kun sitä ensin pyritään muuttamaan ja sitten muutoksen vaikutuksia arvioidaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tutkia sosiaalista todellisuutta, jotta sitä voitaisiin muuttaa sekä muuttaa todellisuutta, jotta sitä voitaisiin tutkia (Heikkinen 2008, 27).

Toimintatutkimuksen alle voidaan jaotella lukuisa joukko erilaisia tutkimussuuntauksia. Melko yleinen jaottelu on toimintatutkimuksen jakaminen Habermasin tiedonintressiteorian (1974) mukaan kolmeen pääsuuntaukseen; tekniseen, praktiseen ja emansipatoriseen toimintatutkimukseen. Tässä opinnäytetyössä menetelmänä käy-

tään emansipatorista eli osallistavaa toimintatutkimusta, joka korostaa tutkimuskohteenä olevan yhteisön jäsenten osallisuutta. Osallistavassa toimintatutkimuksessa tutkija on yksi sosiaalisen ryhmän jäsen toimien muutoksen käynnistäjänä ja koordinoijana. Käytäntöihin vaikuttaminen tapahtuu kriittisen reflektion synnyttämän valistuksen ja ideoiden kautta yhteisvastuullisesti. (Heikkinen 2006, 27; Heikkinen, Häkkinen & Kontinen 2008, 43–47, 50; Kuusela 2005, 22–29) Toiminnan kehittämisen edellytyksenä on aina vanhojen käytäntöjen kyseenalaistaminen ja halu muutokseen. Työyhteisön toiminnan kehittäminen ei ole yksilötoimintaa vaan se edellyttää toimintakulttuurin muutosta sekä yksilö- että yhteisötasolla. Tämän vuoksi toimintatutkimuksen prosessi tulee nähdä myös voimaannuttavana valtaistamisprosessina (empowerment). (Suojanen 2004)

7.1 Toimintatutkimuksen syklit

Toimintatutkimuksen syklisyydellä tarkoitetaan useita kertoja toistuvaa prosessia, jolla on tietyt vaiheet. Syklin vaiheet toistuvat kehämäisesti suunnittelusta toimintaan, havainnointiin ja reflektointiin. Näistä vaiheista suunnittelu ja toiminta lukeutuvat konstruoivaan toimintaan, joka on uutta rakentavaa ja tulevaisuuteen suuntaavaa. Havainnointi ja reflektointi ovat rekonstruoivaa toimintaa, sillä niissä katsotaan ajassa taaksepäin ja jäsenetään jo tehtyä toimintaa. Toimintatutkimuksessa syklin eri vaiheet toistuvat kehämäisesti ja useista peräkkäisistä sykleistä muodostuu yhdessä toimintatutkimuksen spiraali, jonka on luonnehdittu olevan kuin pyörre, joka johtaa jatkuvasti uusiin kehittämisideoihin. Spiraali kuvaa osuvasti jatkuvaa ymmärtämyksen lisääntymistä ja sen eteenpäin suuntaavaa voimaa kehittämistyössä. Toimintatutkimuksessa spiraalin syklien määrä on vaihteleva. Joskus yksikin sykli voi olla riittävä ja toisinaan tarvitaan monta sykliä ennen tutkimusaineiston kylläntymistä. (Heikkinen, Kiilakoski & Rovio 2006, 78–82; Kananen 2012, 39–40)

Opinnäytetyö koostuu yhteensä neljästä toimintatutkimuksen syklistä. Ensimmäisen syklin aikana kartoitettiin COPD-kuntoutuksen lähtötilannetta ja toteutusedellytyksiä Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä, jotta COPD-kuntoutusprosessin kehittämistyö pystyttiin aloittamaan. Toisessa syklissä kartoitettiin COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilaa osastolla ja poliklinikalla lähes vuosi kun-

toutuskäytäntöjen jalkauttamisen aloituksen jälkeen. Kolmannessa syklissä luotiin tehdyn kehittämistyön pohjalta ensimmäinen versio COPD-kuntoutusprosessimallista. Neljännessä eli viimeisessä vaiheessa laadittua mallia arvioitiin keuhkosairauksien yksikön moniammatillisessa COPD-kuntoutuksen kehittämistyöryhmässä ja mallin sisällön näyttöön perustuvuus testattiin kirjallisuuskatsauksella. Neljännen syklin jälkeen saavutettiin aineiston saturaatiopiste eli aineisto voitiin katsoa kylläntyneeksi (Sarajärvi & Tuomi 2012, 87).

Toimintatutkimuksessa tutkimussuunnitelma elää jatkuvasti tiedon lisääntymisen myötä. Myös tässä opinnäytetyössä toimintatutkimuksen syklit ja niihin liittyvä reflektio johtivat tutkimusta eteenpäin. Tästä syystä toimintatutkimuksen tutkimussuunnitelma ei voi olla liian tarkasti rajattu. Toiminnan ja reflektion jatkuvassa vuorovaihtuksessa syntyy väistämättäkin uusia ongelmia, joihin täytyy pystyä vastaamaan uudella tavalla. Tutkimusongelmien ja -menetelmien muuttumista kutsutaan tutkimuksen projektiivisuudeksi. Aineiston hankinnan ja kokeilun kautta tuotetaan uutta tietoa, joka ohjaa toiminnan suuntaa. Tämä on tyypillistä toimintatutkimuksessa ja uudet ongelmat ovat tietyllä tavalla toivottujakin, koska niiden kautta syntyy myös uusia ideoita. (Heikkinen ym. 2006, 86–87)

7.2 Aineistot ja aineistojen analyysi

Tutkimusaineisto on empiirisen tutkimuksen perusta. Aineistoja saattaa yhdessä tutkimuksessa olla useampiakin, kuten tässä toimintatutkimuksena toteutetussa opinnäytetyössä. Tutkimusaineistot voivat olla joko osin tai kokonaan valmiiksi koottuja tai ne voidaan tuottaa tutkimuksen kuluessa. Tutkimuksen tekemisessä on oleellista määrittää, millaisella tutkimusaineistolla pystytään vastaamaan asetettuun tutkimusongelmaan. Sykleittäin etenevässä toimintatutkimuksessa tähän kysymykseen palataan yhä uudelleen, kun osista lopulta muodostetaan kokonaisuus. Aineisto on pysyttävä myös analysoimaan siten, että sen perusteella voidaan päätyä tieteellisesti päteviin lopputuloksiin. Johtopäätösten ja tulkintojen muodostamisessa olennaista on havaita niiden yhteys kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. (Jyväskylän yliopisto n.d)

Aineiston keruu

Toimintatutkimuksessa tärkeimpiä tiedonkeruumenetelmiä ovat osallistuva havainnointi, havainnoinnin pohjalta kirjoitettu tutkimuspäiväkirja ja haastattelut. Apuna voidaan käyttää myös erilaisia kirjallisia materiaaleja, kuten muistioita, kokouspöytäkirjoja, raportteja, kirjoitelmia, sähköpostiviestejä ja kyselylomakkeilla kerättyä tietoa, mutta ne eivät riitä toimintatutkimuksen ainoaksi aineistoksi. Tutkijan itsensä tehtävänä on valita oikeat aineiston keruumenetelmät suhteessa tutkimusongelmaan. (Huovinen & Rovio 2008, 104–105)

Opinnäytetyössä aineiston keruumenetelminä on käytetty osallistuvaa havainnointia, avoimia haastatteluita sekä valmiita aineistoja ja dokumentteja. Osallistuvassa havainnoinnissa opinnäytetyön tekijä on osallistunut sekä kehittämistyöhön että kenttätööhön keuhkosairauksien yksikössä, välillä aktiivisena toimijana ja välillä havainnoitsijan roolissa. Aineistoa on tarpeen mukaan täydennetty avoimilla haastatteluilla sekä suullisesti ja sähköpostin välityksellä toteutetuilla henkilökohtaisilla tiedonannoilla. Myös COPD-kuntoutuksen kehittämiseen liittyviä muistioita ja valmiita materiaaleja on mahdollisuuksien mukaan hyödynnetty. Havainnoinnin ja analysoinnin apuvälineenä on käytetty muistiinpanoja, joista havaintoaineisto on kirjoitettu auki sähköiseen tutkimuspäiväkirjaan. COPD-kuntoutusprosessimallin laadinnassa on hyödynnetty runsaasti myös aikaisempaa teoria- ja tutkimusaineistoa, aiheeseen liittyviä hoitosuosituksia sekä asiantuntijaluentoja.

Osallistuva havainnointi on ennalta suunniteltua toimintaa, jossa tutkija osallistuu tutkimuskohteensa päivittäistoimintaan sovittuna ajanjaksona. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on kentällä samaan aikaan sekä osallinen että ulkopuolinen. Osallisuuden taso on riippuvainen tutkimuksen vaiheesta. Välillä tutkija saattaa olla tarkkailijan roolissa ja välillä itse aktiivisena toimijana. Osallistuva havainnointi tapahtuu usein ennalta valitusta näkökulmasta ja se voidaan lisäksi rajata vain tiettyihin kohteisiin. Opinnäytetyössä osallistuva havainnointi rajattiin COPD-kuntoutukseen ja sen kehittämiseen liittyviin havaintoihin. (Huovinen & Rovio 2008, 106; Vilka 2006, 44)

Toimintatutkimuksen suunnitelmallisen etenemisen kannalta toteutuksen ennalta suunnittelu ja rajausten tekeminen on tärkeää. Opinnäytetyössä toimintatutkimuksen

toisessa syklissä toteutettua kenttäjaksoa varten laadittiin ennalta toteutusrunko sekä määriteltiin, millaisiin kysymyksiin havaintoaineistolla haetaan vastauksia. Tutkimuskysymyksillä pyrittiin olennaisen havaintoaineiston rajaamiseen. Kysymykset on kuvattu taulukossa kaksi.

Taulukko 2. Toimintatutkimuksen toisen syklin tutkimuskysymykset

TOISEN SYKLIN TUTKIMUSKYSYMYKSET KENTTÄJAKSOLLE
<ul style="list-style-type: none"> • Mikä COPD-kuntoutuksessa toimii ja mikä ei? <ul style="list-style-type: none"> ○ Miksi se toimii tai miksi se ei toimi? ○ Jos se toimii, tulisiko sitä tukea ja miten? ○ Jos se ei toimi, miten sitä pitäisi muuttaa / kehittää? • Miten jatkokontrollit tulisi toteuttaa, jotta ne tukisivat kuntoutuskokonaisuutta ja COPD-kuntoutukselle asetettuja tavoitteita? • Miten COPD-kuntoutuksen jalkauttamista pysyväksi hoitokäytännöksi voidaan edistää ja tukea?

Tutkimusaineistoa voidaan tarpeen mukaan täydentää haastattelulla. Tutkija itse päättää kenelle haastattelu kohdennetaan ja miten se toteutetaan. Haastattelu voidaan toteuttaa lomakehaastatteluna, teemahaastatteluna tai avoimena haastatteluna. Opin- näytetyössä käytettiin avointa haastattelua, koska se soveltui suhteellisen joustavana menetelmänä toteutukseen parhaiten. Avoimessa haastattelussa vain keskusteluun otettava ilmiö määritellään ennalta. Haastattelut voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluina, joita molempia hyödynnettiin tässä opinnäytetyössä. (Huovinen & Rovio 2008, 109–110)

Havaintonsa tutkija kirjaa tutkimuspäiväkirjaansa, johon hän kerää tietoa systemaattisesti käsitteellisen viitekehänsä mukaan. Tutkimuspäiväkirja on tutkijan apuväline tiedon tallentamiseen ja jäsentämiseen. Koko tutkimusprosessi tulisi olla kuvattuna siihen. Aineiston analyysiä ajatellen sähköisen tutkimuspäiväkirjan pitäminen palvelee tarkoitustaan parhaiten. (Huovinen & Rovio 2008, 106–108)

Aineiston analysointi

Jatkuva reflektointi on toimintatutkimuksen etenemisen perusedellytys. Tutkijan tehtävänä on kerätyn aineiston analysointi ja tulkitseminen koko tutkimusprosessin ajan sekä sen päätteeksi, jotta laajasta tutkimusaineistosta pystytään kokoamaan selkeä kokonaisuus. (Suojanen 2004) Laadullisessa tutkimuksessa havaintojen tuottaminen tapahtuu pelkistämällä ja yhdistämällä. Arvoituksen ratkaisuun päästään ilmiön ymmärtämiseen, kuvaamiseen sekä teoreettiseen viitekehukseen tukeutuen. (Alasuutari 2011, 51) Analyysillä luodaan aineistoon selkeyttä sekä lisätään sen informaatioarvoa, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Sarajarvi & Tuomi 2012, 108). Opinnäytetyössä aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Analyysi ja tulkinta muodostavat yhdessä tutkimuksen tulokset (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009), joihin päästiin teorian ja käytännön integraation kautta.

Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jossa pyritään dokumenttien sisällön sanalliseen kuvaamiseen sekä ilmiöiden merkityssuhteiden ja kokonaisuuksien löytämiseen. Sisällönanalyysin avulla tutkimuksessa kerätty aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. Se voidaan toteuttaa joko aineistolähtöisenä, teoriaohjaavana tai teorialähtöisenä sisällönanalyysinä. (Sarajarvi & Tuomi 2012, 91, 95; Vilka 2005, 139–140)

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään kootusta tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus. Tutkijan tavoitteena on toiminnan logiikan tai tyypillisyyden löytäminen tutkimusaineistosta ja sitä kautta tutkittavien merkitysmailman kuvaaminen. Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käytetään, kun tavoitellaan tutkittavien toiminta- ja ajattelutapojen ymmärtämistä sekä uudistamista tutkimuksessa muodostuneiden käsitteiden, luokitusten tai mallien avulla. Teoriaohjaavassa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta teorian tieto ohjaa ja auttaa analyysin tekoa. Teoreettiset käsitteet tuodaan analyysiin aikaisemmasta teoriasta eikä niitä luoda itse aineistosta, kuten aineistolähtöisessä analyysissä. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä edetään aluksi aineistolähtöisesti, mutta teoria nousee jossain kohtaa analyysiä ohjaavaksi viitekehyyksi. Teorialähtöisessä analyysissä tutkittava ilmiö määritel-

lään johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun perustuen. Teorialähtöisen analyysin lähtökohta on teoria ja tavoitteena teorian uudistaminen tutkittavien antamien merkitysten avulla. Tämän tyyppinen analyysi soveltuu hyvin aikaisemman tiedon testaamiseen uudessa kontekstissa. (Sarajärvi & Tuomi 2012, 95–98, 103, 106, 108, 117; Vilka 2005, 140–142)

Opinnäytetyössä aineiston analysointimenetelminä käytettiin sekä aineistolähtöistä, teoriaohjaavaa että teorialähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöistä sisällönanalyysia hyödynnettiin käytännöstä nousseen havaintoaineiston analysointiin tutkimuspäiväkirjasta, johon havaintoaines oli aukikirjoitettu. Aineistolähtöisen analyysin käytöllä tavoiteltiin käytännön näkökulman esiin tuomista COPD-kuntoutusprosessimallin kehittämisessä sekä keinojen löytämistä kehittämistyön eteenpäin viemiseksi. Teoriaohjaavaa sisällönanalyysia käytettiin COPD-kuntoutusprosessimallin sisällön kokoamisessa teoretiedon ja käytännöstä nousseen tiedon integraationa. Analyysia ohjaavana viitekehystenä käytettiin COPD-kuntoutusprosessimallia varten koottua teoreettista viitekehystä. Teorialähtöistä sisällönanalyysia puolestaan käytettiin laaditun COPD-kuntoutusprosessin arvioinnissa, jossa analyysi toteutettiin kirjallisuuskatsauksella tuotetun teoreettisen viitekehysten sisällä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa havaintoaineiston käsittely toteutettiin ensin lukemalla aineisto kokonaisuudessaan useita kertoja, jonka jälkeen aineistosta rajattiin pois kaikki tutkimuksen kannalta epäoleellinen tieto ja aineistoa pelkistettiin. Laajempaa aineistoa käsiteltäessä toteutettiin värikoodaus havaintotyyppin mukaan aineiston käsittelemisen helpottamiseksi. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä käytetyt ryhmät nousivat esiin aineistoista. Ryhmittelyn kautta haettiin tutkimusaineistoa kuvaavia sääntöjä ja merkitysyhteyksiä. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissa rajatun ja pelkistetyn aineiston ryhmittelyssä hyödynnettiin COPD-kuntoutusprosessimallia varten koottua teoreettista viitekehystä. Ryhmittelyn avulla havaintoaineiston ydin ja teoreettinen viitekehys pystyttiin yhdistämään päätelmien tekemiseksi. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa puolestaan COPD-kuntoutuksesta laadittu kirjallisuuskatsaus toimi aineiston analyysirunkona, johon opinnäytetyössä laadittu COPD-kuntoutusprosessimalli pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Ryhmittelyn kautta aineisto saatiin siihen muotoon, että COPD-kuntoutusprosessimallia pystyttiin ver-

taamaan COPD-kuntoutuksesta laadittuun kirjallisuuskatsaukseen. Analysointia ja vertailua helpotti aineistojen lähtökohtaisesti hyvin samanlainen ryhmittely. Kaikissa analyyseissa lopputulokset muodostettiin aineistoon ja teoreettiseen viitekehykseen tukeutuvien päätelmien kautta.

Aineiston tulkinta

Koska tutkija muodostaa tuloksensa päättelemällä, kyky ymmärtää, yhdistellä ja tulkita eri tavoin tuotettuja havaintoja, teoriaa ja tutkimuksia on lopputulokseen pääsemiseksi välttämätöntä. Niiden kautta tutkija muodostaa tutkimuksensa tulokset, joiden oletetaan pätevän koko tutkimusaineistoon. Käytettävä metodi on olennainen osa tutkimusasetelmaa, mutta kyse on pitkälti myös tutkijan kyvystä soveltaa metodologiaa ja ymmärtää, mikä todellisuudessa on olennaista tutkimusongelman kannalta ja mikä ei. (Vilka 2006, 86–90)

Opinnäytetyössä tutkimusongelman ja toimintaympäristön ymmärtämisessä sekä teorian ja käytännön integroinnissa auttoi se, että tutkimuskohde ja keuhkohtaumataudin hoito olivat ennestään opinnäytetyön tekijälle tuttuja. Toimintatutkimuksen jokaisen syklin toteutus suunniteltiin huolellisesti ja käytettäviin menetelmiin perhdyttiin ennalta suunnitteluvaiheessa, jotta niiden kautta saadut tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Aineistoa koottiin sekä käytännön työelämästä että teoriasta ja lopputuloksiin päädyttiin tutkimuksen edetessä integroimalla aineistot vähitellen.

7.3 Toimintatutkijana kentällä

Toimintatutkijan lähtökohdat tutkimustyöhön voivat käytännössä olla kahdenlaiset; tutkija voi joko ryhtyä kehittämään omaa tai työyhteisönsä työtä tutkivalla otteella, tai hän voi tutkimusongelman havaittuaan etsiä itselleen tutkimuskohteen. Kuten tässä opinnäytetyössä, omaa tai työyhteisönsä työtä kehittävällä toimija-tutkijalla on tavallisesti käytännön kokemusta tutkimuskohteestaan ja muutostarpeen herättää jokin käytännössä havaittu ongelma, johon lähdetään etsimään ratkaisua. Työyhteisön ulkopuolinen tutkija-toimija puolestaan tuntee usein tutkimusaiheensa aiemman tutkimuksen ja teorian pohjalta. Hänen intressinä on havaitun käytännön ongelman ratkaisumallin luominen sekä testaus tutkimuskohteessa. Toimintatutkijan lähtökohdat

ovat vain harvoin puhtaasti joko teoriassa tai käytännössä vaan usein mukana on molempia lähtökohtia. (Huovinen & Rovio 2008, 94–95)

Toimintatutkijan rooli on hyvin moninainen; hän on samanaikaisesti sekä tutkijan roolissa, ihmisen roolissa että muutostavoitteisen aktivoijan roolissa. Tutkijan roolissa hän toimii samanaikaisesti aktiivisena ja osallistavana toimijana sekä kerää havaintoaineistoa tutkimusta varten. Osallistuvaa havainnointia toteuttavalle tutkijalle annetaan tutkimuksen kohteena olevassa yhteisössä usein myös muita rooleja kuin tutkijan rooli. Ihmisen roolissa toimintatutkija käyttää omaa persoonaansa tutkimuksen työvälineenä. Muutostavoitteisen aktivoijan roolissa hän puolestaan pyrkii edistämään muutosprosessia ja vaikuttamaan siihen sekä osallistaa tutkimuskohteen jäseniä muutos- ja tutkimusprosessiin. (Vilka 2006, 67, 70–71) Näiden roolien lisäksi opinnäytetyön tekijä toimii tutkimuskohteena olevassa yhteisössä myös omassa työroolissaan apulaisosastonhoitajana, mikä monelta osaltaan muistuttaa jo lähtökohtaisesti toimintatutkijan roolia.

Toimintatutkijan tehtävä on auttaa tutkimuskohteen toimijoita tiedostamaan ja ratkaisemaan kehitettävään ilmiöön liittyviä ongelmia sekä selviämään vielä ratkaisemattomien ongelmien parissa. Käytännössä tämä tarkoitti käytännön työstä ja kehittämistyöstä nousseiden haasteiden havainnointia sekä ratkaisukeskeistä haasteisiin vastaamista. Toimintatutkijan tehtävänä on myös tuoda kehittämistyöhön tieteellinen näkökulma, jotta välttyttäisiin muutoksien tekemiseltä pelkän arkitiedon varassa. Tieteellistä näkökulmaa pyrittiin tässä toimintatutkimuksessa vahvistamaan korostaen näyttöön perustuvuutta toiminnan kehittämisessä, tuomalla kehittämistyöhön erilaisia tutkittuja malleja ja tutkimustietoa, suunnittelemalla ja järjestämällä asiantuntijaluentoja sekä kertomalla opinnäytetyöprosessista. Toimintatutkijan rooli voidaankin nähdä eräänlaisena konsultin roolina. Samalla toimintatutkijan tehtävänä on kuitenkin tutkia ja tuottaa tietoa tutkimuksen käyttöön. (Anttila 1998) Toimintatutkimuksen keinoin tutkijan tehtävänä on siis kehittää tutkimuskohteelle sopivia lähestymistapoja, toimintatapoja ja taitoja sekä tieteellisiä välineitä käytännön ongelmatilanteiden ratkaisuun. Tutkimuksensa tuotoksen, tutkimusraportin avulla hän osallistuu tutkimuskohteesta käytävään julkiseen keskusteluun. (Vilka 2006, 72)

Opinnäytetyössä toimintatutkijan roolin ottaminen edellytti opinnäytetyön tekijältä perusteellista aiheeseen liittyvään tausta-, teoria- ja tutkimusaineistoon perehtymistä, koska opinnäytetyö toteutettiin omaan työyksikköön. Kyky kehittää edellyttää paitsi kehittämishalua, myös kykyä nähdä asioita totutusta poikkeavalla tavalla. Tämä vaatii uutta näkökulmaa, jos tietty ajattelumalli on sisäistettynä. Teorian ja käytännön integraatio kehittämistyössä oli vahvasti esillä toimintatutkimusprosessin joka vaiheessa osin juuri opinnäytetyön tekijän omista kehittämislähtökohdista johtuen. Tietämyksen lisääntymisen myötä ennestään tutun työyksikön tarpeita oli helpompi havaita ja eräänlaisen konsultin roolin ottaminen kehittämistyössä helpottui. Opinnäytetyössä toimintatutkijan rooli oli toimia eräänlaisena kehittämistyön katalyyttinä poistaen mahdollisia kehittämistyön esteitä ja vahvistaen mahdollisuuksia. Aktiivinen havainnointi, ratkaisukeskeisyys sekä teorian ja käytännön yhdistäminen nousivat toimintatutkijan roolissa keskeiselle sijalle.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin syksyllä 2013, kun opinnäytetyön liittämistä COPD-kuntoutuksen kehittämiseen oli sovittu Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa. Aihe hyväksyttiin Satakunnan ammattikorkeakoulussa lokakuussa 2013. Tämän jälkeen aloitettiin teoreettisen viitekehyksen kokoaminen sekä tehtyyn COPD-kuntoutuksen kehittämistyöhön perehtyminen opinnäytetyösuunnitelman laatimiseksi. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui toimintatutkimus, koska se vastasi kehittämistyön tarpeita parhaiten muihin menetelmiin nähden.

Opinnäytetyön tekijä tutustui COPD-kuntoutuksen kehittämistyössä tuotettuihin materiaaleihin ja osallistui keuhkosairauksien yksikössä pidettäviin COPD-kuntoutusta käsitteleviin palavereihin ja osastotunneille. Kuntoutustoimintaan ja sen kehittämiseen liittyvien tarpeiden kartoittaminen ja ratkaisujen etsiminen alkoi. Kehittämistyön suunnittelu ja toteutus tapahtui koko ajan tiiviissä yhteistyössä keuhkosairauksien yksikön osastonhoitajan ja kehittämistyöstä yksikössä vastaavien hoitajien kanssa

sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ohjauksessa. Opinnäytetyön toteutussuunnitelma muotoutui ja tarkentui siten, että opinnäytetyösuunnitelma valmistui toukokuussa 2014 ja tutkimuslupa sairaanhoitopiiriltä anottiin kesäkuussa 2014. Opinnäytetyö määriteltiin toteutettavaksi aikavälillä heinäkuu 2014 – tammikuu 2015 hyödyntäen kehittämistyössä syksystä 2013 lähtien kerättyä aineistoa.

Syksyllä 2014 toteutettiin viikon mittainen kenttätutkimusjakso, jolloin opinnäytetyön tekijä havainnoi ja kartoitti toimintatutkijan ominaisuudessa keuhkosairauksien osaston ja poliklinikan COPD-kuntoutustoimintaa. Jakson toisena tavoitteena oli COPD-kuntoutuksen jalkauttamisen edistäminen ja muutosprosessissa tukeminen. Saatujen tulosten perusteella pystyttiin teorian ja käytännön integraation kautta luomaan ensimmäinen COPD-kuntoutusprosessin aukikirjoitettu malli, joka valmistui joulukuussa 2014. Malli toimitettiin arvioitavaksi COPD-kuntoutuksen moniammatilliselle kehittämistyöryhmälle. Tämän lisäksi COPD-kuntoutusprosessimallin arvioimiseksi laadittiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jolla testattiin mallin näyttöön perustuvuus. Arvioinnin valmistumisen jälkeen toteutettiin prosessimallinnus QPR ProcessGuide -ohjelmalla toukokuussa 2015.

Laadittu COPD-kuntoutusprosessimalli tuotettiin neljän toimintatutkimussyklin kautta. Sykliden pääpiirteet on kuvattu taulukossa kolme.

Taulukko 3. Toimintatutkimuksen syklit

SYKLI	TOTEUTUS	TARKOITUS
1. COPD-kuntoutuksen toteutusedellytysten kartoittaminen osastolla ja poliklinikalla	Syksy 2013 – Kevät 2014	COPD-kuntoutusprosessin kehittämisen lähtötilanteen määrittäminen Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä etenemissuunnitelman laatimiseksi.
2. COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilan kartoittaminen osastolla ja poliklinikalla	Syksy 2014	COPD-kuntoutuksen sen hetkisen tilan kartoitus keuhkosairauksien yksikössä, COPD-kuntoutusprosessin tarkentaminen, COPD-kuntoutuksen jalkauttamisen edistäminen ja etenemissuunnitelmaehdotuksen laatiminen COPD-kuntoutuksen kehittämistyölle.
3. COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version luominen	Joulukuu 2014 – Tammi-kuu 2015	Laadittujen kehittämissuunnitelmien eteenpäin vieminen, teoreettisen viitekehyksen tarkentaminen ja laajentaminen, COPD-kuntoutusprosessin ensimmäisen mallin laatiminen jatkokehittämistä varten.

4. Ensimmäisen COPD-kuntoutusprosessimallin arviointi ja valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin luominen	Kevät 2015	COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version arviointi ja valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin luominen.
--	------------	--

8.1 Ensimmäinen sykli; COPD-kuntoutuksen toteutusedellytysten kartoittaminen osastolla ja poliklinikalla

Ensimmäisen syklin tarkoituksena oli COPD-kuntoutusprosessin kehittämisen lähtötilanteen määrittäminen Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä etenemissuunnitelman laatimiseksi. Tavoitteena oli kartoittaa COPD-kuntoutuksen lähtötilanne ja toteutusedellytykset keuhkosairauksien yksikössä. Toteutus tapahtui aikavälillä syksy 2013 – kevät 2014. Lähtötilanteen määrittämisen teoreettiseksi viitekehyyksi valittiin Engeströmin (1987) Toimintajärjestelmän malli, koska se sisälsi tarvittavat välineet sekä lähtötilanteen että tavoitetilanteen määrittämiseksi (Ala-Laurinaho 2014). Lähtötilanteen määrittäminen tapahtui vastaamalla kysymyksiin; ”Miten keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita hoidetaan nyt?” ja ”Millaisia aineellisia ja aineettomia välineitä ja resursseja on käytettävissä?”. Tavoitetilanteen määrittäminen tapahtui vastaamalla kysymyksiin; ”Miten keuhkohtaumatautia sairastavia potilaita tulisi hoitaa tulevaisuudessa?” ja ”Millaisia aineellisia ja aineettomia välineitä ja resursseja tulisi olla käytettävissä?” Lähtötilanteen ja tavoitetilanteen määrittäminen toteutettiin yhteistyössä keuhkosairauksien yksikön osastonhoitajan kanssa hyödyntäen COPD-kuntoutuksen kehittämistyössä tuotettuja materiaaleja, teoria- ja tutkimustietoa sekä opinnäytetyön tekijän omaa keuhkosairauksien yksikössä hankittua ammattitaitoa.

Lähtötilanteen ja tavoitetilanteen määrittelyn perusteella laadittiin suunnitelma siitä, millä keinoin lähtötilanteesta päästään tavoitetilanteeseen. Tärkeimmiksi kehittämissaasteiksi kartoituksen perusteella voitiin nostaa kolme tekijää. Ensinnäkin kehittämistyötä, sen etenemistä ja tavoitteita tulisi tarkentaa ja tehdä näkyvämmäksi koko yksikön henkilökunnalle. Toiseksi henkilökunnan tiedollisten ja taidollisten resurssien parantamiseen tulisi osaamisvaatimusten muuttuessa panostaa sekä koulutuksella että laatimalla tarvittavia ohjeistuksia. Kolmanneksi kehittämishaasteeksi nousi COPD-kuntoutuksessa tarvittavien välineiden hankinta.

Kehittämistyön etenemisen ja tavoitteiden tarkentaminen ja näkyväksi tekeminen yksikön henkilökunnalle

Kartoituksen tulosten perusteella koottiin PowerPoint-esitys COPD-kuntoutusprosessin lähtökohdista, merkityksestä ja prosessin etenemisestä. Tavoitteena oli auttaa henkilökuntaa ymmärtämään, mitä ollaan tekemässä ja miksi, jotta he voisivat sitoutua prosessin kehittämiseen ja kuntoutustoiminnan toteuttamiseen käytännössä. COPD-kuntoutusta esiteltiin laaditun esityksen avulla sekä osaston että poliklinikan osastotunneilla ja keuhkosairauksien yksikön lääkäreiden palaverissa. Esitys tallennettiin keuhkosairauksien yksikön yhteiseen sähköiseen tiedostokansioon, johon alettiin koota COPD-kuntoutukseen liittyvää materiaalia, jotta se olisi kokonaisuudessaan helposti kaikkien saatavilla.

Yksikön henkilökunnan tiedollisten ja taidollisten resurssien parantaminen koulutuksella ja ohjeistuksilla osaamisvaatimusten muuttuessa

Osaamisvaatimusten muutokseen vastattiin koulutuksen keinoin. COPD-kuntoutuksen osaamisalueiksi määriteltiin alan kirjallisuuteen perustuen; keuhkohtaumatauti sairautena, tupakka, lääkehoito, liikunta, ravitsemus, omaisten huomioiminen hoidossa, psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen sekä ohjausosaaminen. Koulutusta alettiin suunnitella osaamisalueiden mukaan hyödyntäen mahdollisimman paljon sekä yksikön että sairaalan sisältä löytyvää osaamista. Keuhkosairauksien yksikön lääkärit luennoivat hoitohenkilökunnalle keuhkohtaumataudista ja sen hoidosta. Tupakkaohjauksesta järjestettiin sisäistä koulutusta yksikön omien tupakkavieroituksesta vastaavien hoitajien toimesta ja koulutusta täydennettiin ulkopuolisten luennoitsijoiden pitämällä nikotiinikorvaushoitoja käsittelevällä sekä motivoivaa ohjausta käsittelevällä luento-osuudella. Yksikön fysioterapeutit luennoivat keuhkohtaumatautipotilaan liikunnasta ja kuntoutuksesta ja psykologi luennoi keuhkohtaumatautia sairastavan psyykkisestä ja sosiaalisesta tukemisesta. Keuhkosairauksien yksikön kuntoutusohjaaja ja sosiaalihoitaja luennoivat henkilökunnalle omasta osuudestaan keuhkohtaumatautipotilaan hoito- ja kuntoutusprosessissa. Tämän lisäksi henkilökunnalle järjestettiin osastotunteja, joissa kerrottiin ja keskusteltiin COPD-kuntoutuksen käytännön toteutuksesta. Koulutus keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ravitsemuksesta päätettiin jättää myöhempään ajankohtaan suuren tietomäärän hallitsemiseksi.

COPD-kuntoutuksen käytännön toteutuksen yhdenmukaistamiseksi ja toteutusrungon luomiseksi päädyttiin laatimaan COPD-kuntoutuskaavake (Liite 2), johon koottiin kuntoutuksen toteutuksen sisältörunkoa ja tehtäviä mittauksia. COPD-kuntoutuksen kehittämisestä vastaavat hoitajat toteuttivat kaavakkeen laadinnan mukailleen COPD-kuntoutuksen osaamisalueita. Potilaskohtaisen jatkuvatoimisen kaavakkeen tarkoituksena oli paitsi toteutuskäytäntöjen yhtenäistäminen, myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja hoitotyön yhteenvedon laadinnan helpottaminen potilaan siirtyessä osastolta jatkoseurantaan keuhkosairauksien poliklinikalle.

COPD-kuntoutuksen potilasvalinnan tehostamiseksi päädyttiin huhtikuussa 2014 aloittamaan COPD-kuntoutuksen viikoittaiset aamupalaverit keuhkosairauksien osastolla. Palaverien tarkoituksena oli pohtia COPD-kuntoutuksen potilasvalintaa moniammatillisesti ja tarjota henkilökunnalle mahdollisuus keskustella myös COPD-kuntoutuksen toteutuksesta yhdessä. Yhtenä tavoitteena COPD-kuntoutuksen aamupalaverikäytännölle oli myös kuntoutustoiminnan jalkauttamisen edistäminen. Palaverit ovat jatkuneet niiden aloittamisesta lähtien lähes säännöllisesti ja niistä muodostui osa COPD-kuntoutusprosessia.

COPD-kuntoutuksessa tarvittavien välineiden hankinta

COPD-kuntoutuksen tilat ja välineet olivat pääosin jo kunnossa, mutta joitakin toimintaa helpottavia materiaali- ja välinehankintoja vielä tehtiin. Kuntoutuskäyttöön saatiin esimerkiksi potilaille jaettavia askelmittareita ja toisesta yksiköstä poistettuja kuntosalilaitteita. COPD-kuntoutuskäyttöön varattuun tilaan saatiin näiden lisäksi ATK-työpiste helpottamaan fysioterapeuttien tekemää kirjaamista.

8.2 Toinen sykli; COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilan kartoittaminen osastolla ja poliklinikalla

Toinen sykli toteutettiin syksyllä 2014, kun COPD-kuntoutus oli ollut virallisesti käytössä jo lähes vuoden. Tarkoituksena oli kartoittaa COPD-kuntoutuksen sen hetkistä tilaa keuhkosairauksien yksikössä, tarkentaa COPD-kuntoutusprosessia, edistää COPD-kuntoutuksen jalkauttamista sekä laatia ehdotus etenemissuunnitelmasta

COPD-kuntoutuksen kehittämistyölle. Toisen syklin tavoitteeksi asetettiin COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilan kartoittaminen keuhkosairauksien osastolla ja poliklinikalla. Määritellyt alatavoitteet on esitetty taulukossa neljä.

Taulukko 4. Toisen syklin alatavoitteet

ALATAVOITTEET
<ul style="list-style-type: none"> • Selvittää, miten COPD-kuntoutus on käytännössä lähtenyt toimimaan ja mitkä tekijät ovat kuntoutustoimintaa estäviä tai tukevia. • Selvittää, miten COPD-kuntoutusta tulisi jatkokehittää, jotta se olisi hoitoprosessina mahdollisimman toimiva ja tehokas. • Mallintaa COPD-kuntoutuksen jatkokontrollien runko keuhkosairauksien poliklinikalla. • Edistää COPD-kuntoutuskäytäntöjen kehittämistä ja jalkauttamista.

Toteutusta varten opinnäytetyön tekijä laati kirjallisen toimintasuunnitelman ja osallistui toimintatutkijan roolissa kenttätöihin. Kenttäjakso toteutui marraskuussa 2014. Aineiston keruu tapahtui käytännön hoitotyöhön ja kehittämistyöhön osallistuen keuhkosairauksien yksikössä. Aineiston keruumenetelminä käytettiin osallistuvaa havainnointia, avoimia haastatteluita sekä valmiita aineistoja ja dokumentteja. Kohderyhmänä oli keuhkosairauksien yksikön henkilökunta. Toteutusrunkona toimi päiväkohtainen suunnitelma, johon oli määritelty, mistä aihealueista tietoa haluttiin saada ja mihin asioihin pyrittiin kenttätöissä vaikuttamaan. Vastauksia haettiin muun muassa siihen, mikä COPD-kuntoutuksessa on toimivaa, mikä puolestaan ei, miksi asia on näin ja tulisiko sille tehdä jotain. Tavoitteena oli saada vastaus myös siihen, miten COPD-kuntoutuksen kontrollit tulisi toteuttaa ja miten kuntoutustoiminnan jalkauttamista voitaisiin edistää.

Kenttäjakson aluksi opinnäytetyö ja kenttäjaksolle laadittu suunnitelma esiteltiin henkilökunnalle. Samalla kerrattiin myös COPD-kuntoutuksen toteutusrunkoa ja keskusteltiin COPD-kuntoutuksen toteuttamisesta sekä siihen liittyvistä ongelmista. Osastotunti toteutettiin sekä osastolla että poliklinikalla. Havainnoaineisto koottiin havainnoimalla hoitajien ja fysioterapeuttien työtä sekä työympäristöä ja täydentäen

aineistoa avoimilla haastatteluilla eri tilanteissa. Myös COPD-kuntoutuksen välineitä ja materiaaleja kartoitettiin.

Kenttäjakson alkaessa osastolla ei ollut yhtään COPD-kuntoutukseen valittua potilasta. Potilasvalintaa mietittiin jakson aikana yhdessä ja hoitajia kehoitettiin aktiivisesti ehdottamaan lääkäreille mahdollisia kuntoutuspotilaita. Kyseisen viikon aikana osastolla hoidettiin yhteensä viittä keuhkohtaumatautipotilasta, joista neljä valikoitui COPD-kuntoutukseen ja heistä kolme sitoutui kuntoutusprosessin jatkamiseen.

Kerätyt tiedot ja havainnot koottiin muistiinpanoihin, joista ne päivän päätteeksi aukikirjoitettiin laajemmaksi havaintoaineistoksi tutkimuspäiväkirjaan. Päivittäinen aineiston analysointi oli jatkuvaa ja ratkaisukeskeistä kohdistuen niihin ongelmiin, jotka akuutisti vaativat ratkaisua. Laajempi aineiston analysointi toteutettiin jakson lopuksi ensin nopeana sisällönanalyysina, jotta viimeisenä kenttäjaksopäivänä pystyttiin antamaan henkilökunnalle yhteenveto ja toimintaehdotuksia. Tämän jälkeen toteutettiin syvällisempi sisällönanalyysi. Ryhmittelyssä käytetyt ryhmät olivat; toimintakulttuuri, toimintatavat, aikataulu, kirjaaminen ja lomakkeet, kehittämistyö, materiaalit ja välineet sekä resurssit. Ryhmittelyn kautta haettiin tutkimusaineistoa kuvaavia sääntöjä ja merkitysyhteyksiä sekä käytännöstä nousevia kehittämistarpeita COPD-kuntoutuksen kehittämistyön jatkamiseksi ja jalkauttamisen edistämiseksi. Saaduista tuloksista keskusteltiin yksikön osastonhoitajan kanssa ja laadittiin toimintasuunnitelma. Tulosten perusteella koottiin tehtävälista niistä asioista, joihin tulisi kohdistaa kehittämistoimia COPD-kuntoutuksen eteenpäin viemiseksi. Saatuihin tuloksiin nojaten laadittiin toimintatutkimuksen kolmannen syklin tavoitteet ja suunnitelma.

8.3 Kolmas sykli; COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version luominen

Kolmas sykli aloitettiin joulukuussa 2014. Tarkoituksena oli toisen syklin tulosten pohjalta laadittujen kehittämissuositusten eteenpäin vieminen sekä teoreettisen viitekehyksen tarkentaminen ja laajentaminen kehittämistyön viemiseksi eteenpäin. Tämän kautta tarkoituksena oli laatia COPD-kuntoutusprosessin ensimmäinen malli jatkokehittämistä varten. Kolmannen syklin tavoitteeksi määriteltiin COPD-

kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version luominen. Alatavoitteet asetettiin edellisen syklin tuloksiin perustuen. Käytettävät keinot määriteltiin ennalta ja niistä laadittiin päiväkohtainen suunnitelma. Alatavoitteet sekä keinot tavoitteisiin pääsemiseksi on esitetty taulukossa viisi.

Taulukko 5. Kolmannen syklin alatavoitteet ja keinot

TAVOITE	KEINOT
Parantaa COPD-kuntoutuksen toteuttamisedellytyksiä ja jalkauttamista vuodeosastolla ja poliklinikalla.	COPD-kuntoutuksen toteutusohjeistuksen tämentäminen laatimalla henkilökunnan käyttöön toteutusohjekansio sekä kehittämällä COPD-kuntoutuksessa käytettäviä kaavakkeita. COPD-kuntoutuksen toteutukseen tarvittavan tietotaidon vahvistaminen järjestämällä lisää koulutusta henkilökunnalle.
Luoda edellytykset COPD-kuntoutuksen paremmalle markkinoinnille ja näkyvyydelle yksikössä.	COPD-kuntoutuksen markkinointiin tarvittavan materiaalin tuottaminen.
Selkiyttää COPD-kuntoutuksen kehittämisen työnjakoa ja tukea kehittämistyöstä vastaavien hoitajien osallisuutta COPD-kuntoutuksen kehittämisessä.	COPD-kuntoutuksen kehittämispalaverin järjestäminen vastuuhoidtajien kanssa kehittämistyön ja jalkauttamisen tehostamiseksi sekä työnjaon tarkentamiseksi opinnäytetyön ja osaston kehittämistoiminnan välillä.
Koota COPD-kuntoutusprosessin ensimmäinen versioehdotelma jatkokehittämistä varten.	COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version kokoaminen liittämällä yhteen teoreettinen viitekehys ja hoitosuositukset, sovitut käytännöt, toimintamallit ja työnjako sekä käytettävät materiaalit. Mallin on tarkoitus toimia lähtökohtana jatkokehitystyölle.

Kolmannen syklin aineiston keruumenetelminä olivat avoimet haastattelut sekä valmiit aineistot ja dokumentit. Tiukkaan aikataulutetun jakson aikana pidettiin palaveri COPD-kuntoutuksen kehittämisen vastuuhoidtajien kanssa, sovittiin COPD-kuntoutusprosessiin liittyvistä avoimista asioista yksikön ylilääkärin, osastonhoitajan ja henkilökunnan kanssa, aloitettiin COPD-kuntoutuskoulutuksen suunnittelu ja järjestäminen, aloitettiin COPD-kuntoutuksen näkyvyyden ja markkinoinnin suunnittelu sekä sovittiin tähän liittyvistä kehittämistyön vastuista, päivitettiin COPD-

kuntoutuksessa käytettäviä lomakkeita ja aloitettiin COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen virallisen version laadinta.

Aikataulu oli liian tiukka eikä suunnitelmaa pystytty sellaisenaan täysin toteuttamaan. Asioiden jäsentelyn apuna käytettiin jälleen muistiinpanoja, joista asiat siirrettiin tutkimuspäiväkirjaan. Tehdyistä toimenpiteistä johdettiin listaus COPD-kuntoutusprosessiin liittyvistä sovitusta ja odottavista asioista. Sovitut asiat hyödynnettiin suoraan COPD-kuntoutusprosessimallin aukikirjoittamiseen ja odottavat asiat muodostivat työlistan, jota käyttämällä saatiin lopulta sovituksi kaikki COPD-kuntoutusprosessin laatimiseksi tarvittavat tiedot. Aineiston analysoinnin apuna käytettiin sisällönanalyysia. COPD-kuntoutuksen toteutusohjekansio jäi odottamaan COPD-kuntoutusprosessin kuvauksen valmistumista, koska sen todettiin sisältävän kaiken tarvittavan ohjeistuksen kuntoutustoiminnan toteuttamiseen eikä erillisen ohjeen laatiminen ollut näin ollen tarkoituksenmukaista.

COPD-kuntoutuskoulutus toteutettiin tammikuun lopussa 2015 kahtena samansisällöisenä koulutuskokonaisuutena. Yksikön COPD-kuntoutuksen kehittämistä vastaavat hoitajat luennoivat osastolla ja poliklinikalla toteutettavasta COPD-kuntoutuksesta, kuntoutusohjaaja ja sosiaalihoitaja kertoivat omasta työstään COPD-kuntoutuspotilaiden parissa ja ravitsemusterapeutti luennoi keuhkohtaumatautipotilaan ravitsemuksesta. Koulutuksen toteuttamisen myötä kaikki COPD-kuntoutuksen osaamisalueet tulivat käsitellyiksi koulutuksen keinoin.

COPD-kuntoutusprosessimallin kehittämistyön teoreettiseksi viitekehikseksi valittiin Terveysshyötymalli, jota käytettiin soveltaen kuntoutusprosessimallin kehittämisessä. Kuntoutusprosessimallin kokoamisessa hyödynnettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia käytännöstä ja teoriasta nousseen aineiston järjestämiseksi ja yhdistämiseksi. Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäinen versio valmistui tammikuun 2015 lopussa. Samaan aikaan päättyi myös opinnäytetyölle anottu aineiston keruu-aika.

8.4 Neljäs sykli; Ensimmäisen COPD-kuntoutusprosessimallin arviointi ja valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin luominen

Neljännän eli viimeisen syklin tarkoituksena oli tuotetun COPD-kuntoutusprosessimallin ensimmäisen version arviointi ja valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin luominen. Syklin tavoitteeksi asetettiin arvioida ja testata laadittua COPD-kuntoutuksen toteutusmallia ja laatia tämän pohjalta Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessimalli.

Arviointi toteutettiin helmikuussa 2015 kaksiosaisena. COPD-kuntoutusprosessimalli lähetettiin 30.1.2015 sähköpostitse COPD-kuntoutuksen moniammatillisen kehittämistyöryhmän jäsenille luettavaksi ja mallista pyydettiin palautetta joko suullisesti tai kirjallisesti 13.2.2015 mennessä. Lääkäritoiminnan osalta malliin pyydettiin myös täydennystä yksikön ylilääkäriltä. Toisena arviointitapana käytettiin vertailua kirjallisuuskatsauksella tuotettuun tietoon. COPD-kuntoutuksen näyttöön perustuvuuden testaamiseksi laadittiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jolla haettiin vastausta siihen, millainen on tämän hetken näyttöön perustuva COPD-kuntoutuksen toteutusmalli. Kirjallisuuskatsaus laadittiin Satakunnan keskussairaalan tieteellisen kirjaston informaation avustuksella aikavälillä marraskuu 2014 – tammikuu 2015. COPD-kuntoutusprosessimallia verrattiin kirjallisuuskatsauksella saatuihin tuloksiin.

COPD-kuntoutusprosessin arviointikierroksen määräpäivään mennessä palautetta kuntoutusprosessista saatiin kirjallisesti yksikön ylilääkäriltä ja suullisesti osastonhoitajalta. Muita vastauksia ei saatu, joten COPD-kuntoutusprosessimalli katsottiin näiden henkilöiden osalta hyväksytyksi. Saadun palautteen ja korjausehdotusten perusteella COPD-kuntoutusprosessimalliin tehtiin joitakin korjauksia ja tarkennuksia. Lääkäritoiminnan osuutta täydennettiin ylilääkärin ohjeiden mukaisesti.

COPD-kuntoutusprosessin ja COPD-kuntoutuksesta laaditun narratiivisen kirjallisuuskatsauksen vertailu toteutettiin teorialähtöistä sisällönanalyysia hyödyntäen. Keuhkohtaumataudin kuntoutuksen toteutusta käsittelevästä aineistosta löytyi erilaisia tapoja toteuttaa polikliinisiä kuntoutusinterventioita, mutta varsinaisia toteutusmalleja vuodeosastohoidon yhteydessä toteutettavaan kuntoutusinterventioon ei löytynyt. Kirjallisuuskatsauksen perusteella pystyttiin kuitenkin muodostamaan koko-

naisnäkemys siitä, mitä näyttöön perustuvan COPD-kuntoutuksen tulisi tämän hetkisen tiedon mukaan sisältää.

Toteutetun arvioinnin perusteella COPD-kuntoutusprosessia täydennettiin asiantuntija-arviointiin perustuen ja prosessimallille saatiin hyväksyntä COPD-kuntoutuksen moniammatilliselta kehittämistyöryhmältä. Lisäksi COPD-kuntoutusprosessimallia verrattiin aiheesta laadittuun kirjallisuuskatsaukseen, minkä perusteella laaditun mallin voitiin todeta sisältävän oikeita asioita, olevan näyttöön perustuva ja hoitosuosituksen mukainen.

Kun COPD-kuntoutusprosessimallin kuvaus valmistui, aloitettiin prosessimallinnuksen toteutuksen suunnittelu maaliskuussa 2015. COPD-kuntoutusprosessista luonnosteltiin vuokaaviomuotoinen prosessikaavio ensin prosessin kulun tasolla. Tämän jälkeen luonnosteltiin uimaratomallia käyttämällä vaiheittaiset prosessikaaviot työn kulun tasolla. Tällä tasolla kuvaukset päädyttiin tekemään erikseen vaiheista; potilasvalinta ja aloitus, toteutus osastolla, kotiutus ja kontrollit. Prosessikaaviot hyväksyttiin keuhkosairauksien yksikön osastonhoitajalla ja toteuttamisesta keskusteltiin yksikön ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa. Prosessimallinnuksessa päädyttiin käyttämään QPR ProcessGuide -ohjelmaa, jonka käyttäjälisenssin saaminen ja käytön opettelu veivät jonkin verran aikaa. Prosessimallinnus toteutettiin toukokuussa 2015 ja prosessikaaviot liitettiin COPD-kuntoutusprosessimalliin.

9 TULOKSENA COPD-KUNTOUTUSPROSESSIMALLI

Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutuksella tarkoitetaan keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan yksilöllistä, monipuolista ja moniammatillista kuntoutusinterventiota. Se on tutkitusti vaikuttavaa ja koostuu erilaisien palveluiden kokonaisuudesta, jotka suunnataan paitsi keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille, myös heidän perheilleen. Kuntoutusprosessin avulla pystytään tukemaan keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta sitoutumaan paremmin sairau-

tensa omahoitoon ja selviytymään arjessa sairautensa kanssa. (Katajisto 2013, 316; Nieminen 2013)

Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessimalli (Liite 3) on kuvaus COPD-kuntoutuksen tavoitteista, tarkoituksesta, käytännön toteutuksesta ja työnjaosta keuhkosairauksien yksikössä. Kuntoutusprosessimalli sisältää vaiheittaisen toiminnan, työnjaon ja kirjaamisen kuvauksen COPD-kuntoutuksen toteutuksesta, COPD-kuntoutukseen kuuluvan potilasohjauksen ohjaussisältöjen kuvauksen, COPD-kuntoutuksessa sovellettavien menetelmien kuvauksen, COPD-kuntoutusprosessimallin kaaviomuotoisen kuvauksen (Liite 4) sekä COPD-kuntoutuksen toteutukseen liittyviä kaavakkeita ja materiaaleja. COPD-kuntoutusprosessimalli on toteutettu sekä aukikirjoitettuna toiminnan kuvauksena että prosessikaaviona prosessin kulun ja työnkulun tasolla. COPD-kuntoutusprosessimalli on laadittu keuhkosairauksien yksikköön sekä kirjallisena että sähköisenä versiona. Kuntoutusprosessimallin on tarkoitus ensisijaisesti toimia kuntoutustoiminnan toteuttamisohjeena ja toiminnan kuvauksena, jalkauttamisen ja perehdytyksen työvälineenä sekä jatkokehittämisen lähtökohtana. Mallia voidaan käyttää perehdytysmateriaalina myös yksikön opiskelijaohjauksessa.

9.1 COPD-kuntoutuksen toteutusperiaatteet

COPD-kuntoutuksen toteutusperiaatteet on määritelty COPD-kuntoutusprosessimallissa. Etenevän sairauden kanssa selviytymisen mahdollisimman varhainen suunnittelu on kuntoutustoiminnassa tärkeää. Potilaan jäljellä oleva hengityskapasiteetti pyritään turvaamaan ja opettamaan sen oikeaa käyttöä. Tupakoinnin lopettaminen on ehdoton edellytys sairauden etenemisen hidastamiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Kuntoutustoiminnan periaatteisiin kuuluvat myös kestävyyskunnan ja lihasvoiman parantaminen sekä painonhallinta ja ravitsemustilan optimointi. COPD-kuntoutuksen menetelmillä pyritään lisäksi sosiaalisen kanssakäymisen säilyttämiseen ja vertaistuen tarjoamiseen. Potilas saa kuntoutuksen kautta tukea myös omahoitovalmiuksiinsa sekä muun elämän hallintaan. (Katajisto 2013, 316; Nieminen 2013; Puolanne 2010, 131–133)

COPD-kuntoutuksen sisältö suunnitellaan jokaiselle potilaalle hänen yksilöllisten tarpeidensa ja ominaisuuksiensa mukaan. COPD-kuntoutuksessa potilaalle tulisi tarjota osana hänen kokonaisuhoitoaan liikuntaharjoittelua, potilasohjausta, tupakkavieroitusta, ravitsemusneuvontaa ja psykososiaalista tukea. Liikuntapainotteisuus on kokonaisuhoiton kannalta tärkeää, koska keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat liikkuvat tutkitusti vähemmän kuin terveet ja fyysisen inaktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä toistuviin sairauden pahenemisvaiheisiin, sairaalahoidon tarpeeseen, lisääntyneeseen hengenahdistukseen, huonompaan elämänlaatuun ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. (Katajisto 2013, 317; Nieminen 2013)

9.2 COPD-kuntoutuksen tavoite ja kohderyhmä

COPD-kuntoutuksen tavoitteena on potilaan omahoitovalmiuksien lisääntyminen keuhkohtaumataudin hoidossa ja oireiden hallinnassa. Kuntoutuksella tavoitellaan myös potilaan työ- ja toimintakyvyn säilyttämistä ja parantamista sekä terveyttä edistävien elämäntapojen ja ympäristömuutosten löytymistä potilaan elämään. Pysyvien liikuntatottumusten löytäminen ja potilaan fyysisen aktiivisuuden lisääminen ovat myös COPD-kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita. (Katajisto 2013, 318; Nieminen 2013; Puolanne 2010, 131)

COPD-kuntoutuksen kohderyhmänä ovat eriasteista keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat, jotka ohjautuvat keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen vuoksi sairaalahoitoon keuhkosairauksien osastolle. Kuntoutus tulisi aloittaa erityisesti sellaisille potilaille, joilla optimaalisesta lääkityksestä huolimatta on jatkuvaa hengenahdistusta, fyysisen aktiivisuuden rajoittuneisuutta ja suoristuskyvyn alenemaa. COPD-kuntoutuksen aloittaminen edellyttää aina keuhkosairauksien erikoislääkärin tekemän arvion potilaan kokonaistilanteesta. Kuntoutuksen aloitus heti pahenemisvaiheen jälkeen on tutkitusti turvallista ja hyödyllistä, sillä tehtyjen tutkimusten mukaan potilaat ovat vastaanottavaisempia kuntoutukselle ja elämäntapamuutoksille heti pahenemisvaiheen jälkeen kuin taudin tasaisessa vaiheessa. Tavoitteena on, että päätös COPD-kuntoutuksen aloittamisesta tehtäisiin mahdollisimman nopeasti potilaan osastolle saapumisen jälkeen, koska kuntoutus itsessään ei pidennä hoitojaksoa. (Katajisto & Tikkanen 2014; Nieminen 2013)

9.3 COPD-kuntoutuksen sisältö ja toteutus

COPD-kuntoutuksen sisältö koostuu monipuolisesta ja potilaan tarpeisiin perustuvas- ta hoito-, kuntoutus- ja ohjaussisällöstä. Tarkka kuvaus kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta on määritelty COPD-kuntoutusprosessimalliin. COPD-kuntoutus si- sältää tietoa sairaudesta ja sen ennusteesta, lääkehoidon optimoinnin ja inhalaa- tiotekniikan tarkistuksen, tupakkavieroitusta, liikunnan lisäämistä, ravitsemustilan arvioinnin ja ravitsemusneuvontaa, omahoito-ohjeita, tietoa suositeltavista rokotteista sekä apuvälineiden tarpeen arviointia ja niihin liittyvää ohjausta. (Nieminen 2013)

COPD-kuntoutusta toteutetaan osastolla potilaan hoitajakson aikana hyödyntäen osaston tiloja, toimintaa ja kuntoutusta varten hankittuja välineitä. Toiminnan tavoit- teena on potilaan kokonaisuhoiton optimointi moniammatillista yhteistyötä hyödyntä- en, minkä kautta potilas saadaan luottamaan ja uskomaan omiin voimavaroihinsa ja mahdollisuuksiinsa toimia itse itsensä hyväksi. Koska COPD-kuntoutus ei pidennä potilaan hoitoaikaa, tarkoituksena on luoda nopeassa aikataulussa suunnitelma ja pe- rusta kuntoutumisen jatkumiselle kotona tai jatkohoitopaikassa. COPD-kuntoutuksen onnistumiselle keskeistä onkin potilaan omien voimavarojen tukeminen sekä potilaan ja hänen omaistensa hyvä ohjaus.

COPD-kuntoutuksessa potilaan kotiutumisen laajamittaisempi suunnittelu aloitetaan heti hoitajakson alussa kartoittamalla potilaan tilannetta kokonaisuutena. Tämä mah- dollistaa havaittuihin epäkohtiin puuttumisen moniammatillista yhteistyötä hyödyn- täen potilaan sairaalassa oloaikana. Tavoitteena on järjestää potilaalle kotioloihin kaikki hänen tarvitsemansa apu ja tuki itsensä hoitamiseksi ja huolehtia näin hoidon optimoinnista myös tätä kautta.

Hoitajapoliklinikalla toteutettavat kontrollikäynnit kuuluvat oleellisena osana COPD- kuntoutuskokonaisuuteen. Kontrollonin tarkoituksena on tukea potilasta hoidon toteuttamisessa ja elämäntapamuutoksissa sekä seurata hänen kuntoutumisensa ete- nemistä. Kontrollikäynnit toteutetaan kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua osastolta kotiutumisen jälkeen. Potilas tapaa käynnillä ensin hoitajan ja tämän jälkeen fysio- rapeutin. Lääkäreitä ja muita ammattiryhmiä on mahdollisuus konsultoida tarpeen mu- kaan.

Nykykäytännön mukaan COPD-kuntoutus sisältää osastohoitojaksolla toteuttavan kuntoutuksen lisäksi kaksi polikliinistä kontrollikäyntiä. Tämän jälkeen kuntoutusjakso katsotaan päättyneeksi. Tavoitteena kuitenkin on, että kuntoutusjakson aikana pystytään saavuttamaan pysyviä elämäntapamuutoksia potilaan arkeen sekä antamaan hänelle riittävät valmiudet omaehtoiseen liikuntaharjoitteluun ja itsensä hyvään hoitamiseen myös tulevaisuudessa. COPD-kuntoutukseen liittyvä aktiivinen hoitosuhde keuhkosairauksien yksikköön päättyy kuuden kuukauden polikliiniseen kontrollikäyntiin.

9.4 Yhteenveto COPD-kuntoutuksesta

COPD-kuntoutuksen tarkoituksena on tarjota keuhkohtaumatautia sairastavalle potilaalle monipuolinen, moniammatillinen ja yksilöllisesti suunniteltu kuntoutusinterventio, joka antaa hänelle aiempaa paremmat valmiudet hoitaa itseään hyvin. Kyseessä on tehostettu palvelukokonaisuus, joka koostuu keuhkosairauksien yksikön järjestämästä toiminnasta ja jota täydennetään tarpeen mukaan muiden erikoisalojen tarjoamilla palveluilla. Keuhkosairauksien yksikön tarjoama COPD-kuntoutuksen palvelukokonaisuus on kuvattu lyhyesti taulukossa kuusi ja sen tarkempi kuvaus löytyy COPD-kuntoutusprosessimallista. Palvelukokonaisuutta voidaan mahdollisuuksien mukaan täydentää myös perusterveydenhuollon, kuntien, järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien tarjoamilla palveluilla.

Taulukko 6. Keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutuksen palvelukokonaisuus

	TAVOITE	TOTEUTUS
OSASTOHOITO-JAKSO	<p>Potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen tarkastelu ja hoidon optimoinnin mahdollistaminen.</p> <p>Mahdollisiin epäkohtiin puuttuminen moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen potilaan sairaalassa oloaikana.</p> <p>Tavoitteena on järjestää potilaalle kotioloihin kaikki hänen tarvitsemansa apu ja tuki itsensä hoitamiseksi, jotta kuntoutuminen voi kotona jatkua.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potilaan tulo osastolle päivystyksenä tai sovitusti. 2. Mahdollisen akuuttivaiheen hoito. 3. Potilaan taustatilanteen selvitys. 4. COPD-kuntoutukseen valinta. 5. Potilaan kokonaistilanteen kartoitus ja tarpeiden määrittely. 6. Potilaan tarpeisiin vastaaminen moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. 7. Hoidon, ohjauksen ja liikunnallisen kuntoutuksen toteutus hoitojaksoilla. 8. Kotiutus ja kontrolleihin ohjaaminen.
POLIKLIINISET KONTROLLIT	<p>Tavoitteena on tukea potilasta hoidon toteuttamisessa ja elämäntapamuutoksissa sekä seurata hänen kuntoutumisensa etenemistä kotioloissa.</p>	<p>Toteutus 3kk:n ja 6kk:n kuluttua osastolta kotiutumisen jälkeen keuhkosairauksien poliklinikan hoitajavastaanotolla. Potilas tapaa käynnin aikana sairaanhoitajan ja fysioterapeutin. Myös omaisen osallistumista käynnille toivotaan. Käynti sisältää potilaan kokonaistilanteen uudelleen kartoituksen haastattelemalla, erilaisia terveydentilaan liittyviä mittauksia sekä ohjausta.</p>
TÄYDENTÄVÄT PALVELUT	<p>Tavoitteena on kuntoutuskokonaisuuden täydentäminen ja vertaistuen tarjoaminen potilaille sekä heidän omaisilleen.</p>	<p>KEUHKOAHTAUMATAUDIN ENSITJETOPÄIVÄT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarjoaa keuhkoahtaumatautiin ja sen hoitoon liittyvää tietoa, tukea ja vertaistukea potilaille ja omaisille. - Noin kolmen tunnin mittainen yksittäinen moniammatillisesti toteutettu ryhmätapaaminen. - Järjestetään vuosittain 2–3 kertaa.

	<p>TUPAKKARYHMÄT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarjoaa tukea ja vertaistukea tupakoinnin lopettamiseen. - Uusi ryhmä alkaa sairaanhoitajan pitämänä 2–4 kertaa vuodessa ja koontumiskertoja ryhmällä on 6–7. <p>COPD JA TUPAKKA - INFORYHMÄT (suunnitteilla)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarjoaa tietoa, tukea ja vertaistukea keuhkohtaumatautiin ja tupakoinnin lopettamiseen liittyen. - Tunnin mittainen info järjestetään osaston tiloissa joka toinen viikko sairaanhoitajan pitämänä.
--	--

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyössä laadittu COPD-kuntoutusprosessimalli on pitkällisen kehittämissyhteistyön tulos. Kuntoutusprosessimalli yhdistää toisiinsa keuhkohtaumataudin teoria- ja tutkimustiedon, aiheeseen liittyvät hoitosuositukset, keuhkosairauksien yksikön kokonaistoiminnan rakenteet ja toimijat, eri asiantuntijaryhmien ammattitaidon, käytetyt teoreettiset mallit sekä prosessimallinnuksen. Kehittämistyön tarkastelu jälkikäteen osoittaa, että toiminnan kehittäminen ja jalkauttaminen ovat käytännön tasolla toisinaan hyvin haasteellisia toteuttaa. Kuten opinnäytetyön Terveysyötymallia ja prosessimallinnusta käsittelevissä kappaleissakin on todettu, organisaation johdon tuki on ehdoton edellytys kehittämistyön onnistumiselle. Näin on ollut myös tämän COPD-kuntoutusprosessimallin kehittämisessä.

Opinnäytetyössä laadittiin toimintatutkimuksena Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön moniammatillinen COPD-kuntoutusprosessimalli. Samalla laadittiin kuntoutusprosessimallin kehittämistyön dokumentointi. Toimintatutkimuk-

sen vuorovaikutteinen lähestymistapa mahdollisti kuntoutustoiminnan jalkauttamisen edistämisen yksikössä osana opinnäytetyöprosessia.

COPD-kuntoutusta kehitettäessä järjestetyt yksikön sisäiset koulutukset tarjosivat henkilökunnalle lisää ohjaus- ja menetelmäosaamista sekä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kuntoutustoiminnan toteuttamiseen. Koulutuksilla edistettiin sekä COPD-kuntoutuksen jalkauttamista että COPD-kuntoutusprosessimallin laadintaa. Kuntoutuksen kehittäminen paransi yksikössä myös moniammatillisen yhteistyön toteutusedellytyksiä lisäten ammattiryhmien välistä työn tuntemusta sekä madaltaen yhteydenottokynnystä. Tämän lisäksi kuntoutustoiminnan kehittäminen vahvisti terveyden edistämisen ja näyttöön perustuvan toiminnan näkökulmaa yksikössä. Ennaltaehkäisy ja kuntouttava työote saivat uudenlaisen näkökulman COPD-kuntoutuksen myötä ja näyttöön perustuvan toiminnan ajatus konkretisoitui kehittämistyössä. Kehittämistyöllä voidaan siis todeta olleen myös välillisiä vaikutuksia.

Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessimalli valmistui toukokuussa 2015. Laaditun prosessimallin on tarkoitus toimia paitsi toiminnan dokumentointina ja toimintaohjeena, myös jalkauttamisen, perehdytyksen, opiskelijaohjauksen ja toiminnan jatkokehittämisen työvälineenä keuhkosairauksien yksikössä. COPD-kuntoutusprosessia tullaan keuhkosairauksien yksikössä jatkokehittämään edelleen. Opinnäytetyö rajattiin koskemaan ainoastaan COPD-kuntoutuksen kehittämisen ensimmäistä työvaihetta, johon lukeutuivat kuntoutustoiminnan kehittäminen osastohoitojakson aikana sekä siihen liittyvät polikliiniset kontrollit.

Opinnäytetyötä ja sen tuloksena laadittua COPD-kuntoutusprosessimallia voidaan jatkossa hyödyntää myös muiden vastaavien hoito- ja kuntoutusprosessien laadinnassa. Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon kehittäminen ennaltaehkäisevämpään ja terveyskeskeisempään suuntaan on erittäin tärkeää ja ajankohtaista. Opinnäytetyö osallistuu omalta osaltaan aiheesta käytävään yhteiskunnalliseen keskusteluun (Vilkkä 2006, 72). Jatkossa COPD-kuntoutuksen tai sitä vastaavien mallien kehittämisessä tulisi kiinnittää enemmän huomiota menetelmän vaikuttavuusmittariston standardointiin, jotta intervention vaikuttavuutta pystyttäisiin mittaamaan, arvioimaan ja kehittämään. Tällä hetkellä yhtenäistä mittaria tähän ei ole saatavilla.

Huomiota tulisi kiinnittää myös saumattoman yhteistyön muodostamiseen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden välille. Tämä todennäköisesti parantaisi potilaan palveluvalikoimaa ja saattaisi johtaa jopa palveluiden kustannusvaikuttavuuden lisääntymiseen.

10.1 COPD-kuntoutusprosessimallin tarkastelu ja arviointi

COPD-kuntoutusprosessimalli on tarkka kuvaus kuntoutustoiminnan käytännön tason toteuttamisesta. Kuntoutusprosessimalli laadittiin sekä aukikirjoitettuna toiminnan kuvauksena että kaaviomuotoisina toimintaprosessin kuvauksina. Malli perustuu ajantasaisiin hoitosuosituksiin, teoria- ja tutkimustietoon sekä asiantuntijalausuntoihin. COPD-kuntoutusprosessimalli kehitettiin suoraan sen todelliseen toimintaympäristöön yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa, jotta mallista saatiin mahdollisimman todenmukainen ja toimiva. Malli vastaa käytännön työelämästä nousseeseen kehittämistarpeeseen ja on näyttöön perustuva sekä kattava.

COPD-kuntoutusprosessimallissa prosessimallinnus toteutettiin prosessin kulun ja työnkulun tasoilla mallien käytettävyyden parantamiseksi (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012; Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 7–10). COPD-kuntoutusprosessimalli soveltuu hyvin käytettäväksi työohjeena ja uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden perehdytyksessä, koska sen kuvaustaso on niin tarkka. Malli soveltuu hyvin myös kuntoutustoiminnan jatkokehittämiseen, mikä on yksi prosessimallinnuksen tarkoituksista (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012).

COPD-kuntoutusprosessimallin kuvauksen tarkkuustaso on sekä hyöty että haitta. Pikaohjeeksi COPD-kuntoutusprosessimalli soveltuu huonosti sen pituuden ja tarkkuuden takia. Käytettävyyden parantamiseksi COPD-kuntoutusprosessimalli tulisi jaotella työohjeena toimivaan kansioon siten, että työvaiheita on helppo tarkastella yksi kerrallaan. Tarkkuustaso asettaa haasteita myös COPD-kuntoutusprosessimallin päivittämiseksi toiminnan kehittyessä ja muuttuessa. Kuntoutusprosessin julkaiseminen sähköisessä muodossa on tärkeää mallin päivittämisen helpottamiseksi. Selkeä puute prosessimallissa on se, että mallin päivityksen toteutusta ja siihen liittyviä vas-

tuita ei ole määritelty. Tähän tulisi jatkossa kiinnittää huomiota, jotta COPD-kuntoutusprosessimalli pysyy ajan tasalla.

COPD-kuntoutusprosessimalli Terveyshyötymallin näkökulmasta

Koska COPD-kuntoutusprosessimalli toimii käytännön toiminnan kuvauksena ja työvälineenä, toteutetaan prosessimallin arviointi myös käytettävyyden ja käytännön vaikutusten kautta. Koska kuntoutusprosessin laadinnassa on hyödynnetty Terveys-
hyötymallia, on loogista, että sitä hyödynnetään myös sen arvioinnissa. COPD-kuntoutusprosessimallin käytettävyyden ja käytännön vaikutusten arviointi toteutetaan käyttäen apuna tässä opinnäytetyössä laadittua COPD-kuntoutuksen terveyshyötymallia. Arviointi toteutetaan Terveyshyötymallin jaottelun mukaisesti eli erikseen arvioidaan COPD-kuntoutusprosessimallin omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja tiedon tehokäyttö. Kokonaisuutta tukevia rakenteita ovat johdon sitoutuminen sekä yhteistyökumppanit. (POTKU 2 n.d)

Omahoidon tuki

COPD-kuntoutusprosessimallissa omahoidon tuella tarkoitetaan potilaan omahoitovalmiuksien parantamista. Malli siirtää hoidon suunnittelua ja toteutusta aiempaa yksilölähtöisempään ja kokonaisvaltaisempaan suuntaan (Pitkälä & Routasalo 2009, 13). Omahoidon yksilölliseksi tukemiseksi toteutetaan aiempaa laajempi moniammatillinen tarvekartoitus jokaiselle COPD-kuntoutukseen valitulle potilaalle. Kartoituksessa hyödynnetään tarkoitusta varten laadittuja lomakkeita, mikä systematisoi toteutusta. Tämän pohjalta määritellään potilaan kanssa yhdessä, mitkä hoidon ja kuntoutuksen osa-alueet tarvitsevat eniten tukea ja mihin potilas on valmis sitoutumaan. Potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan huomiointi kartoituksessa mahdollistaa kokonaisvaltaisen puuttumisen havaittuihin epäkohtiin jo hoitajakson aikana. Kartoituksen perusteella potilaan omahoitovalmiuksia pystytään moniammatillisesti tukemaan ja parantamaan yhteisen suunnitelman mukaisesti. Potilaan aktiivisempi osallistuminen hoitonsa ja kuntoutuksensa suunnitteluun parantaa hänen hoitoon sitoutumistaan (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä & Routasalo 2009; Kunnamo & Mustajoki 2009).

Potilaan omaisten ohjaus ja tukeminen on nostettu COPD-kuntoutusprosessissa aiempaa keskeisemmälle sijalle. Omaisten vaikutus potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen

on hyvin usein merkittävä etenkin paljon päivittäistä apua tarvitsevien potilaiden kohdalla (Poikela 2005, 60). COPD-kuntoutuksessa omaisia ohjataan niistä tavoista, joilla he voivat tukea potilaan hoitoa ja kuntoutumista kotioloissa. Tämä oletettavasti parantaa myös potilaan edellytyksiä toimia itse itsensä hyväksi.

COPD-kuntoutuksen myötä aloitetut ja siihen kuuluvat polikliiniset kontrollit ovat oleellinen osa omahoidon tukea. Kontrolloinnilla on tutkitusti positiivisia vaikutuksia potilaan hoitoon ja elämäntapamuutoksiin sitoutumiseen (Absetz & Hankonen 2011; POTKU 2 n.d). Kontrollit mahdollistavat potilaan hoidonohjauksen jatkamisen sekä hoidon toteutumisen ja kuntoutumisen seurannan puolen vuoden ajan osastolta kotiutumisen jälkeen.

Palveluvalikoima

COPD-kuntoutusprosessimallissa palveluvalikoimalla tarkoitetaan potilaan palveluvalikoiman parantamista. Keuhkohtaumatautipotilaan palveluvalikoimaa on COPD-kuntoutuksen myötä parannettu systematisoimalla ja laajentamalla perinteistä hoitoprosessia. Hoidon painotus on siirtynyt aiempaa voimavaraistavampaan ja ennaltaehkäisevämpään suuntaan (Käypä hoito 2014; Pitkälä & Routasalo 2009, 13 - 14). Palveluvalikoiman parantaminen näkyy COPD-kuntoutusprosessissa hoitoprosessin yksilöllisyyden, kokonaisvaltaisuuden ja moniammatillisuuden lisääntymisenä, ohjauksellisuuden ja liikuntapainotteisuuden korostumisena sekä hoidon kontrolloinnin lisääntymisenä. Myös uusi COPD ja tupakka -inforyhmä on suunnitteilla. COPD-kuntoutukseen valituilla potilailla on mahdollisuus tehostettuun keuhkohtaumataudin hoito- ja kuntoutuskokonaisuuteen, mikäli he ovat valmiita sitoutumaan siihen.

Päätöksenteon tuki

COPD-kuntoutusprosessimallissa päätöksenteon tuella tarkoitetaan näyttöön perustuvan tiedon käytön tehostamista sekä potilaiden että henkilöstön näkökulmasta. Satakunnan sairaanhoitopiiri toimii aktiivisesti hoidon näyttöön perustuvuuden edistämiseksi (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2014). COPD-kuntoutuksessa tämä tarkoittaa potilaiden näkökulmasta ajantasaiseen tutkimustietoon perustuvaa hoitoa ja ohjausta, joka on saavutettu henkilöstön näyttöön perustuvan tiedon käytön tehostamisella. Potilasnäkökulmasta sillä tarkoitetaan myös suunniteltuja toimenpiteitä keuhkohtaumatautiin liittyvän näyttöön perustuvan tiedon aiempaa paremmasta näkyvyydes-

tä. Suunnitteilla on ainakin keuhkohtaumatautia ja sen hoitoa käsittelevän ilmoitus- taulun ja esitepisteen laatiminen osaston tiloihin sekä COPD-kuntoutusta käsittelevä potilasesite, johon on tarkoitus sisällyttää suositeltavien internet-sivujen linkkejä. Näiden toteutus on vielä kesken.

Henkilöstön näkökulmasta COPD-kuntoutusprosessimalli itsessään voidaan nähdä päätöksenteon tukena. Malli sisältää näyttöön perustuvan COPD-kuntoutuksen toteutusohjeet keuhkosairauksien yksikössä. COPD-kuntoutukseen liittyvät viikoittaiset palaverit osastolla toimivat osaltaan myös päätöksenteon tukena sekä kanavana ammattiryhmien välisen tietotaidon jakamiselle ja yhdistämiselle. Myös COPD-kuntoutuksesta järjestetyt koulutukset ovat lisänneet ja ajantasaistaneet merkittävästi aiheeseen liittyvää tieto- ja taitoperustaa. Tulevaisuudessa päätöksenteon tukeen voidaan toivottavasti yhdistää myös jonkinlaisia muistutteita antavia tietojärjestelmiä, mutta vielä tässä vaiheessa se ei ollut teknisesti mahdollista (POTKU 2 n.d).

Tiedon tehokäyttö

COPD-kuntoutusprosessimallissa tiedon tehokäytöllä tarkoitetaan potilasvalinnan tehostamista, potilaan kokonaistilanteen kartoituksen yhdenmukaistamista ja tehostamista, kirjaamisen kehittämistä sekä tietojärjestelmiä. COPD-kuntoutusprosessimallin kautta potilasvalintaa on pystytty tehostamaan kehittämällä potilasvalinnan prosessia ja kuvaamalla se sekä hyödyntämällä moniammatillisia viikoittaisia palavereita. Potilaan kokonaistilanteen kartoitusta on yhdenmukaistettu ja tehostettu kehittämällä siihen liittyviä kaavakkeita sekä määrittelemällä kartoituksen toteutus COPD-kuntoutusprosessimalliin. Tällä on saavutettu hyötyjä myös COPD-kuntoutuksen kirjaamiseen sekä kuntoutuksen kannalta oleellimmän tiedon löydettävyyteen ja käytettävyyteen. Efficapotilastietojärjestelmää hyödynnetään eri ammattiryhmien laatimissa kuntoutusprosessin väli- ja loppuarvioinneissa sekä -yhteenvedoissa. Hoitotyön ja fysioterapian yhteenvedot laaditaan kaikista COPD-kuntoutuspotilaista osastohoitojakson päätteeksi. COPD-kuntoutukseen liittyvän kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi sen toteutus on ohjeistettu COPD-kuntoutusprosessimallissa.

COPD-kuntoutuksen tukirakenteet

Johdon sitoutuminen, tuki ja kehittämismyönteisyys ovat ehdottomia edellytyksiä näyttöön perustuvan toiminnan toteutumiselle (Innokylä 2014). COPD-kuntoutuksen kehittämisen aloittaminen sekä toteutuksen puitteiden luominen ovat keuhkosairauksien yksikön johdon sitoutumisen, tuen ja kehittämismyönteisyyden ansiota. Ilman näitä Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessia ei olisi. Johdon sitoutumista tullaan tarvitsemaan myös jatkossa COPD-kuntoutuksen näyttöön perustuvaan jatkokehittämiseen sekä kuntoutuksen rakenteiden ylläpitämiseen ja edistämiseen.

Toisena COPD-kuntoutuksen tärkeänä tukirakenteena voidaan pitää yhteistyökumppaneita, joita ovat muut Satakunnan keskussairaalan erikoisalajat, perusterveydenhuollon yksiköt ja kolmannen sektorin järjestötoimijat. Nykyisessä COPD-kuntoutusprosessimallissa yhteistyökumppaneiden osuus on liian vähäinen. COPD-kuntoutuksen jatkokehittämisessä tulisi ehdottomasti kiinnittää huomiota toimivien yhteistyötapojen kehittämiseen eri toimijoiden välillä. Tämä oletettavasti madaltaisi hoitoon liittyvää yhteydenottokynnystä sekä parantaisi ja tehostaisi potilaalle tarjottavaa palveluvalikoimaa. Yhteistyötä lisäämällä olisi mahdollista saavuttaa nykyistä yhtenäisempi, toimivampi ja tehokkaampi keuhkohtaumatautipotilaan hoitoketju. Tuloksena voitaisiin saavuttaa suurempia terveyshyötyjä ja pitkällä aikavälillä myös kustannussäästöjä. Tämä kehittämissuunta on yhdenmukainen myös SOTE-uudistuksen linjauksiin nähden, missä tavoitellaan yhdenvertaisten palvelujen turvaamista, peruspalvelujen vahvistamista, sujuvampia palvelu- ja hoitoketjuja sekä julkisen talouden kestävyysvajeen korjaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

10.2 Opinnäytetyön tarkastelu ja arviointi

Opinnäytetyön lähtökohtana oli käytännöstä noussut tarve COPD-kuntoutusprosessimallin kehittämiseksi. Koko opinnäytetyöprosessi toteutettiin tiiviissä yhteistyössä työelämän toimijoiden kanssa. Tutkimusmenetelmäksi valittiin toimintatutkimus, koska sen katsottiin soveltuvan parhaiten käytännön työmenetelmän kehittämiseen teorian ja käytännön integraationa. Toimintatutkimuksen valinta strategiseksi lähestymistavaksi osoittautui opinnäytetyöprosessin edetessä täysin oi-

keaksi, koska se mahdollisti myös toimijoiden osallistamisen sekä kuntoutuskäytäntöjen jalkauttamisen edistämisen.

Opinnäytetyön tekemistä varten anottiin tutkimuslupa Satakunnan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusluvun anominen viivästyi jonkin verran, koska aiheen lopullinen rajaaminen ja tutkimussuunnitelman tarkentuminen veivät aikaa. Tarkentamista hankaloitti se, että COPD-kuntoutuksen kehittämistyö keuhkosairauksien yksikössä oli ollut käynnissä jo noin vuoden verran ennen opinnäytetyön aloitusta ja kehittämistyö eteni koko ajan. Opinnäytetyön liittämistä COPD-kuntoutuksen kehittämiseen kuitenkin toivottiin ja niinpä opinnäytetyön tekijä liittyi COPD-kuntoutuksen kehittämistyöryhmään tässä vaiheessa. Aineistoa alkoi syntyä, vaikka tutkimussuunnitelmaa ei vielä ollut. Tämän vuoksi tutkimusluvassa jouduttiin anomaan oikeutta käyttää kehittämistyössä jo aiemmin syntynyttä aineistoa. Tutkimuslupa anottiin aikavälille heinäkuu 2014 – tammikuu 2015 ja aineistonkeruu saatiin tiukalla aikataululla toteutettua tammikuun 2015 loppuun mennessä.

Opinnäytetyön voidaan katsoa toteutuneen tutkimussuunnitelman mukaan sekä ajallisesti että pääpiirteissään myös menetelmällisesti. Joitakin muutoksia ja tarkennuksia suunniteltuihin menetelmiin jouduttiin tekemään tutkimuksen edetessä, mutta tämän tyyppinen projektiivisuus on tyypillistä toimintatutkimukselle. Käytettyjen menetelmien tarkentaminen tutkimuksen edetessä selittyi osin myös opinnäytetyön tekijän tutkimusmenetelmäosaamisen lisääntymisellä. Opinnäytetyön tekijällä ei ollut aiempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä. Kaikkiin käytettyihin aineistonkeruu ja -analyysimenetelmiin on tästä syystä perehdytty huolella ja tehdyt valinnat on perusteltu mahdollisimman tarkasti tässä opinnäytetyöraportissa.

Opinnäytetyön aineistoista ja teoreettisesta viitekehyksestä muodostui opinnäytetyöprosessin edetessä melko laaja. Aineistoa kertyi sekä kehittämistyöhön, COPD-kuntoutusprosessiin että kuntoutusprosessin jalkauttamiseen liittyen. Toimintatutkimuksen sykleittäinen eteneminen kuitenkin helpotti kokonaisaineiston hallintaa, koska analysointia ja reflektointia toteutettiin jatkuvasti. Aineiston voidaan katsoa olleen opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen nähden riittävä, koska sen avulla pystyttiin laatimaan COPD-kuntoutusprosessimalli, jonka näyttöön perustuvuus testattiin sekä narratiivisella kirjallisuuskatsauksella että asiantuntija-arvioin. Tästä voidaan

myös päätellä, että COPD-kuntoutusprosessimallin laadinnassa tehdyt johtopäätökset ovat olleet oikeita ja luotettavia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli COPD-kuntoutusprosessimallin kehittäminen. Tavoitteiksi asetettiin COPD-kuntoutuksen lähtötilanteen ja toteutusedellytysten kartoittaminen, COPD-kuntoutuksen toteutuksen tilan kartoittaminen, ensimmäisen COPD-kuntoutusprosessimallin version luominen, laaditun COPD-kuntoutusprosessimallin arviointi ja testaus sekä tämän pohjalta Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön valmiin COPD-kuntoutusprosessimallin laatiminen. Kehittämistyö toteutettiin tavoitteiden asettelun mukaisesti toimintatutkimuksen syklien kautta. Lopputuloksena oli tavoitteiden mukainen COPD-kuntoutusprosessimalli. Opinnäytetyön voidaan siis katsoa vastanneen asetettuun tarkoitukseen ja tavoitteisiin.

10.3 Eettiset näkökohdat

Etiikalla tarkoitetaan ihmisten moraalista käyttäytymistä ja sen perusteita koskevaa tutkimusta. Moraalilla puolestaan viitataan ihmisten kulttuurisidonnaisiin käsityksiin oikeasta ja väärästä. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tieteellisestä tutkimuksesta ja sen seurauksista johtuvien moraalisten ongelmien tarkastelua. Tutkimuseettisen ongelman katsotaan syntyvän, kun moraalinen normi joutuu ristiriitaan tutkimuksen käytännön tai tutkimuseettisen normin kanssa. (Mäkinen 2006, 10 – 11)

Hyvä tieteellinen käytäntö

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeistuksen mukaan tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu rehellisyys, avoimuus, huolellisuus, vastuullisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimukselle on haettava asianmukaiset luvat ja suunnittelu, toteutus, raportointi sekä tiedon tallentaminen tulee toteuttaa tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkijan mah-

dollisista sidonnaisuuksista tulee ilmoittaa sekä tutkimuksen että raportoinnin yhteydessä. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset on huomioitava asianmukaisin viittauksin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksella tarkoitetaan tahallisuudesta tai huolimattomuudesta aiheutunutta epäeettistä tai epärehellistä toimintaa, joka vahingoittaa tutkimusta ja pahimmillaan jopa mitätöi sen tulokset. Tällaiseksi loukkaukseksi katsotaan vilppi sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8)

Toimintatutkimuksena toteutettu opinnäytetyö on laadittu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Käytetyt tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat olleet tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Asianmukainen tutkimuslupa on saatu ja hyväksytyssä tutkimussuunnitelmassa on määritelty tutkimuksen toteutukseen, tulosten raportointiin ja julkaisuun sekä tutkimusaineiston säilytykseen liittyvät tarvittavat tekijät. Rehellisyyttä sekä yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta on noudatettu tutkimuksen joka vaiheessa. Tutkimuseettiset näkökohdat on tutkimuksen edetessä huomioitu ja ongelmatilanteissa niiden huomiointi on varmistettu opinnäytetyötä ohjanneelta opettajalta. Opinnäytetyöraportissa asianmukaiset viittaukset alkuperäislähteisiin on tehty ja tutkimukseen liittyvien toimenpiteiden käytännön toteutuksesta raportoidessa on pyritty tuomaan esille tutkimuskohteena olevan työyksikön työntekijöiden osuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7)

Eettiset periaatteet ihmistieteissä

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaisesti ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat; tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisella tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistumisen pitää aina perustua vapaaehtoisuuteen ja tutkimukseen osallistujille pitää antaa riittävä informaatio tutkimuksesta, jotta he pystyvät päättämään osallistumisestaan. Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat saattavat koskea aineiston keruuvaihetta, aineiston säilyttämistä tai itse tutkimusjulkaisua. Vahingoittamisen välttämiseen tulisi tutkimuksessa

kaikin keinoin pyrkiä ja haittariskejä sisältävistä tutkimuksista tulee pyytää eettisen toimikunnan lausunto. Yksityisyyden suoja kuuluu perustuslaillisiin oikeuksiin ja tutkimusaineiston keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisen kannalta tärkein yksityisyyden suojan osa-alue on tietosuojaja. Yksityisyyden suoja voidaan tarkastella tutkimusaineiston suojaamisen ja luottamuksellisuuden, aineiston säilyttämisen ja hävittämisen sekä tutkimusjulkaisun näkökulmasta. Tunnisteellisen aineiston käsittelystä säädetään henkilötietolaissa (523/1999). (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014)

Opinnäytetyössä toimintatutkimuksen kohderyhmänä oli Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön henkilökunta. Tutkittavia informoitiin meneillään olevasta tutkimuksesta sekä tutkittavien osallisuudesta tutkimuksen aikana. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen aiheuttamat mahdolliset haitat liittyivät tässä toimintatutkimuksessa lähinnä tutkimuksen raportointiin ja raportin laadinnassa kiinnitettiin huomiota tuotetun materiaalin julkaisulaajuuden luvunvaraisuuteen sekä esitystapaan. Yksityisyyden suoja huomioitiin tutkimusaineiston hankinnassa, käsittelyssä, aineiston säilyttämisessä sekä tutkimusjulkaisun laadinnassa. Aineiston säilytystä ja hävittämistä on käsitelty hyväksytyssä tutkimussuunnitelmassa.

Tutkija ja etiikka

Tutkija joutuu tutkimusta tehdessään monien valintatilanteiden eteen, joissa hänen päätöksentekotaitoaan punnitaan. Etiikka voidaan nähdä päätöksentekoa tukevana tekijänä ja kykynä analysoida päätöksentekotilanteita. Keskeistä päätöksenteossa on tutkijan halu toimia eettisesti oikein. Hyvätkään eettiset taidot eivät aina välttämättä johda eettisesti perusteltuihin ratkaisuihin eikä hyvien päätösten tae ole hyvä lopputulos. Tutkijan sitoutuminen eettisesti hyväksyttäviin toimintaperiaatteisiin tulee olla luja ja sen tulee toimia tutkimusta ohjaavana intressinä. Tutkija toimii tutkimusta tehdessään monelta suunnalta tulevien odotusten, intressien ja paineiden keskellä. Tutkijan tulee samanaikaisesti pystyä itsenäiseen eettiseen pohdintaan ja päätöksentekoon sekä muiden näkemysten ja mielipiteiden huomioimiseen. Tutkimus ja sillä saavutetut tulokset ovat aina jollain lailla sidoksissa tutkijaan itseensä, sillä objektiivisuuden pyrkimyksistä huolimatta tiedon tuottaminen on kuitenkin jollain tasolla subjektiivista. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 22 – 29; Jyväskylän yliopisto n.d)

Pohdittaessa tutkimukseen ja tuloksiin liittyviä eettisiä näkökohtia ei siis voida välttyä pohtimasta myös tutkijan roolia, koska se on kiinteä osa tutkimuskokonaisuutta.

Opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijä toimi noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisiä periaatteita, joihin tutustuttiin jo ennen opinnäytetyön aloittamista. Opinnäytetyön tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, joten menetelmäosaamiseen ja tutkimuseettisten kysymysten huomiointiin kiinnitettiin paljon huomiota koko tutkimusprosessin ajan. Lähtökohtana oli halu toimia eettisesti oikein ja toteuttaa luotettava ja laadukas tutkimus.

Tutkijan roolin kannalta suurimmaksi eettiseksi kysymykseksi opinnäytetyössä nousi toimintatutkimuksen toteuttaminen omaan työyhteisöön, jossa opinnäytetyön tekijä toimii apulaisosastonhoitajana. Toimintatutkijan roolissa voidaan nähdä paljon yhtymäkohtia apulaisosastonhoitajan työnkuvaan, mikä toisinaan hankaloitti näiden kahden roolin erottamista toisistaan. Myös rajanveto tutkimustyön ja apulaisosastonhoitajan työn välille oli toisinaan haasteellista. Eettisiä näkökohtia arvioitaessa on välttämätöntä todeta, että opinnäytetyön tekijän työrooli on väistämättä vaikuttanut koko tutkimusprosessiin merkittävästi. Sillä voidaan katsoa olleen luotettavuusnäkökulmasta sekä mahdollisia positiivisia että negatiivisia vaikutuksia.

Keuhkosairauksien yksikön sairaanhoitajan ja apulaisosastonhoitajan työkokemus helpotti tutkimuskohteen ja sen tarpeiden hahmottamista ja ymmärtämistä. Se helpotti myös tiedon soveltamista sen todelliseen toimintaympäristöön. Työroolissaan opinnäytetyön tekijä sai tietoonsa sellaisia tutkimuksen etenemiseen vaikuttaneita tekijöitä tutkimuskohteesta, joita ei muutoin olisi voitu ottaa huomioon COPD-kuntoutusprosessin laadinnassa. Nämä tekijät ovat väistämättä vaikuttaneet tutkimuksen etenemiseen ja tulokseen, vaikka ne eivät suoranaista tutkimusaineistoa olekaan. Työroolin ja toimintatutkijan roolin totaalinen erottaminen toisistaan oli tässä tilanteessa täysin mahdotonta.

Opinnäytetyöntekijä pyrki rooliristiriidasta huolimatta ehdottomaan objektiivisuuteen tutkimustyössään. Eettistä pohdintaa voidaan kuitenkin esittää rooliristiriidan suhteesta tutkimukseen. Millä tavoin opinnäytetyön tekijän esimiesasema vaikutti tutkittaviin ja saatuihin tuloksiin? Olisiko yksikön ulkopuolinen tutkija pystynyt havaitse-

maan jotain olennaista tutkimuskohteesta, mitä nyt ei osattu havainnoida? Ja toteutuuko puolueettomuusnäkökulma sekä toteutuksessa että raportoinnissa? Näiden mahdollisten eettisten ristiriitojen tunnistaminen ja huomioiminen tutkimuksessa on parantanut tutkimuksen luotettavuutta. Puolueettomuusnäkökulman huomioimiseen on tutkimuksen kuluessa pystytty vaikuttamaan kiinnittämällä siihen huomiota. Kysymykseen esimiesaseman vaikutuksesta sekä mahdollisista havaitsemattomista tekijöistä tutkimuskohteesta ei kuitenkaan voida luotettavasti vastata.

10.4 Tutkimuksen ja tulosten luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan perinteisesti validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (pysyvyys) käsitteillä, mutta ne soveltuvat huonosti käytettäväksi laadulliseen tutkimukseen ja erityisesti toimintatutkimukseen. Toimintatutkimuksessa sosiaalista todellisuutta rakennetaan tulkinnoilla, mikä hankaloittaa validiteetin käsitteen käyttöä. Reliabiliteetti ei sovellu käytettäväksi, koska toimintatutkimuksessa pyritään nimenomaan muutokseen ja saman tuloksen saavutettavuus uusintamittauksilla ei ole sen pyrkimyksen mukaista. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 147–149; Kananen 2012, 172–173)

Luotettavuus, yleistettävyys ja toistettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa arvioinnin keskeisiä käsitteitä ovat luotettavuus ja yleistettävyys. Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että saadut tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja valituilla tutkimusmenetelmillä tulee pystyä vastamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Puhuttaessa yleistettävyydestä tai siirrettävyydestä tarkoitetaan sitä, ovatko tutkimuksen tulokset yleistettävissä tai siirrettävissä muihin kohteisiin tai tilanteisiin. Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys ovat laatukriteerejä, jotka tulee huomioida tutkimuksen toteutuksessa koko tutkimusprosessin ajan. (Jyväskylän yliopisto n.d; Suojanen 2004; Vilka 2005, 157–158)

Tutkimuksen dokumentointi on toteutettava riittävällä tarkkuustasolla. Dokumentointi on toteutettava siten, että tutkimuksen toistaminen olisi ainakin teoriassa mahdollista. Erilaisiin ratkaisuihin ja päätelmiin johtaneet valintaprosessit tulee olla kuvattuna ja myös lukijan tulee pystyä dokumentoinnin perusteella arvioimaan tutkimuk-

sen luotettavuutta. Tutkijan tulisi dokumentoinnissa huomioida myös puolueettomuusnäkökulma, jolla tarkoitetaan tutkijan itsensä vaikutuksia tutkimuksen kulkuun ja saatuihin tutkimustuloksiin. (Jyväskylän yliopisto n.d; Suojanen 2004; Vilka 2005, 157–160)

Opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuuteen ja yleistettävyyteen on pyritty kiinnittämään huomiota koko tutkimusprosessin ajan, koska tavoitteena on ollut COPD-kuntoutusprosessimallin luominen käytännön toteutuksen ja jatkokehittämisen työvälineeksi. Luotettavuus ja tietynasteinen yleistettävyys ovat potilaan hoitoprosessissa ehdottomia perusedellytyksiä (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010, 8§). Toimintatutkimuksen valinta tutkimusstrategiaksi oli teorian ja käytännön integroimisen kannalta täysin oikea ja edisti sekä kuntoutusprosessin laadintaa että kuntoutustoiminnan jalkauttamista. Valitut tutkimusmenetelmät vastasivat tarkoitustaan ja toteutetut toimintatutkimuksen syklit johtivat aineiston kylläntymiseen sekä tavoitteiden mukaiseen lopputulokseen.

Tiivis yhteistyö käytännön toimijoiden kanssa sekä lisäsi tutkimuksen asiantuntijanäkökulmaa että paransi kuntoutusprosessimallin soveltuvuutta sen todelliseen toimintaympäristöön. Kuntoutusprosessimalli on luotu tukeutuen teoria- ja tutkimustietoon sekä ajantasaisiin hoitosuosituksiin, yhteistyössä alan asiantuntijoiden kanssa. Tutkimusaineisto perustuu eri menetelmin kerättyyn ajantasaiseen tietoon ja koko toimintatutkimuksen prosessi sykleineen on kuvattuna tässä opinnäytetyöraportissa sillä tarkkuustasolla, että sen toistaminen olisi teoriassa mahdollista. Opinnäytetyön tuloksena laadittu COPD-kuntoutusprosessimalli perustuu vankkaan tutkimus- ja teoriapohjaan, se on luotu yhteistyössä alan ammattilaisten kanssa soveltuvaksi sen todelliseen toimintaympäristöön ja se on alan asiantuntijoiden hyväksymä. Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutusprosessimalli on kuvattuna sillä tarkkuustasolla, että sen siirrettävyys on hyvä. Edellytyksenä siirrettävyydelle on kuitenkin mallin sovittaminen kyseisen yksikön muuhun toimintaan. Malli soveltuu sellaisenaan erittäin hyvin keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden kuntoutusprosessin jatkokehittämiseen.

Arvioitaessa tutkimuksen toistettavuutta sekä puolueettomuusnäkökulmaa on syytä huomioida, että tämän toimintatutkimuksen toteutukseen ja lopputulokseen on osal-

taan vaikuttanut opinnäytetyön tekijän työkokemus sekä apulaisosastonhoitajan työröoli tutkimuskohteena olevassa työyksikössä. Nämä tekijät ovat vaikuttaneet opinnäytetyön tekijän tietopohjaan sekä siihen, miten tämä on otettu vastaan tutkimuskohteessa ja millaisia asioita tämä on saanut tietoonsa. On huomattava myös, että opinnäytetyöntekijän rooli tutkimuskohteen työntekijänä on saattanut vaikuttaa tutkimusprosessin raportointiin, vaikka tätä onkin yritetty välttää. Opinnäytetyössä tällä roolilla on siis ollut hyvin kaksijakoinen merkitys; se on toisaalta lisännyt tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä, mutta toisaalta saattanut myös heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuus on pyritty varmistamaan opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen dokumentointi on toteutettu sillä tarkkuustasolla, että lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen ja tulosten luotettavuutta ja teoreettisesti tutkimus olisi myös toistettavissa. Saadut tulokset eivät ole sattumanvaraisia ja valituilla tutkimusmenetelmillä pystyttiin vastamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tulosten voidaan siis katsoa olevan luotettavia. Tulosten voidaan katsoa olevan jossain määrin myös yleistettävissä ja siirrettävissä muihin kohteisiin, koska COPD-kuntoutusprosessimalli on sisällöllisesti keuhkoah-
taumataudin suomalaisen Käypä hoito -suosituksen (2014) mukainen (Käypä hoito 2014).

Validointi

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan hyödyntää myös validointia. Validoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa tutkijan ymmärrys maailmasta kehittyy vähitellen kielen välityksellä tehtävien tulkintojen kautta. Tulkinnan katsotaan olevan sidoksissa aikaan, paikkaan ja kieleen, joten jokainen tulkinta on näin ollen tulkittavissa uudelleen. Totuuden katsotaan olevan jatkuvaa neuvottelua, keskustelua ja dialogia, joka ei tule koskaan lopullisesti valmiiksi. Validointi voidaan toteuttaa arvioimalla tutkimusta historiallisen jatkuvuuden, reflektiivisyyden, dialektisuuden, toimivuuden ja havahduttavuuden käsitteiden kautta. Historiallisella jatkuvuudella tarkoitetaan tutkimuksen kulun ja syy-seurausketjujen esittämistä ajallisesti etenevänä sarjana tutkimusraportissa. Reflektiivisyys on puolestaan yksi toimintatutkimuksen peruskäsitteistä, koska tutkimus etenee sykleittäin juuri reflektion kautta ja sen kuvaaminen tutkimusraportissa on tärkeää. Dialektisuudella tarkoitetaan totuuden

rakentumista eri näkökulmista esitettyjen väitteiden ja vastaväitteiden synteessinä. Toimivuudella tarkoitetaan tutkimuksen arvioimista sen käytännön vaikutusten kannalta. Havahduttavuudella taas tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149–160)

Toimintatutkimuksen eteneminen on opinnäytetyöraportissa esitetty historiallisena jatkumona lähtötilanteesta tutkimussykliä kautta lopputulokseen. Tutkimusprosessin aikana tehdyt valinnat, itse reflektioprosessi sekä valinnoista aiheutuneet seuraukset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi. Eri näkökulmien huomiointiin on pyritty hyödyntämällä teorian ja käytännön integraatiota, perehtymällä sekä hoitosuositukseen että eri asiantuntijoiden aiheesta laatimiin teksteihin, artikkeleihin ja tutkimuksiin sekä toteuttaen kuntoutusprosessin laadintaa moniammatillisuutta hyödyntäen. Tutkimuksen toimivuudesta ja havahduttavuudesta itse toimintatutkimusprosessin osalta voidaan todeta toteutettujen toimenpiteiden edistäneen kuntoutuskäytäntöjen jalkauttamista ja avanneen uudenlaista näkökulmaa keuhkohtaumatautipotilaiden hoitoon. COPD-kuntoutusprosessimalli tulee varmasti selkiyttämään kuntoutustoiminnan käytäntöjä ja toimimaan kuntoutustoiminnan jatkokehittämisen lähtökohtana keuhkosairauksien yksikössä. Kuntoutusprosessimallin todellisten käytännön vaikutusten arviointia hankaloittaa se, että prosessimalli saadaan virallisesti käyttöön vasta tämän opinnäytetyön valmistuessa.

10.5 Tulosten merkittävyys

Opinnäytetyössä luotiin toimintatutkimuksen menetelmällä näyttöön perustuva COPD-kuntoutusprosessimalli Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön käyttöön. Malli tuotettiin sekä kirjallisena että sähköisenä versiona käytettävyyden parantamiseksi. Pyyntö kuntoutusprosessimallin laatimisesta tuli keuhkosairauksien yksiköstä, joten prosessimalli vastaa käytännön työelämän tarpeisiin. COPD-kuntoutusprosessimalli toimii ensisijaisesti uuden toimintatavan kuvauksena ja työohjeena. Se soveltuu erittäin hyvin käytettäväksi myös toiminnan jatkokehittämiseen ja perehdytykseen keuhkosairauksien yksikössä. Opinnäytetyön tuloksen, COPD-

kuntoutusprosessimallin, voidaan näin ollen katsoa olevan keuhkosairauksien yksikön näkökulmasta merkittävä.

Opinnäytetyöraportin kautta tuotettiin Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön COPD-kuntoutuksen kehittämistyöhön liittyvä dokumentointi kehittämistyön ensimmäisen vaiheen osalta. Tämä lisää opinnäytetyön tulosten merkittävyyttä ja käytettävyyttä tutkimuskohteelle. Toimintatutkimuksen toteutuksen dokumentointi laadittiin sillä tarkkuustasolla, että opinnäytetyöraporttia olisi mahdollista hyödyntää vastaavanlaisen kehittämistyön toteuttamisessa muualla tai muussa yhteydessä.

Kuntoutusprosessimallin laadinnan yhteydessä ei löydetty yhtään tätä COPD-kuntoutusprosessimallia vastaavaa julkaistua aineistoa. Opinnäytetyö osallistuu näin ollen omalta osaltaan yhteiskunnalliseen keskusteluun keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoidon kehittämisestä. COPD-kuntoutusprosessimallia on mahdollista soveltuvin osin käyttää myös muualla vastaavanlaisen kuntouttavan toiminnan kehittämisessä. Näiden tekijöiden voidaan katsoa lisäävän opinnäytetyön tulosten merkittävyyttä yleisellä tasolla.

Palvelumuotoilu soveltuisi hyvin käytettäväksi COPD-kuntoutusprosessin jatkokehittämiseen. Palvelumuotoilu on systemaattinen kehittämisen toimintamalli, jonka avulla palvelukokemus suunnitellaan vastaamaan sekä käyttäjän tarpeita että palveluntarjoajan liiketaloudellisia tavoitteita. Se soveltuu käytettäväksi olemassa olevien ja uusien palvelujen kehittämiseen sekä palvelustrategian luomiseen. Palvelumuotoilun avulla olisi jatkossa mahdollista lisätä COPD-kuntoutusprosessin asiakasnäkökulmaa. Tällä pystyttäisiin paitsi parantamaan prosessin käytettävyyttä ja tehokkuutta, myös lisäämään toiminnalla saavutettavaa potilastyytyväisyyttä. (Miettinen 2012; Service Design Toolkit n.d)

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011; 127 (21): 2265. Viitattu 12.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Aittasalo, M. 22.9.2014. Liikuntaneuvonta. Viitattu 19.1.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Airaksinen, M. Mäntyranta, T. Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009;125(21):2351–9. Viitattu 12.5.2015. <http://www.duodecimlehti.fi/>

Ala-Laurinaho, A. 16.5.2014. Työn muutoksen mallintaminen. Viitattu 25.4.2015. <http://www.ttl.fi>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Viitattu 24.4.2015. <http://www.metodix.com/>

Autti-Rämö, I. Broms, U. Huunan-Seppälä, A. Kaprio, J. Kestinen, T. Korhonen, T. Koskenvuo, K. Koskenvuo, M. & Laitinen, L. 7.7.2010. Tupakojilla yli 20-kertainen riski siirtyä keuhkohtaumataudin takia työkyvyttömyyseläkkeelle. Viitattu 19.2.2015. <http://www.kela.fi/>

Blomqvist, M. & Martinsuo, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana toiminnan kehittämistä. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 24.2.2015. <http://dspace.cc.tut.fi/>

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.

Ekroos, H. 2011. COPD-potilas pysyy hengissä liikkumalla. Suomen Lääkärilehti 10/2011 vsk 66, 817.

Ekroos, H. & Katajisto, M. 2011. Liikunta parantaa keuhkohtaumatautipotilaan ennustetta. Suomen Lääkärilehti 50 – 52/2011 vsk 66, 3819.

FCG. 2015. Suoritekäsikirja 2015. Helsinki: Finnish Consulting Group Oy. Viitattu 18.2.2015. <http://www.norddrg.fi>

Filha ry. 2011. Auta tupakoivaa lopettamaan. Opetusmoniste, 1. <http://www.filha.fi>

Gimeno-Santos, E. Puhan, M. Scharplatz, M. Steurer, J. Troosters, T. & Walters, E. 2011. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. John Wiley & Sons, Ltd. Viitattu 5.1.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com>

Goldstein, R. Lacasse, Y. Lasserson, T. & Martin, S. 2006. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. John Wiley & Sons, Ltd. Viitattu 5.1.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com>

Harju, T. Katajisto & M. Kinnula, V. 2013. Keuhkohtaumatauti. Teoksessa Brander, P., Halme, M. Kaarteenaho, R. & Kinnula, V. (toim.) 2013. Keuhkosairaudet – Diagnostiikka ja hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 124–130, 134.

Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 27.

Heikkinen, H. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Dark Oy, 16–17,19, 27.

Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 170.

Heikkinen, H. Häkkinen, P. & Kontinen, T. 2008. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 43–47, 50.

Heikkinen, H. Kiilakoski, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Dark Oy, 78–82, 86–87.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Dark Oy, 147–160.

Hengityслиitto. n.d. Keuhkohtaumatauti (COPD). Viitattu 18.2.2015. <http://www.hengityслиitto.fi/>

Hiisinet. 5.1.2015. Vuodeosastohoito osastoittain. Kumulatiivinen tilasto. Viitattu 7.5.2015. <http://artemis.sisasatshp.fi/>

Hoitoketjut. HUS-Hyvinkää. 2.2.2011. Keuhkohtaumataudin hoitoketju (HUS-Hyvinkää). Viitattu 5.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Hoitoketjut. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. 21.8.2014. Keuhkohtaumatauti (KHSHP). Viitattu 5.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Hoitoketjut. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 12.5.2011. Keuhkohtaumatauti (KSSHP). Viitattu 5.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Hoitoketjut. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 15.5.2013 (Päivitetty 24.2.2014). Keuhkohtaumataudin hoitoketju (PSHP). Viitattu 5.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Hoitoketjut. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 20.3.2013 (Päivitetty 1.4.2014).
Keuhkohtaumatauti (COPD) (PPSHP). Viitattu 5.1.2015.
<http://www.terveysportti.fi>

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.
Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen mene-
telmät ja lähestymistavat. Helsinki: Dark Oy, 94–95, 104–110.

Innokylä. 9.4.2014. Terveystyömalli – Chronic care model (CCM). Viitattu
12.5.2015. <https://www.innokyla.fi/web/malli795854>

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 5.10.2012. JHS 152 Prosessien
kuvaaminen. JHS-suositukset. Viitattu 20.4.2015. [http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-
suositukset/JHS152/JHS152.html#H5](http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html#H5)

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 28.3.2008. JHS 152 Prosessien
kuvaaminen. Luonnos. Viitattu 20.4.2015. <http://www.jhs-suositukset.fi/>

Jyväskylän yliopisto. n.d. Tutkimusprosessi. Menetelmäpolkuja humanisteille -
sivusto. Viitattu 22.4.2015. <https://koppa.jyu.fi/>

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Tampereen yli-
opistopaino Oy.

Katajisto, M. 2013. Keuhkohtaumatautipotilaan kuntoutuksen painopiste tavoitteel-
liseen liikuntaharjoitteluun. Suomen Lääkärilehti 5/2013 vsk 68, 315–318.

Katajisto, M. & Laitinen, T. 2013. Keuhkopotilaan kuntoutus. Teoksessa: Brander,
P., Halme, M. Kaarteenaho, R. & Kinnula, V. (toim.) 2013. Keuhkosairaudet –
Diagnostiikka ja hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 464–467.

Katajisto, M. & Tikkanen, H. 5.5.2014. Liikunnallinen kuntoutus heti keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen jälkeen. Näytönastekatsaus. Viitattu 28.4.2015. <http://www.kaypahoito.fi/>

Kinnula, V. Kontula, E. Pietinalho, A. Sovijärvi, A. Säynäjäkangas, O. & Vasankari, T. 2011. Keuhkohtaumataudin esiintyvyyden, sairaalahoidon ja kuolleisuuden lisääntyminen on saatu pysäytetyksi. Suomen lääkirilehti 2011;66(24): 1989–1992. Viitattu 19.2.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Komulainen, J. Meriläinen, O. Mäkelä, M. & Vuokko, R. 2011. Terveystenhuollon toimintaprosessit – Terveystenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.2.2015. <https://www.julkari.fi/>

Koskela, K. 18.7.2005. Krooninen keuhkoputkitulehdus ja keuhkohtaumatauti. Viitattu 9.5.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/>

Kunnamo, I. & Mustajoki, P. 19.1.2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 19.1.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Kuronen, R. & Oksman, E. 17.6.2013. Pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen – Case Potku-hanke. Viitattu 25.1.2015. <https://tervishanke.files.wordpress.com>

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? - Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito. 13.6.2014. Keuhkohtaumatauti. Viitattu 18.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Käypä hoito. 27.6.2012b. Liikunta. Viitattu 23.2.2014. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito. 19.1.2012a. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 5.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Matila, E. 2008. Polikliinisen kuntoutusintervention vaikutus keuhkohtaumatautia sairastavan elämänlaatuun. Pro gradu. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Matilainen, K. 2013. Terveysyötymalli keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa. Opinnäytetyö. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Ylempi AMK. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: Gummerus Oy, 64, 102–103, 105.

Miettinen, S. 28.5.2012. Palveluiden laadun kehittäminen palvelumuotoilun avulla – Palvelumuotoilun hyödyntäminen Suomessa mm. sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lapin yliopisto. Viitattu 12.5.2015. <http://www.kunnat.net/>

Mustajoki, P. 29.4.2014. Keuhkohtaumatauti (COPD). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.2.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/>

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nieminen, E. 2013. Keuhkohtaumapotilaiden kuntoutus. Luento henkilökunnalle Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. 20.3.2013.

Nieminen, E. 2015. Ylilääkäri, Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikkö. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 7.5.2015.

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Omahoidon tukeminen – Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 12.5.2015. <http://www.duodecim.fi/>

Poikela, H. 2005. Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan jatkotutkinto. Turun ammattikorkeakoulu.

POTKU 2. n.d. Terveyshyötymalli. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012–2014. Viitattu 25.1.2015. <http://www.potkuhanke.fi>

Puolanne, M. 2010. Kuntoutus keuhkosairauksissa. Teoksessa: Bäckmand, H.(toim.) 2010. Hyvä hengitysterveys – Opas hengityssairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 131–133.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV – Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto & Tampereen yliopisto. Viitattu 23.4.2015. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Toimintatutkimus. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 21.4.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? - Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 12.1.2015. <http://www.uva.fi>

Salovaara, K. 2014. Motivaatio, vuorovaikutus ja työkaluja. Luento henkilökunnalle Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. 23.5.2014.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 30.1.2015. Keuhkosairaudet. Viitattu 5.5.2015. <http://www.satshp.fi/sairaanhoito/keuhkosairaudet/>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 6.8.2014. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 12.5.2015. <http://www.satshp.fi/>

Service Design Toolkit n.d. Mitä on palvelumuotoilu? Palvelumuotoilun työkalupakki. Viitattu 12.5.2015. <http://sdt.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Kanta-jatkomäärittely; Ydindokumentti lausuntojen perusteella muokattuna. 18.20.2007. Muistio 1834/2007. Viitattu 9.2.2015. <http://www.kanta.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 16.4.2015. SOTE-uudistus. Viitattu 12.5.2015. <http://www.stm.fi/>

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus. Viitattu 21.4.2015. <http://www.metodix.com/>

Tanninen, T. 2012. Keuhkohtaumapotilaan fyysisen aktiivisuuden määrittäminen ja voimaannuttaminen omatoimiseen liikuntahoitoon. Tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 14.10.2014. Tupakka 2013. Tilastoraportti 24/2014. Viitattu 18.2.2015. <http://www.thl.fi/>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L30.12.2010/1326.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 3.5.2015. <http://www.tenk.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012 – 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 3.5.2015. <http://www.tenk.fi/>

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Virtanen, J. 2013. Osastonhoitaja, Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikkö. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 20.9.2013.

COPD-kuntoutuksen terveyshyötymalli

OMAHOIDON TUKI	PALVELUVALIKOIMA	PÄÄTÖKSENTEON TUKI	TIEDON TEHOKÄYTTÖ
<p><u>Potilaan omahoitovalmiuksien parantaminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Yksilöllinen hoitosuunnitelma - Yksilöllinen liikunta- ja kuntoutumissuunnitelma - Tarveperustainen moniammatillinen ohjaus - Monipuoliset esitepaketit keuhkohtaumataudista, sen hoidosta ja liikunnallisesta kuntoutuksesta - Fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien huomiointi omahoitovalmiuksien lisäämisessä - Omaisten ohjaaminen omahoidon tukemisessa - Hoidon ja kuntoutumisen tulosten seuraaminen (3kk + 6kk) hoitokontrolleissa 	<p><u>Potilaan palveluvalikoiman parantaminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kokonaishoidon tarkistus ja optimointi moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen - Kokonaistilanteen systemaattinen laaja kartoitus ja tarvittavan avun hankkiminen tehostusti → hoidon tehostaminen ja omahoidon esteiden poistaminen - Laajan yksilöllisen ohjauskokonaisuuden tarjoaminen → omahoitovalmiuksien parantaminen - Liikuntapainotteisuuden lisääminen hoidossa - Hoitokontrollit (3kk+6kk) - Ryhmät: Tupakkaryhmä, COPD-ryhmä, COPD ja tupakka -inforyhmät (tulossa) - Hoitoprosessin vastuiden ja työnjaon määrittäminen 	<p><u>Näyttöön perustuvan tiedon käytön tehostaminen / potilaat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajantasaiseen tutkimustietoon perustuva hoito ja ohjaus - Ilmoitustaulu keuhkohtaumataudista ja sen hoidosta - COPD-kuntoutuksen potilasesite, johon koottu ajantasaisia suositeltavia linkkejä tiedonhakuun <p><u>Näyttöön perustuvan tiedon käytön tehostaminen / henkilöstö</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tietotaidon päivitys koulutuksen keinoin - Tutkimusnäyttöön perustuva COPD-kuntoutusprosessi ajantaisine ohjeistuksineen (kirjallisena ja sähköisenä versiona) - COPD-kuntoutuspalaverit 	<p><u>Potilasvalinnan tehostaminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Systemaattinen järjestelmä, ohjeistus ja kriteerit potilasvalintaan - COPD-kuntoutuspalaverit <p><u>Potilaan kokonaistilanteen kartoituksen yhdenmukaistaminen ja tehostus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uusittu tulohaastattelukaa- vake - COPD-kuntoutuskaavake - Ohjeistus kartoituksesta <p><u>Kirjaamisen kehittäminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Oleellisen tiedon kokoami- nen COPD-kuntoutuskaavakkeelle - Kirjaamisohje <p><u>Tietojärjestelmät</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sähköinen potilastietojärjes- telmä (Effic) takaa potilas- tiedon helpon saatavuuden
JOHDON SITOUTUMINEN		YHTEISTYÖKUMPPANIT (muut erikoissalat, pth, järjestöt)	
→ SEURAUUS: Toimintavalmis, moniammatillinen ja yksilöllinen keuhkohtaumatautipotilaan hoitokokonaisuus			
→ TULOS: Omahoitoonsa paremmin sitoutunut potilas ja vaikuttavampi hoitotulos.			

(Laadittu POTKU-hankkeessa esitettyjen mallien pohjalta 6.12.2014 /Minna Heino)

COPD-KUNTOUTUSKAAVAKE		POTILAA NIMITARRA		
Informaatio COPD-kuntoutuksesta:	<input type="text"/>	Fysioterapia lähtee tehty:	<input type="text"/>	
Tuloaastattelun tehty:	<input type="text"/>	CAT-testin pisteet:	OSASTO	PKL 3KK
HOI-ohje paketti annettu:	<input type="text"/>	Osaillistuu COPD-ryhmään:	Kyllä	Ei
				PKL 6KK
Käy potilaan kanssa seuraavat kohdat lävitse ja laita lokeriin pvm + nimikirjaimet, kun potilas on saanut tiedon asiasta / asia on kerrattu.				
1. Copd ja sen luonne				
Potilas tietää:		OSASTO	PKL 3 KK	PKL 6 KK
Mitä sairastaa ja mikä sairauden aiheuttaa:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mitä väkää COPD merkitsee:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pahenemisvaiheen oireet:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Omanhoidon merkitys:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Febrilivo:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paino / Bmi:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Saturoitbarvo:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lisähuomioita varten:				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
2. Tupakka				
Tupakoi:		Kyllä	Ei	
Potilaalle kerrottu:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lopettanut <input type="text"/>
Tupakoinnin lopettamisen / tupakoinnattomuuden tukityöstä:		OSASTO	PKL 3 KK	PKL 6 KK
Nikotiinikorvaushoidosta:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tupakkaryhmästä:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lisähuomioita varten:				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
Potilaalle tehty:				
Tupakointitapojen tiedonkeruulomake:		OSASTO	PKL 3 KK	PKL 6 KK
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lisähuomioita varten:				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
3. Lääkehoito				
Potilas tietää:		OSASTO	PKL 3 KK	PKL 6 KK
Oman lääkehoitonsa:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inhalointitekniikan tärkeys:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lääkkeiden sivuvaikutukset:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lääkkeiden ottoajat:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SV-korvattavuusasiat: (KELA-kortilla koodi 03, tarvittaessa B-busunto)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rokotukset:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Potilas tietää:		OSASTO	PKL 3KK	PKL 6KK
Kuntoutusohjajan palvelusta:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä muun hoidon tukena:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Yhteystieto kuntoutusohjajaan (tarvittaessa):		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mahdolliset hengittämisen tukemiseen aloitetut apuvälineet (laitte, säädöt, pvm):		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lisähuomioita varten:				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

4. Liikunta

FYSIOTERAPEUTTI

Potilas tietää:

Liikunnan merkityksen sairautensa hoidossa:
 Hänelle sopivan liikuntaohjelman:
 Oikean hengitystekniikan normaalitilanteessa:
 Hengitystekniikan akuutissa tilanteessa:
 6 min kävelytesti:
 Tuollaista ylönousu-testi:
 Mahdollisuudesta saada liikunta-apuvälineitä liikunnan tueksi:

OSASTO PKL 3 KK PKL 6 KK

Lisähuomioita varten:

5. Ravinto

(mukaan myöhemmässä vaiheessa)

Potilas on tietoinen:

Lisääntyneen hengitystyön energiankulutuksesta:
 Ruokavaliosuosituksistaan:
 Nesteen saannin merkityksestä:
 Pienten annosten merkityksestä:
 Lisäravintovalmistelusta:
 Ravitsemuksen merkityksestä kokonaishoidon onnistumiselle:
 Yhteystieto ravitsemusterapeuttiin (tarvittaessa):

OSASTO PKL 3 KK PKL 6 KK

Lisähuomioita varten:

6. Omaiset

OMAINEN ON TERVETULLUT MUKAAN 3 KK:N KONTROLLIKÄYNNILLE HOIPKL:LE

Omaiset tietävät:

Sairauden pääpiirteet:
 Tupakoinnin merkityksen:
 Liikunnan merkityksen:
 Lääkehoidon merkityksen:
 Ravitsemuksen merkityksen:

OSASTO PKL 3 KK

Lisähuomioita varten:

Omaislle annetut kirjalliset ohjeet:

:

OSASTO PKL 3 KK

--	--

Lisähuomioita varten:

7. Psyykinen ja sosiaalinen tukeminen

Potilaan kanssa:

Keuhusteitu potilaan psyyk. voimista
 Yhteystieto psyk. sairaanhoitajaan (tarvittaessa)
 Selvitetty potilaan elämäntilanne, asuolosuhteet ja kotona selviytyminen
 Yhteystieto sosiaalinhoitajaan (tarvittaessa)

OSASTO PKL 3 KK PKL 6 KK

Lisähuomioita varten:

Kotihoidto-ohjeet:

Potilaalle on keuhottu COPD-kuntoutuksen jatkokontrollista:
 Potilas on saanut päivitetyn lääkelistan:
 Potilas on saanut HO-ohjauksen kotihoidto-ohjeista:
 Potilas on saanut FYS-ohjauksen kotihoidto-ohjeista:

OSASTO PKL 3 KK PKL 6 KK

Lisähuomioita varten:

Kirjaa asiat HOI-lehdelle

OSASTO PKL 3 KK PKL 6 KK

--	--	--

SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN
KEUHKOSAIRAUKSIEN YKSIKÖN
COPD-KUNTOUTUSPROSESSIMALLI

Satakunnan keskussairaala
Keuhkosairauksien yksikkö
Aoh Minna Heino
2015



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	3
2	COPD-KUNTOUTUS.....	5
2.1	Potilasvalinta.....	6
2.2	Aloitus.....	8
2.3	Toteutus osastolla.....	9
2.4	Kotiutus.....	15
2.5	Kontrollit.....	17
2.6	Päätyminen.....	19
2.7	Kirjaaminen.....	20
2.7.1	Kirjaaminen osastolla.....	20
2.7.2	Kirjaaminen poliklinikalla.....	24
2.8	Muut tarjottavat palvelut.....	27
3	COPD-KUNTOUTUKSEN OHJAUSISÄLLÖT.....	29
3.1	Keuhkohtaumatauti.....	30
3.2	Tupakka.....	31
3.3	Lääkehoito ja lääkinällinen kuntoutus.....	35
3.4	Liikunta ja hengitystekniikka.....	37
3.5	Ravitseminen.....	39
3.6	Omaiset.....	42
3.7	Psyykinen ja sosiaalinen tukeminen.....	43
4	COPD-KUNTOUTUKSESSA SOVELLETTAVAT MENETELMÄT.....	44
4.1	Motivoiva ohjaus.....	44
4.1.1	Muutosvaihemalli.....	47
4.2	Terveyshyötymalli.....	49
	LÄHTEET.....	51

1 JOHDANTO

Liikunnallinen kuntoutus on nykypäivän tutkimusnäyttöön perustuen hyvin kiinteä osa keuhkohtaumataudin kokonaisuhoitoa (Käypä hoito 2014). Näin ollen, puhuttaessa keuhkohtaumataudin hoidosta puhutaan lähtökohtaisesti samalla myös kuntoutuksesta. Keuhkohtaumataudin hoitoa käsittelevässä kirjallisuudessa keuhkohtaumatautipotilaan kuntoutuksesta käytetään usein erilaisia termejä; keuhkokuntoutus, hengityskuntoutus, CAT-kuntoutus, COPD-kuntoutus. Englanninkielinen vastine näille termeille on pulmonary rehabilitation. Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä päädyttiin käyttämään termiä COPD-kuntoutus.

COPD-kuntoutuksen kehittäminen käynnistyi Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä loppuvuodesta 2012. Perinteistä keuhkohtaumataudin hoitoa lähdettiin kehittämään liikuntapainotteisempaan, ohjauksellisempaan ja ennaltaehkäisevämpään suuntaan rohkaiseviin kokemuksiin, vaikuttavaan tutkimusnäyttöön ja hoitosuosituksiin perustuen. COPD-kuntoutukselle ei ollut saatavilla valmista, suoraan siirrettävissä olevaa toteutusmallia tai -suositusta, sillä eri sairaaloissa käytännön toteutustavat vaihtelivat hyvin paljon. Niinpä mallia lähdettiin kehittämään itse ja sen vaiheittainen käyttöönotto aloitettiin syksyllä 2013 kehittämistyön yhä jatkussa. Samoihin aikoihin sovittiin tämän COPD-kuntoutusprosessimallin (Liite 1) ja sen kuvauksen kokoamisesta YAMK-opinnäytetyönä.

COPD-kuntoutusprosessimallin kuvaus on laadittu tiiviissä yhteistyössä keuhkosairauksien yksikön henkilökunnan kanssa. Malli yhdistää keuhkohtaumataudin hoidon käytännön, teorian, tutkimustiedon ja hoitosuositukset. Tässä COPD-kuntoutusprosessimallin kuvauksessa esitetyt käytännöt ovat yhdessä sovittuja toimintatapoja Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. COPD-kuntoutusprosessin mallintamisella on osoitettu mallin näyttöön perustuvuus.

COPD-kuntoutuksen tavoitteena on luoda potilaan itsehoitovalmiuksille mahdollisimman hyvät edellytykset, jotta keuhkohtaumataudin etenemistä pystytään ehkäisemään ja toimintakykyä ylläpitämään. Erona keuhkohtaumataudin perinteiseen hoitoon nähden on kaikkien hoidon eri osa-alueiden tehostaminen yksilölliseen tarpeenmääritykseen ja hoitosuunnitelmaan perustuen, ohjauksen painottuminen, tehos-

tettu liikunnallinen kuntoutus ja fysioterapia sekä kuntoutumisen polikliininen jatko-seuranta kotiutumisen jälkeen. Kuntouttava työote kuuluu kuitenkin tärkeänä osana kaikkien keuhkohtaumatautipotilaiden hoitoon. (Nieminen 2013; Puolanne 2010, 131–133)

2 COPD-KUNTOUTUS

COPD-kuntoutus on keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan yksilöllinen, monipuolinen ja moniammatillinen kuntoutusinterventio. Se on tutkitusti vaikuttavaa ja koostuu erilaisten palveluiden kokonaisuudesta, joka suunnataan paitsi keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille, myös heidän perheilleen. Kuntoutusprosessin avulla pystytään tukemaan keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta sitoutumaan paremmin sairautensa omahoitoon ja selviytymään arjessa sairautensa kanssa. (Katajisto 2013, 316; Nieminen 2013) COPD-kuntoutuksen peruseriaatteet on esitetty taulukossa yksi.

Taulukko 1. COPD-kuntoutuksen periaatteet

COPD-KUNTOUTUKSEN PERIAATTEET
<ul style="list-style-type: none">- Etenevän sairauden kanssa selviytymisen mahdollisimman varhainen suunnittelu.- Jäljellä olevan hengityskapasiteetin turvaaminen ja oikea käyttö.- Tupakoinnin lopettaminen.- Kestävyyuskunnan ja lihasvoiman parantaminen.- Painonhallinta ja optimaalinen ravitsemustila.- Sosiaalisen kanssakäymisen säilyttäminen ja vertaistuki.- Omahoitovalmiuksien ja muun elämän hallinta. (Katajisto 2013a, 316; Nieminen 2013; Puolanne 2010, 131–133)

COPD-kuntoutuksen sisältö suunnitellaan jokaiselle potilaalle hänen yksilöllisten tarpeidensa ja ominaisuuksiensa mukaan. COPD-kuntoutuksen keinoin potilaalle tulisi tarjota osana hänen kokonaisuhoitoaan liikuntaharjoittelua, potilasohjausta, tupakkavieroitusta, ravitsemusneuvontaa ja psykososiaalista tukea. Liikuntapainotteisuus on kokonaisuhoiton kannalta tärkeää, koska keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat liikkuvat tutkitusti vähemmän kuin terveet ja fyysisen inaktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä toistuviin sairauden pahenemisvaiheisiin, sairaalahoidon tarpeeseen, lisääntyneeseen hengenahdistukseen, huonompaan elämänlaatuun ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. (Katajisto 2013a, 317; Nieminen 2013) COPD-kuntoutuksen tavoitteet on esitetty taulukossa kaksi.

Taulukko 2. COPD-kuntoutuksen tavoitteet

COPD-KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET
<ul style="list-style-type: none">- Potilaan omahoitovalmiuksien lisääntyminen keuhkohtaumataudin hoidossa ja oireiden hallinnassa.- Potilaan työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen ja parantaminen.- Terveyttä edistävien elämäntapojen ja ympäristömuutosten löytyminen potilaan elämään.- Pysyvien liikuntatottumusten löytyminen ja potilaan fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Katajisto 2013a, 318; Nieminen 2013; Puolanne 2010, 131)

2.1 Potilasvalinta

Potilasvalinta COPD-kuntoutukseen on osa vuodeosaston päivittäistä toimintaa ja soveltuvuutta kuntoutuksen piiriin tulee arvioida jokaisen keuhkohtaumatautia sairastavan osastolle hoitoon tulevan potilaan kohdalla.

Valintakriteerit:

COPD-kuntoutus tulisi aloittaa erityisesti sellaisille keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille, joilla optimaalisesta lääkityksestä huolimatta on jatkuvaa hengenahdistusta, fyysisen aktiivisuuden rajoittuneisuutta, suorituskyvyn alenemaa ja toistuvia sairauden pahenemisvaiheita. Liikunnan vähäisyys on keuhkohtaumatautia sairastavalle potilaalle toistuvien pahenemisvaiheiden riskitekijä, johon pitää puuttua. (Katajisto & Laitinen 2013, 467; Nieminen 2013)

COPD-kuntoutusta ei tule aloittaa sydänoireiselle potilaalle. Mahdollisina kontraindikaatioina voidaan nähdä myös aktiivinen syöpäsairaus, vaikea tuki- ja liikuntaelimestön sairaus tai vamma, vaikea käytöshäiriö, hallitsematon päihdeongelma tai infektio. Keuhkosairauksien erikoislääkärin tekemä arvio potilaan kokonaistilanteesta on ehdoton edellytys COPD-kuntoutuksen aloittamiselle. (Katajisto & Laitinen 2013, 468; Nieminen 2013)

Valintaa helpottavat kysymykset hoitajalle:

- 1) Hyötyisikö tämä potilas jollain tavalla COPD-kuntoutuksesta?
- 2) Onko COPD-kuntoutuksen aloittamiselle mitään estettä?

Valintaperiaatteet:

Mikäli potilas oletettavasti voisi hyötyä COPD-kuntoutuksesta eikä sen aloittamiselle ole selvää estettä, tulee hoitajan ehdottaa lääkärille COPD-kuntoutuksen aloittamista. Päätös COPD-kuntoutuksen aloittamisesta tulee aina tehdä yhteistyössä potilaan kanssa ja päätöksen tulee perustua potilaan omaan suostumukseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§).

Valinnan toteutus:

Arvio COPD-kuntoutuksen tarpeesta tehdään kaikille osastolle hoitoon tuleville keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille. Hoitaja tekee potilaan tilasta riippuen joko nopean arvion tulevasta kuntoutustarpeesta (akuuttitilanne) tai/ja laajamittaisemman arvion potilaan kokonaistilanteesta haastatteluineen (stabiili tilanne). Hoitaja kirjaa arvionsa COPD-kuntoutustarpeesta potilaan hoitosuunnitelmaan.

Potilaan kokonaistilanteen kartoitus haastattelemalla tulee tehdä joko ensimmäisen hoitopäivän aikana tai heti potilaan voimin salliessa, jotta hänen hoitonsa pystytään toteuttamaan mahdollisimman potilaslähtöisesti ja mahdollinen COPD-kuntoutus aloittamaan nopeasti. Kartoituksessa käytetään apuna taulukossa kolme lueteltuja lomakkeita.

Taulukko 3. Potilaan kokonaistilanteen kartoituslomakkeet

KARTOITUKSESSA KÄYTETTÄVÄT LOMAKKEET
<ul style="list-style-type: none">- Tulohaastattelu (Liite 2)- Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake (Liite 3)- CAT-kysely (Liite 4)

Hoitajan tulee tekemänsä arvion perusteella keskustella potilaan kanssa COPD-kuntoutuksen aloittamisesta, mikäli hän katsoo sen aiheelliseksi. Lääkäri arvioi poti-

laan tilannetta tulovaiheessa sekä osastokierroilla ja keskustelelee potilaan kanssa COPD-kuntoutuksen aloittamisesta. Kuntoutus voidaan aloittaa lääkärin antaman määräyksen ja potilaan antaman suostumuksen perusteella (Nieminen 2013).

Valinnan tukirakenteet:

Sunnuntai-iltavuoron hoitohenkilökunta kartoittaa osastolla hoidossa olevista potilaista mahdolliset COPD-kuntoutuksen piiriin ehdotettavat potilaat ja kirjaa kysymyksen COPD-kuntoutuksen aloittamisesta hoitosuunnitelmaan. Sunnuntaisin iltavuoron hoitohenkilökunta käy läpi myös tulevan viikon jonopotilaiden tiedot arvioiden tarvetta COPD-kuntoutuksen aloittamiselle. Mahdollisista COPD-kuntoutuspotilaista tehdään lista (nimi ja tulopäivä) maanantai-aamun COPD-kuntoutuspalaveria varten.

Moniammatillinen COPD-kuntoutuspalaveri toteutetaan joka maanantai vuodeosastolla. Palaveriin osallistuu osaston hoitohenkilökunta, fysioterapeutit, kuntoutusohjaaja, osastonhoitaja ja mahdollisuuksien mukaan myös lääkärit. COPD-kuntoutuspalaverin tarkoituksena on käydä moniammatillista keskustelua COPD-kuntoutuksen potilasvalinnasta ja toteutuksesta. Palaverissa pohditaan yhdessä COPD-kuntoutukseen ehdotettavia potilaita ja suunnitellaan osaston viikkoa kuntoutustoiminnan näkökulmasta. Palaverissa voidaan käsitellä myös COPD-kuntoutustoiminnan kehittämiseen liittyviä ideoita ja ehdotuksia.

2.2 Aloitus

Tavoitteena on, että päätös COPD-kuntoutuksen aloittamisesta tehtäisiin mahdollisimman nopeasti potilaan osastolle saapumisen jälkeen, koska kuntoutus itsessään ei pidennä potilaan hoitajaksoa. COPD-kuntoutuksen aloitus jo pahenemisvaiheen aikana on tutkitusti turvallista ja hyvin vaikuttavaa. Tehtyjen tutkimusten mukaan potilaat ovat vastaanottavaisempia kuntoutukselle ja elämäntapamuutoksille sairauden epästabailissa vaiheessa kuin tasaisessa vaiheessa. (Katajisto & Laitinen 2013, 467; Nieminen 2013)

COPD-kuntoutuksen aloittaminen

COPD-kuntoutus aloitetaan, kun lääkäri on sopinut asiasta potilaan kanssa ja antaa sähköisen määräyksen kuntoutuksen aloittamisesta. Hoitaja käy keskustelemassa potilaan kanssa COPD-kuntoutuksen toteutuksesta käytännössä ja antaa hänelle ennalta määritellyn esitepaketin (Liite 5). Näin voidaan varmistua siitä, että potilas ymmärtää, mihin hän sitoutuu. Hoitaja tekee asianmukaiset merkinnät COPD-kuntoutuksen aloittamisesta potilaan hoitosuunnitelmaan ja laatii potilaalle COPD-kuntoutuskaavakkeen (Liite 6).

Tilanteessa, jossa lääkäri suosittelee COPD-kuntoutuksen aloittamista, mutta potilas kieltäytyy kuntoutuksesta, ei varsinaista COPD-kuntoutusta voida aloittaa. Koska lääkärin arvion mukaan potilas kuitenkin tarvitsisi tehostettua keuhkohtaumataudin kokonaihoitoa, hoidetaan häntä osastojakson aikana COPD-kuntoutuksen periaatteiden mukaisesti; kartoittaen potilaan kokonaistilanne, tehostaen moniammatillista ohjausta ja hoidon eri osa-alueita sekä painottaen kuntouttavaa työtettä potilaan hoidossa. Polikliinisiä jatkokontroleja ei kuitenkaan hoitojakson loppuksi varata. (Nieminen 2014)

2.3 Toteutus osastolla

COPD-kuntoutusta toteutetaan osastolla potilaan hoitojakson aikana hyödyntäen osaston tiloja, toimintaa ja kuntoutusta varten hankittuja välineitä. Toiminnan tavoitteena on potilaan kokonaihoidon optimointi moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen, minkä kautta potilas saadaan luottamaan ja uskomaan omiin voimavaroihinsa ja mahdollisuuksiinsa toimia itse itsensä hyväksi. Koska COPD-kuntoutus ei pidennä potilaan hoitoaikaa, tarkoituksena on luoda nopeassa aikataulussa suunnitelma ja perusta kuntoutumisen jatkumiselle kotona tai jatkohoitopaikassa. COPD-kuntoutuksen onnistumiselle keskeistä onkin potilaan omien voimavarojen tukeminen sekä potilaan ja hänen omaistensa hyvä ohjaus. (Nieminen 2013)

COPD-kuntoutuksessa potilaan kotiutumisen laajamittaisempi suunnittelu aloitetaan heti hoitojakson alussa kartoittamalla potilaan tilannetta kokonaisuutena. Tämä mahdollistaa havaittuihin epäkohtiin puuttumisen moniammatillista yhteistyötä hyödyn-

täen potilaan sairaalassa oloaikana. Tavoitteena on järjestää potilaalle kotioloihin kaikki hänen tarvitsemansa apu ja tuki itsensä hoitamiseksi ja huolehtia näin hoidon optimoinnista myös tätä kautta. (Nieminen 2013)

Toteutusvastuut ammattiryhmittäin:

Kaikilla hoitoon osallistuvilla ammattiryhmillä on yhteinen vastuu potilaan kokonaishoidon onnistumisesta ja moniammatillisen yhteistyön toimivuudesta. Kaikkien COPD-kuntoutuspotilaiden hoitoon osallistuvat automaattisesti lääkäri, hoitaja ja fysioterapeutti. Näiden ammattiryhmien toteutusvastuut on esitetty taulukossa neljä. Muita ammattiryhmiä (kuntoutusohjaaja, sosiaalihoitaja, ravitsemusterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja) konsultoidaan tarpeen mukaan.

Taulukko 4. COPD-kuntoutuksen toteutusvastuut ammattiryhmittäin

AMMATTIRYHMÄ	TOTEUTUSVASTUU
LÄÄKÄRI	Vastaa potilaan kokonaishoidosta ja sen arvioinnista. <ul style="list-style-type: none"> - Kokonaishoidon tarkistus, lääkeshoidon optimointi, happihoidon tarpeen arvio ja seurannan tarpeen arviointi. - Potilaan hoidon linjaus ja jatkohoitosuositusten antaminen
HOITAJA	Vastaa potilaan tilan, hoidon sekä hoitoon liittyvän ohjauksen toteutuksesta ja arvioinnista. <ul style="list-style-type: none"> - Potilaan kokonaistilanteen sekä hoidon ja ohjauksen tarpeen tarkka kartoitus ja arviointi. - Havaittuun hoidon ja ohjauksen tarpeeseen vastaaminen moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. - Potilaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvä yksilöllinen ohjaus. - Hoidon toteutus, seuranta ja arviointi.
FYSIOTERAPEUTTI	Vastaa potilaan fysioterapiasta ja liikunnallisesta kuntoutuksesta sekä niihin liittyvästä suunnittelusta, toteutuk-

	<p>sesta ja arvioinnista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilaan kokonaistilanteen ja ohjauksen tarpeen kartoitus ja arviointi liikunnallisen keuhkokuntoutuksen näkökulmasta. - Yksilöllisen kuntoutumissuunnitelman laatiminen yhteistyössä potilaan kanssa. - Liikunnalliseen keuhkokuntoutukseen liittyvä yksilöllinen ohjaus. - Liikunnallisen keuhkokuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja arviointi hoitojakson aikana.
--	--

Toiminnan toteutus ammattiryhmittäin:

Lääkäri

Lääkäri arvioi potilaan kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuudet sekä mahdolliset kuntoutuksen vasta-aiheet. Hän tarkistaa potilaan lääkehoidon ja arvioi happihoidon tarpeen. Lääkäri pyrkii hoitojakson aikana motivoimaan potilasta liikunnan lisäämiseen ja tupakoinnin lopettamiseen. (Nieminen 2015)

Hoitaja

Hoitaja kartoittaa COPD-kuntoutuskaavaketta hyödyntäen potilaan kokonaistilanteen ja omahoitovalmiudet samana päivänä (iltavuorossa), kun kuntoutukseen valinta on tehty. COPD-kuntoutuskaavakkeen käyttö helpottaa tarpeiden arvioimisen, tarpeisiin vastaamisen sekä näiden kirjaamisen yhdistämistä. Kun kokonaistilanteen kartoitus ja siihen liittyvät mittaukset on ensimmäisenä kuntoutuspäivänä tehty, voidaan tarvekartoituksen mukaista ohjausta ja toimintaa jatkaa seuraavina hoitopäivinä sekä aamu- että iltavuoroissa. Ohjauksen painopisteitä tulee priorisoida potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan ja moniammatillista yhteistyötä hyödyntää aina tarvittaessa.

COPD-kuntoutuskaavakkeeseen on määritelty hoitajan toimesta tehtävät potilaan kokonahoitoon liittyvät arvioitavat osatekijät. Niitä on avattu myös taulukossa viisi.

Taulukko 5. Hoitajan tekemä arvio potilaan kokonaistilanteesta

ARVIOITAVAT TEKIJÄT	TARKENNE
Mittaukset	<ul style="list-style-type: none"> - Happisaturaatio - FEV1 - CAT-pisteet - Paino / BMI - NRS-pisteet (Liite 7)
Tiedolliset valmiudet	<ul style="list-style-type: none"> - Keuhkohtaumatauti sairautena - Hoidon periaatteet - Tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen, tupakoimattomuuden merkitys - Lääkehoidon oikea toteutus ja sen merkitys, lääkinnällinen kuntoutus - Liikunnan merkitys - Monipuolinen ravitsemus ja sen merkitys
Taidolliset valmiudet	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkehoidon toteutus - Oikea ja tehokas lääkeinhaloitetekniikka - Lääkinnällisen kuntoutuksen laitteiden hallinta (jos käytössä)
Asenteelliset, psyykkiset ja sosiaaliset valmiudet	<ul style="list-style-type: none"> - Asenne - Voimavarat - Elämäntilanne
Omaisten valmiudet tukea kokonaishoidon onnistumista	<ul style="list-style-type: none"> - Tieto - Osaaminen - Asenne - Voimavarat

Tehdyn kartoituksen pohjalta hoitaja arvioi yhteistyössä potilaan kanssa tämän yksilöllisiä hoidon ja ohjauksen tarpeita hoitotyön näkökulmasta ja keskustelelee esiin

nousseista asioista hoitavan lääkärin kanssa. Yksilöllinen hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa, jotta hän tiedostaa hoitonsa tavoitteet ja sitoutuu toimimaan tavoitteiden suuntaisesti. Muita ammattiryhmiä konsultoidaan hoidon toteutuksessa tarpeen mukaan. Hoitaja antaa potilaalle ja hänen omaisilleen tarvittavaa ohjausta sekä toteuttaa ja arvioi potilaan kokonaishoitoa hoidosta vastaavan lääkärin kanssa sovittujen hoitolinjojen mukaisesti. Hoitaja tukee omassa toiminnassaan liikkunnallisen keuhkokuntoutuksen toteutumista noudattaen kuntouttavaa työtä potilashoidossa, korostaen liikunnan ja hengitysharjoitusten merkitystä kokonaishoidon onnistumiselle sekä kannustaen potilasta omaehtoiseen liikkumiseen ja hengitysharjoitusten tekemiseen. Potilaan hoitoon liittyvä päivittäinen tiedonkulku hoitajien ja fysioterapeuttien välillä tapahtuu hoitosuunnitelmaan tehtävän kirjaamisen ja moolminpuolisen suullisen raportoinnin kautta. Tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä on välttämätöntä moniammatillisesti toteutettavassa COPD-kuntoutuksessa, jotta eri ammattiryhmät pystyvät yhdessä toimien tukemaan potilaan kokonaishoidon onnistumista.

Fysioterapeutti

Fysioterapeutti tulee osastolle tapaamaan kuntoutukseen valittua potilasta saatuaan lääkärin laatiman sähköisen määräyksen COPD-kuntoutuksen aloittamisesta. Potilaan haastattelu, testaukset, ohjaus ja ohjattu harjoittelu aloitetaan mahdollisuuksien mukaan joko samana tai seuraavana päivänä lähetteen tekemisestä. Lääkärin tulee määrittää osastopotilaista, milloin COPD-kuntoutukseen kuuluva fysioterapeuttien tekemä 6 min-kävelytesti lähtötilanteen kartoittamiseksi on turvallista suorittaa. Suuri osa potilaista on hoidossa keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen vuoksi, jolloin rasituksen sietokyky voi olla huomattavasti alentunut. Lääkäri määrää siis testiajan kohdan erikseen ja siitä tehdään tarvittaessa uusi sähköinen määräys, vaikka testi on kiinteä osa COPD-kuntoutusta ja erityisesti kuntoutumisen arviointia. (Jääskeläinen & Mäkelä 2014; Nieminen 2014)

COPD-kuntoutuskaavakkeeseen on määritelty fysioterapeutin toimesta tehtävät potilaan kokonaishoitoon liittyvät osatekijät. Nämä tekijät on esitetty myös taulukossa kuusi.

Taulukko 6. Fysioterapeutin tekemät kokonaishoidon osatekijät

FYSIOTERAPEUTIN OSUUS POTILAAN KOKONAISHOIDOSSA
<ul style="list-style-type: none">- Potilaan haastattelu lähtötilanteen arvioimiseksi- Potilaan ohjaus liikunnan merkityksestä ja toteutusperiaatteista keuhkohtaumataudissa- Yksilöllisen liikuntasuunnitelman laatiminen ja toteutus- Ohjaus potilaan kotipaikkakunnan liikuntamahdollisuuksista- Liman tyhjennys- ja hengitysharjoitukset- Liikkumisen apuvälineiden tarpeen arviointi ja ohjaus- Testit:<ul style="list-style-type: none">o 6 min -kävelytesti (lääkäri määrittää toteutusajankohdan)o Tuolilta ylösnousu -testi (5krt)
(Jääskeläinen & Mäkelä 2014; Nieminen 2013)

Fysioterapeutti keskusteleo potilaan kanssa COPD-kuntoutuksen toteuttamisesta ja liikunnallisen keuhkokuntoutuksen merkityksestä kokonaishoidon onnistumiselle. Fysioterapeutti laatii yhteistyössä potilaan kanssa kuntoutumissuunnitelman, johon molemmat osapuolet sitoutuvat. Hoitajaksonsa aikana potilas tapaa fysioterapeutin päivittäin ja yksilöllistä ohjausta ja harjoittelua jatketaan. Tarkoituksena on, että potilas jatkaa sovitujen harjoitteiden tekemistä päivän aikana myös omaehtoisesti. Fysioterapeutti antaa tästä ohjeistuksen potilaalle. Potilas saa suullisen ohjauksen lisäksi ennalta määritellyn COPD-kuntoutuksen esitepaketin (Liite 4) sekä muita kirjallisia ohjeita tarpeen mukaan. Potilaan omaiset otetaan mukaan ohjaukseen hoitajakson aikana, mikäli se on mahdollista. Myös liikkumisen apuvälineiden tarpeen kartoitus ja niihin liittyvä ohjaus kuuluvat oleellisena osana osastolla toteutettavaan liikunnalliseen kuntoutukseen. (Jääskeläinen & Mäkelä 2014)

Potilaalla on osastajakson aikana mahdollisuus osaston kuntoutustilojen ja välineiden hyödyntämiseen vointinsa mukaan. Sairaalaympäristö on turvallinen paikka hengästymisen ja hengenahdistuksen eron tunnistamisen ohjattuun opeteluun, sillä eron tunnistaminen on usein hankalaa ja estää potilasta liikkumasta (Katajisto & Laitinen 2013, 466). Kuntoutustilojen turvallinen käyttö edellyttää fysioterapeutin antamaa välineohjausta ja yksilöllisen kunto-ohjelman laatimista potilaalle.

Kun yksilöllinen kunto-ohjelma on laadittu ja välineiden käyttö opastettu, voi potilas käydä kuntoutustiloissa tekemässä harjoitteita itsenäisesti. Kuntoutustilojen itsenäisen käyttö edellyttää aina asian sopimista hoitohenkilökunnan kanssa, jotta potilasturvallisuus pystytään huomioimaan. Tästä syystä kuntoutustilat pidetään muuna aikana lukittuna.

Potilaan hoitoon liittyvä päivittäinen tiedonkulku fysioterapeuttien ja hoitajien välillä tapahtuu hoitosuunnitelmaan tehtävän kirjaamisen ja molemminpuolisen suullisen raportoinnin kautta. Tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä on välttämätöntä moniammatillisesti toteutettavassa COPD-kuntoutuksessa, jotta eri ammattiryhmät pystyvät yhdessä toimien tukemaan potilaan kokonaishoidon onnistumista.

2.4 Kotiutus

Potilaan on tarkoitus saada hoitajakson aikana riittävän hyvät valmiudet itsensä hoitamiseen ja kuntouttamiseen kotioloissa. Itsensä hyväksi toimiminen edellyttää potilaalta hyvää tietotaitoa sekä halua ja uskoa omiin mahdollisuuksiinsa. Mahdollisuudet itsensä hyväksi toimimiseen puolestaan ovat aina sidoksissa elinympäristöön ja sosiaalisiin tukirakenteisiin, joiden tilaan pyritään tarpeen mukaan myös hoitajaksoilla vaikuttamaan. Potilaan omaiset ovat tärkeässä tukijan roolissa kotona ja sen vuoksi myös heidän osuutensa huomioiminen on tärkeä osa potilaan hoitokokonaisuutta (Poikela 2005, 60).

Potilaan kotiutus osastolta toteutuu eri ammattiryhmien välisenä yhteistyönä. Kotiutusvaiheen toteutus on kuvattu taulukossa seitsemän.

Taulukko 7. Kotiutusvaiheen toteutus ammattiryhmittäin

AMMATTIRYHMÄ	TOTEUTUSVASTUU
LÄÄKÄRI	<ul style="list-style-type: none">- Määrittää kotiutusajankohdan ja antaa kotiutusmääräyksen.- Antaa määräykset jatkohoidon toteuttamisesta .- Tarkistaa potilaan kotilääkityksen, laatii

	<p>tarvittavat reseptit ja selvittää lääkitysmuutokset potilaalle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kotiuttaa potilaan ja ohjeistaa häntä jatkohoidon sekä -kuntoutuksen suhteen. - Laatii hoitojaksosta loppuarvion KEU-lehdelle.
HOITAJA	<ul style="list-style-type: none"> - Toteuttaa kotiutusvaiheessa annetut hoitomääräykset. - Potilaan siirtyessä jatkohoitoon toiseen hoitolaitokseen, on yhteydessä jatkohoitopaikkaan ja huolehtii siirron toteuttamisen. - Ottaa tarpeen mukaan yhteyttä muihin potilaan hoitoon osallistuviin tahoihin jatkohoidon järjestämiseksi kotona. - Kertoo potilaalle tarkemmin COPD-kuntoutuksen kontroleista hoitajapoliklinikalla. - Varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa jatkohoito-ohjeet ja osaa toteuttaa niitä kotona. - Varmistaa, että potilas on saanut tarvittavat yhteystiedot ja ohjeet yhteydenottamiseen. - Laatii hoitojaksosta hoitotyön yhteenvedon HOI-lehdelle käyttäen kirjaamisessa apuna täytettyä tulohaastattelulomaketta ja COPD-kuntoutuskaavaketta.
FYSIOTERAPEUTTI	<ul style="list-style-type: none"> - Varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa jatkokuntoutusohjeet ja on sitoutunut noudattamaan niitä. - Kertoo tarkemmin hoitajapoliklinikkakontrollien yhteydessä toteutettavista fysioterapeutin kontroleista. - Varmistaa, että potilas on saanut tarvittavat yhteystiedot ja ohjeet yhteydenottamiseen. - Laatii kuntoutuksen yhteenvedon hoitojaksosta

	FYS-lehdelle.
SIHTEERI	<ul style="list-style-type: none"> - Ohjelmoi ja varaa potilaalle määrätty jatkokontrolliajat huomioiden potilaalla jo olemassa olevat ajanvaraukset päällekkäisyyksien välttämiseksi. <ul style="list-style-type: none"> o Lähtökohtana on hoitajapoliklinikkakontrollien toteuttaminen kolmen (3) ja kuuden (6) kuukauden kuluttua osastojakson jälkeen. Mikäli potilaalla kuitenkin on päällekkäisiä aiemmin tehtyjä ajanvarauksia keuhkosairauksien yksikköön, voidaan ensimmäinen kontrolli toteuttaa samalla hoitokäynnillä myös vuodeosastolla. - Ilmoittaa varaamansa kontrolliajan puhelimitse fysioterapeutille, joka tekee ilmoituksen perusteella varauksen omaan varauskalenteriinsa. - (Tulevaisuudessa: Skannaa COPD-kuntoutuksen lomakkeet Mediakeskuksen arkistoon.)

Mikäli potilaan kotiutuessa on syytä olettaa, että potilaalla saattaa olla joitakin ongelmia omahoitonsa toteuttamisessa kotioloissa, voidaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi pyytää kuntoutusohjaajaa tekemään kotikäynti potilaan luona. Kuntoutusohjaaja tekee tarpeen mukaan kotikäyntejä vaikeasti hengityselinsairaiden potilaiden luona riippumatta siitä, onko potilaalla käytössään lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä sairautensa vuoksi. (Kortelainen & Törnqvist 2013)

2.5 Kontrollit

Hoitajapoliklinikalla toteutettavat kontrollikäynnit kuuluvat oleellisena osana COPD-kuntoutuskokonaisuuteen. Kontrolloinnin tarkoituksena on tukea potilasta hoidon toteuttamisessa ja elämäntapamuutoksissa sekä seurata hänen kuntoutumisensa ete-

nemistä. Kontrollikäynnit toteutetaan kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua osastolta kotiutumisen jälkeen. Potilas tapaa käynnillä ensin hoitajan ja tämän jälkeen fysioterapeutin. Lääkäreitä ja muita ammattiryhmiä on mahdollisuus konsultoida tarpeen mukaan. Kontrollikäynti on potilaalle maksuton.

Osastojaksolla täytetty COPD-kuntoutuskaavake sekä kotiutusvaiheessa tehdyt kirjatukset KEU-, HOI- ja FYS-lehdille välittävät tietoa ja huomioita keuhkosairauksien poliklinikan hoitajalle, joka ei välttämättä ole osallistunut potilaan hoitoon osastojaksoson aikana. COPD-kuntoutuskaavakkeen käyttöä ja täyttämistä jatketaan myös poliklinikkakontrolleissa ja täydennetty kaavake skannataan poliklinikkakäynnin jälkeen Mediakeskuksen arkistoon (Mediakeskus ei vielä toistaiseksi käytössä). Jatkuvakäyttöinen kaavake ohjauksen tukena helpottaa hoitajaa potilaalle jo annetun ohjauksen hahmottamisessa, päällekkäisyyksien välttämässä ja tätä kautta ohjauksen tehostamisessa.

Kolmen ja kuuden kuukauden kontrollikäynnit ovat toteutusrungoiltaan samanlaiset, mutta varsinainen käynnin sisältö määräytyy potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Toteutusrunko on kuvattu taulukossa kahdeksan.

Taulukko 8. COPD-kuntoutuskontrollien toteutusrunko ammattiryhmittäin

AMMATTIRYHMÄ	TOTEUTUSVASTUU
HOITAJA	<ul style="list-style-type: none">- Potilaan kokonaistilanteen kartoitus haastattelemalla- COPD-kuntoutuksen ohjausrungon mukaisen ohjauksen jatkaminen- Lääkehoidon tarkistus- Mittaukset:<ul style="list-style-type: none">o Happisaturaatioo FEV1o CAT-pisteeto Paino / BMIo NRS-pisteet

	<ul style="list-style-type: none"> - Laatii kontrollikäynnistä hoitotyön yhteenvedon HOI-lehdelle.
FYSIOTERAPEUTTI	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan kokonaistilanteen kartoitus haastattelemalla - Yksilöllisen liikuntasuunnitelman tarkistus ja liikuntaohjaus - Testit: <ul style="list-style-type: none"> o 6 min -kävelytesti o Tuolilta ylösnousu -testi (5 krt). - Laatii kuntoutuksen yhteenvedon kontrollikäynnistä FYS-lehdelle.

Kolmen kuukauden kontrollikäynnin jälkeen hoitaja tekee potilaalle uuden ajanvarauksen hoitajapoliklinikakäynnille kolmen kuukauden päähän. Hoitaja ilmoittaa fysioterapeutille varaamansa COPD-kuntoutuskontrollikäynnin ajankohdan ja fysioterapeutti tekee tämän perusteella varauksen omaan varauskalenteriinsa. Kuuden kuukauden kontrollikäynnillä uutta ajanvarausta ei enää tehdä vaan COPD-kuntoutusjakso katsotaan päättyneeksi.

2.6 Päättyminen

Nykykäytännön mukaan COPD-kuntoutus sisältää osastohoitojaksolla toteuttavan kuntoutuksen lisäksi kaksi polikliinistä kontrollikäyntiä. Tämän jälkeen kuntoutusjakso katsotaan päättyneeksi. Tavoitteena kuitenkin on, että kuntoutusjakson aikana pystytään saavuttamaan pysyviä elämäntapamuutoksia potilaan arkeen sekä antamaan hänelle riittävät valmiudet omaehtoiseen liikuntaharjoitteluun ja itsensä hyvään hoitamiseen myös tulevaisuudessa. COPD-kuntoutukseen liittyvä aktiivinen hoitosuhde keuhkosairauksien yksikköön päättyy kuuden kuukauden polikliiniseen kontrollikäyntiin. (Nieminen 2014)

2.7 Kirjaaminen

Terveydenhuollon kirjaamista ja potilasasiakirjoja säätelevät Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Henkilötietolaki (523/1999) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009). Potilasasiakirjojen tarkoituksena on ennen kaikkea tukea potilaan hyvää hoitoa ja parantaa potilasturvallisuutta, mutta niillä on tärkeä merkitys myös hoitoon osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvan kannalta. Potilasasiakirjat on laadittava niin, että niistä saa selkeän käsityksen siitä, miten potilaan hoito toteutettiin eri vaiheissa, ketkä siihen osallistuivat ja miten potilaan lakisääteiset oikeudet otettiin huomioon hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Potilaan kieltäytyessä hoidosta, siitä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjamerkinnyt tulee tehdä viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä. (Valvira 2014)

2.7.1 Kirjaaminen osastolla

COPD-kuntoutuksessa kirjaaminen toteutuu eri ammattiryhmien toimesta. COPD-kuntoutuksen kirjaamisessa käytettävät lomakkeet on kuvattu taulukossa yhdeksän. Osastohoitojakson aikana tapahtuvaa lääkärin toteuttamaa kirjaamista on kuvattu taulukossa kymmenen ja hoitajan toteuttamaa kirjaamista taulukossa 11.

Taulukko 9. COPD-kuntoutuksen kirjaaminen

COPD-KUNTOUTUKSESSA KIRJAAMINEN TAPAHTUU:
<ul style="list-style-type: none">- Hoitosuunnitelmaan- Effican kuumekurvaan- Effican osasto- ja avolääkityslehdille- Effican KEU-, HOI- (+ jatkossa HOIY-) ja FYS-lehdille (Muiden ammattiryhmien osallistuessa hoitoon, kirjaus tapahtuu omalle erikoisalalehdelle)

- Tulohaastattelukaavakkeelle
- COPD-kuntoutuskaavakkeelle
- Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomakkeelle
- Apukaavakkeille, joista tarpeelliset tiedot siirretään COPD-kuntoutuskaavakkeelle tai suoraan Efficiaan (esim. CAT, NRS)

Taulukko 10. Lääkärin toteuttama COPD-kuntoutuksen kirjaaminen

LÄÄKÄRIN KIRJAAMINEN COPD-KUNTOUTUKSESSA OSASTOLLA

- Tulotilanne, (väliarvio), loppuarvio Effican KEU-lehdelle osastohoitojakson ajalta → COPD-kuntoutus kirjataan aloitetuksi.
- Sähköiset määräykset osastojakson aikana.
- Osasto- ja avolääkitys

Taulukko 11. Hoitajan toteuttama kirjaaminen osastolla

HOITAJAN KIRJAAMINEN COPD-KUNTOUTUKSESSA OSASTOLLA

- Hoitosuunnitelma ja siihen liittyvä päivittäiskirjaaminen → COPD-kuntoutuksen aloitusmerkintä sekä määräysosioon kyseisen päivän kohdalle että kohtaan ”Jatkuvat huomiot”.
- Tulohaastattelu
- Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake (Jatkossa: Efficassa tai Mediakeskuksessa)
- COPD-kuntoutuskaavakkeen täyttäminen (Jatkossa: skannataan täytettynä Mediakeskukseen)
- Lääkehoidon tarkastukseen, ohjaamiseen ja toteuttamiseen liittyvä kirjaus.
- Hoitotyön yhteenveto osastojakson ajalta (Kirjaamisen apuna käytetään: hoitosuunnitelma, kuumekurva, tulohaastattelulomake, COPD-kuntoutuskaavake, tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake).

Osastohoitojakson päätteeksi laadittavan hoitotyön yhteenvedon yhtenä tärkeänä tavoitteena on välittää huomion arvoista tietoa potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen liittyen keuhkosairauksien poliklinikan hoitajalle, joka tapaa potilaan COPD-kuntoutuksen kontrollikäynnillä. Hoitotyön yhteenvedo on lyhyt kuvaus potilaan hoitojaksosta hoitotyön ja COPD-kuntoutuksen näkökulmasta. Hoitotyön yhteenvedon sisältö on kuvattu taulukossa 12.

Taulukko 12. COPD-kuntoutuksen hoitotyön yhteenvedo osastolla

COPD-KUNTOUTUKSEN HOITOTYÖN YHTEENVETO OSASTOLLA
<ul style="list-style-type: none">- <u>Esitiedot:</u><ul style="list-style-type: none">o Hoitojakson ajankohta ja kestoo Hoitoon tulon syy ja koetut oireeto Hoidon toteutuksen sujuminen kotona (jos jotain erityistä; esim. laitehoito)o Kuvaus potilaan toimintakyvystä, asuinoloista ja elämäntilanteesta - <u>Hoitotyön toiminnot:</u><ul style="list-style-type: none">o Hoitojakson lyhyt kuvaus; mitä tehtiin, miksi, tulos.o COPD-kuntoutus; miksi aloitettiin, mitä sovittiin / tehtiin / ohjattiin, huomioitavat asiat. Huomioidaan kaikki COPD-kuntoutuskaavakkeella olevat osatekijät ja tehdyt mittaukset:<ul style="list-style-type: none">- Keuhkohtaumatauti ja sen luonne- Tupakka (Kts. Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake)- Lääkehoito (Huom. inhalointitekniiikan hallinta)- Liikunta (Hoitotyön näkökulmasta → FYS arvioi laajemmin)- Ravitseminen- Omaiset- Psykkinen ja sosiaalinen tukeminen

- Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot
 - Jatkohoitosuunnitelma ja kontrollit

Osastohoitojakson päätteeksi laadittavan kuntoutuksen yhteenvedon yhtenä tärkeänä tavoitteena on välittää huomion arvoista tietoa potilaan kuntoutumiseen ja yksilölliseen liikuntasuunnitelmaan liittyen keuhkosairauksien poliklinikan hoitajalle sekä fysioterapeutille, jotka tapaavat potilaan COPD-kuntoutuksen kontrollikäynnillä. Kuntoutuksen yhteenvedo on lyhyt kuvaus potilaan hoitojaksosta liikunnallisen keuhkokuntoutuksen näkökulmasta. Fysioterapeuttien toteuttamaa kirjaamista osastohoitojaksolta on kuvattu taulukossa 13.

Taulukko 13. Fysioterapeutin toteuttama kirjaaminen osastolla

FYSIOTERAPEUTIN KIRJAAMINEN COPD-KUNTOUTUKSESSA OSASTOLLA
<ul style="list-style-type: none">- Hoitojakson kirjaaminen FYS-lehdelle:<ul style="list-style-type: none">o <u>Esitiedot</u><ul style="list-style-type: none">▪ Fysioterapiajakson ajankohta ja kesto▪ Hoitoon tulon syy▪ Toimintakyky ja liikuntatottumukset▪ COPD-kuntoutukseen valinta; miksi aloitettiin, potilaan tarpeet liikunnallisen keuhkokuntoutuksen näkökulmasta.o <u>Testaus- ja arviointitulokset</u><ul style="list-style-type: none">▪ Tehdyt testit, tulokset ja fysioterapeutin arvio.o <u>Ohjaus ja neuvonta</u><ul style="list-style-type: none">▪ Kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet ja sovitut toimenpiteet niiden saavuttamiseksi.▪ Yksilöllinen liikuntasuunnitelma.▪ Annettu ohjaus ja tehdyt harjoitukset

- Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot
 - Yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma ja jatkokontrollit.

2.7.2 Kirjaaminen poliklinikalla

COPD-kuntoutuksen polikliinisissä kontrolleissa kirjaamista toteutetaan hoitajien ja fysioterapeuttien toimesta. Hoitajan toteuttamaa COPD-kuntoutuksen kirjaamista poliklinikalla on kuvattu taulukossa 14.

Taulukko 14. Hoitajan toteuttama kirjaaminen poliklinikalla

HOITAJAN KIRJAAMINEN COPD-KUNTOUTUKSESSA POLIKLINIKALLA
<ul style="list-style-type: none"> - Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake (Jatkossa: Efficassa tai Mediakeskuksessa) - COPD-kuntoutuskaavakkeen täyttäminen (Jatkossa: skannattuna Mediakeskuksessa, josta tulostetaan ja skannataan täytettynä uudelleen) - Lääkehoidon tarkastukseen ja ohjaamiseen liittyvä kirjaus Effican avolääkityslehdelle ja HOI-lehdelle. - Käynnin kirjaaminen HOI-lehdelle (Kirjaamisen apuna käytetään: COPD-kuntoutuskaavake, tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake).

Kolmen kuukauden kontrollikäynnillä tehtävän hoitotyön kirjaamisen yhtenä tärkeänä tavoitteena on välittää huomion arvoista tietoa potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen liittyen keuhkosairauksien poliklinikan hoitajalle, joka tapaa potilaan kuuden kuukauden kontrollikäynnillä. Kuuden kuukauden kontrollikäynnillä tehtävän hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on arvioida päättyvän COPD-kuntoutusjakson vaikutuksia potilaan hyvinvointiin ja koettuun terveyteen sekä kertoa, millaisia tavoitteita ja toimia potilaan kanssa on sovittu omahoidon ja kuntoutumisen omaehtoiseen jatkamiseen. Hoitajapoliklinikalla toteuttavan kirjaamisen sisältö on kuvattu taulukossa 15.

Taulukko 15. Hoitotyön kirjaamisen sisältö COPD-kuntoutuksessa poliklinikalla

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN SISÄLTÖ COPD-KUNTOUTUKSESSA POLIKLINIKALLA
<ul style="list-style-type: none">- <u>Tulosy:</u><ul style="list-style-type: none">o COPD-kuntoutuskontrolli 3kk tai 6kk- <u>Esitiedot</u> (jos ei uutta, voi viitata edelliseen tekstiin)<ul style="list-style-type: none">o Hoidon ja liikunnallisen kuntoutuksen sujuminen kotiloissa (Huomioidaan myös, jos jotain erityistä; esim. läitehoito)o Kuvaus potilaan toimintakyvyssä, asuinoloissa ja elämäntilanteessa mahdollisesti tapahtuneista muutoksista.- <u>Hoidon toteutus</u><ul style="list-style-type: none">o COPD-kuntoutuksen kontrollikäynnin sisältö; potilaan saama ohjaus ja käynnillä tehdyt huomiot. Huomioidaan kaikki COPD-kuntoutuskaavakkeella olevat osatekijät ja käynnillä tehdyt mittaukset:<ul style="list-style-type: none">▪ Keuhkohtaumatauti ja sen luonne▪ Tupakka (Kts. Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake)▪ Lääkehoito (Huom. inhalointitekniikan hallinta)▪ Liikunta (Hoitotyön näkökulmasta → FYS arvioi laajemmin)▪ Ravitsemus▪ Omaiset▪ Psykykinen ja sosiaalinen tukeminen- <u>Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot</u><ul style="list-style-type: none">o 3kk:n kontrolli: Jatkohoitosuunnitelma ja kontrollito 6kk:n kontrolli: Tavoitteet ja suunnitelma omahoidon ja kuntoutumisen omaehtoiseen jatkamiseen sekä maininta COPD-kuntoutuksen päättymisestä.

Fysioterapian kolmen kuukauden kontrollikäynnillä tehtävän kirjaamisen yhtenä tärkeänä tavoitteena on välittää huomion arvoista tietoa potilaan kuntoutumiseen ja yksilölliseen liikuntasuunnitelmaan liittyen keuhkosairauksien poliklinikan hoitajalle ja fysioterapeutille, jotka tapaavat potilaan kuuden kuukauden kontrollikäynnillä. Kuuden kuukauden kontrollikäynnillä tehtävän kuntoutuksen kirjaamisen tarkoituksena on arvioida päättyvän COPD-kuntoutusjakson vaikutuksia potilaan hyvinvointiin ja koettuun terveyteen kuntoutuksen näkökulmasta sekä kertoa, millaisia tavoitteita ja toimia potilaan kanssa on sovittu liikunnallisen keuhkokuntoutuksen omaehtoiseen jatkamiseen. Kontrollikäynneillä toteutettava fysioterapian kirjaaminen on kuvattu taulukossa 16.

Taulukko 16. Fysioterapeutin kirjaaminen COPD-kuntoutuksessa poliklinikalla

FYSIOTERAPEUTIN KIRJAAMINEN COPD-KUNTOUTUKSESSA POLIKLINIKALLA
<ul style="list-style-type: none">- Käyntien kirjaaminen FYS-lehdelle.<ul style="list-style-type: none">o <u>Esitiedot</u><ul style="list-style-type: none">▪ Tulosityy: COPD-kuntoutuskontrolli 3kk tai 6kk▪ Liikunnallisen keuhkokuntoutuksen sujuminen kotiooloissa ja yksilöllisen liikuntasuunnitelman toteutuminen▪ Kuvaus potilaan toimintakyvyssä, elämäntavoissa ja liikuntatottumuksissa tapahtuneista mahdollisista muutoksista.o <u>Testaus- ja arviointitulokset</u><ul style="list-style-type: none">▪ Käynnillä tehdyt testit, tulokset ja fysioterapeutin arvio.o <u>Ohjaus ja neuvonta</u><ul style="list-style-type: none">▪ Kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet ja sovitut toimenpiteet niiden saavuttamiseksi.▪ Yksilöllinen uudelleen arvioitu liikuntasuunnitelma.▪ Käynnillä annettu ohjaus ja tehdyt harjoitukset

- Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot
 - 3kk:n kontrolli: Yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma ja jatkokontrollit
 - 6kk:n kontrolli: Yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma sekä maininta COPD-kuntoutuksen päättymisestä.

2.8 Muut tarjottavat palvelut

COPD-kuntoutuksen tarkoituksena on tarjota keuhkohtaumatautia sairastavalle potilaalle monipuolinen, moniammatillinen ja yksilöllisesti suunniteltu kuntoutusinterventio, joka antaa hänelle aiempaa paremmat valmiudet hoitaa itseään hyvin. Kyseessä on palvelukokonaisuus, joka koostuu keuhkosairauksien yksikön järjestämästä toiminnasta ja jota täydennetään tarpeen mukaan muiden erikoisalojen tarjoamilla palveluilla. Palvelukokonaisuutta voidaan mahdollisuuksien mukaan täydentää myös perusterveydenhuollon, kuntien, järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien tarjoamilla palveluilla.

Keuhkosairauksien yksikössä COPD-kuntoutuksen toteutusta täydennetään yksikön toimista järjestettävillä keuhkohtaumatautipotilaiden ryhmätapaamisilla. Tällaisia ryhmätapaamisia ovat tupakkaryhmät, keuhkohtaumataudin ensitietopäivät sekä COPD ja tupakka -inforyhmät.

Tupakkaryhmä

Tupakkaryhmä on tupakoinnin lopettamista harkitseville potilaille suunnattu vertais-tukiryhmä, jota tarjotaan tupakoinnin lopettamisen tueksi keuhkosairauksien yksikön tupakoiville potilaille. Ryhmä tarjoaa tukea ja neuvoja tupakoinnin lopettamiseen sekä savuttomana pysymiseen. Tavoitteena on, että kokoontumiskertojen aikana ryhmäläiset lopettavat tupakoinnin yhdessä. Ryhmän vetäjänä toimii keuhkosairauksien yksikön sairaanhoitaja ja ryhmä kokoontuu keskussairaalan tiloissa kerran viikossa yhteensä 6–7 kertaa. Kokoontumiskerran kesto on noin puolitoista tuntia. Mahdollisuutta tupakkaryhmään osallistumiseen tulee tarjota kaikille keuhkosairauksien yksikön tupakoiville potilaille, jotka harkitsevat tupakoinnin lopettamista. Mu-

kaan haluavista potilaista kerätään nimilista ja ryhmä kutsutaan kokoon, kun osallistujia on riittävä määrä. Tupakkaryhmän vetäjänä toimiva sairaanhoitaja kokoaa ryhmän ottamalla puhelimitse yhteyttä niihin potilaisiin, jotka ovat ilmaisseet halukkuutensa osallistua ryhmään. Vuosittain ryhmiä aloitetaan 2–4. Osallistuminen on potilaalle maksutonta.

Keuhkohtaumataudin ensitietopäivä

Ensitietopäivä on keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille ja heidän omaisilleen suunnattu yksittäinen noin kolmen tunnin mittainen ryhmätapaaminen. Ensitietopäivä sisältää moniammatillista ohjausta ja neuvontaa keuhkohtaumataudista, sen hoidosta ja lääkityksestä sekä kuntoutuksesta. Ryhmäohjausta toteuttavat tapaamisen aikana keuhkosairauksien yksikön sairaanhoitaja, fysioterapeutti, psykologi ja kuntoutusohjaaja. Ryhmä tarjoaa potilaille ja heidän omaisilleen tiedon lisäksi myös vertaistukea sekä tukea sairauteen sopeutumisessa. Ryhmään osallistuminen on potilaalle maksutonta eikä edellytä hiljattain tehtyä diagnoosia vaan mukaan ovat tervetulleita myös jo pidempään keuhkohtaumatautia sairastaneet. Mahdollisuutta ryhmään osallistumiseen tulee tarjota kaikille keuhkosairauksien yksikön keuhkohtaumatautia sairastaville potilaille, joilla on sairauteen liittyvää lisätiedon tai -tuen tarvetta. Keuhkohtaumataudin ensitietopäiviä järjestetään 2–3 kertaa vuodessa erikseen ilmoitettavana ajankohtana. Potilaan halukkuudesta osallistua ryhmään tulee ilmoittaa keuhkosairauksien yksikön kuntoutusohjaajalle.

COPD ja tupakka -inforyhmät (suunnitteilla olevaa toimintaa)

COPD ja tupakka -inforyhmä on suunnattu potilaille, jotka sairastavat keuhkohtaumatautia tai ovat suuressa riskissä sairastua keuhkohtaumatautiin esim. tupakoinnin takia. Inforyhmä tarjoaa potilaille tietoa keuhkohtaumataudista ja sen hoidosta sekä ohjausta tupakoinnin lopettamisen hyödyistä ja siihen saatavilla olevista apukeinoista. Ryhmäohjausta tapaamisessa toteuttaa keuhkosairauksien yksikön sairaanhoitaja. Ensisijaisesti ryhmiin ohjautuvat keuhkosairauksien osastolla hoidossa olevat potilaat, mutta potilaita voidaan ohjata osallistumaan infoon myös muilta osastoilta tai keuhkosairauksien poliklinikalta. Mahdollisuutta COPD ja tupakka -inforyhmään osallistumiseen tulee tarjota kaikille keuhkosairauksien osastolla inforyhmän kokoontumispäivänä hoidossa oleville keuhkohtaumatautia sairastaville tai tupakoiville potilaille. Yksittäiset inforyhmät ovat kestoaltaan tunnin mittaisia ja niitä

järjestetään keuhkosairauksien osastolla säännöllisesti joka toinen viikko. Potilas voi saapua ryhmään ilman ennakoilmoittautumista ja osallistuminen on potilaalle maksutonta.

3 COPD-KUNTOUTUKSEN OHJAUSISÄLLÖT

COPD-kuntoutuksen toteutus perustuu voimavaraistavaan potilasohjaukseen motiivoin haastattelun menetelmin sekä näyttöön perustuvaan kattavaan ohjaussisältöön. Tämä edellyttää ohjauksen antajalta sekä ohjauksen menetelmäosaamista että laajaa tietoperustaa, joita on keuhkosairauksien yksikössä vahvistettu koulutuksen keinoin osana COPD-kuntoutuksen kehittämistyötä.

COPD-kuntoutuksessa annettavan ohjauksen tarkoituksena on tarjota potilaalle hyvät valmiudet sairautensa omahoitoon ja omaehtoisen kuntoutumisen jatkamiseen. Lähtökohtana on, että suunnitelma COPD-kuntoutuksen toteutuksesta tehdään yhteistyössä potilaan kanssa, sillä potilaan täytyy itse määrittää, mihin hän on valmis sitoutumaan. Potilas tarvitsee riittävän tietopohjan sairauttaan ja sen vaikuttavaa hoitoa koskien, jotta hän pystyy tekemään kokonaisuhoitoaan koskevia päätöksiä. Potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus ovat lakisääteisiä ja niillä tarkoitetaan sitä, että potilaalla on oikeus tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä ja hänelle on annettava riittävät tiedot näiden päätösten tekemiseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5§, 6§).

Jotta tasalaatuisen ohjauksen toteuttaminen ohjauksen antajasta riippumatta olisi ylipäätään mahdollista, tulee ohjaussisältöjen olla ennalta määriteltyjä ja kaikkien ohjauksista annettavien tiedossa. Ohjauksen todellinen sisältö painottuu eri potilaille eri tavalla yksilöllisestä tiedontarpeesta johtuen, mutta määrittämällä COPD-kuntoutuksen ohjaussisällöt pyritään määrittämään annettavalla ohjauksella tavoiteltavaa potilaan tietotasoa. Lähtökohtana on se olettaus, että potilas tarvitsee tietoa tietyistä sairauttaan ja sen hoitoa koskevista tekijöistä, jotta hän pystyy tekemään tietoisia päätöksiä niistä, asettamaan terveyttään ja hoitoaan koskevia tavoitteita sekä toimimaan niiden suuntaisesti.

3.1 Keuhkohtaumatauti

Ohjauksen tavoite: Potilas ymmärtää, millaista sairautta hän sairastaa, miten sitä on mahdollista hoitaa ja miten suuri merkitys potilaan omalla toiminnalla on kokonaishoidon onnistumiselle tai epäonnistumiselle. Ohjaus on kuvattu taulukossa 17.

Taulukko 17. Ohjaus keuhkohtaumataudista sairautena

OHJAUSKOKONAISUUS	SISÄLTÖ
Mikä on keuhkohtaumatauti?	<ul style="list-style-type: none">- Sairauden määrittely, aiheuttajat, oirekuva, eteneminen, vaikeusasteet (lievä, kohtalaisen vaikea, vaikea, erittäin vaikea)
Mikä on pahenemisvaihe?	<ul style="list-style-type: none">- Pahenemisvaiheen määrittely, aiheuttajat, oireet, oma toiminta pahenemisvaiheessa
Miten keuhkohtaumatauti voidaan hoitaa?	<ul style="list-style-type: none">- Keuhkohtaumataudin hoidon periaatteet, tavoitteet ja omahoidon merkitys.- Lääkkeetön omahoito: Mahdollistaa sairauden etenemisen hidastamisen<ul style="list-style-type: none">o Tupakoinnin lopettaminen, liikunnan lisääminen ja hyvä ravitsemustila.- Lääkehoito: Vähentää oireita ja ehkäisee pahenemisvaiheita<ul style="list-style-type: none">o Inhaloitavat lääkkeet (avaavat / hoitavat), suun kautta otettavat lääkkeet, rokotukset- Kuntoutus ja fysioterapia: Tukee kokonaishoidon toteuttamista<ul style="list-style-type: none">o Liikunnallinen kuntoutus,

	<p>limantyhjennys- ja hengitystekniikat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laitehoito: Helpottaa oireita pahenemisvaiheessa ja sairauden vaikeutuessa <ul style="list-style-type: none"> o Kotihappihoito, Bipap-hoito - Kirurginen hoito: Keuhkonsiirto (ohjataan vain, jos operaatio suunniteilla) <p>(Harju, Katajisto & Kinnula 2013, 124–136; Käypä hoito 2014)</p>
--	--

3.2 Tupakka

Ohjauksen tavoite: Potilas ymmärtää tupakoimattomuuden olevan yksi tärkeimpiä asioita, mitä hän voi oman terveytensä eteen tehdä. Mikäli potilas tupakoi, hän saa kattavat tiedot siitä, millaista tukea hänellä on mahdollisuus tupakoimien lopettamiseen saada. Ohjauksen myötä potilaan muutosvalmiudet paranevat ja / tai hän saa tukea tupakoimattomuudelleen.

Tupakkaohjaus toteutetaan **Kuuden K:n -mallin** mukaisesti (Taulukko 18) hyödyntäen muutosvaihemallia ohjauksen kohdentamisessa. **5R-menetelmää** (Taulukko 19) käytetään keskustelussa potilaan kanssa, joka ei halua lopettaa tupakointia. (Käypä hoito 2012a)

Taulukko 18. Kuuden K:n –malli tupakkaohjauksessa

OHJAUSKOKONAISUUS	TARKENNE
1. Kysy potilaan tupakoinnista.	Tärkeää, että ei syyllistetä missään vaiheessa.
2. Keskustele tupakoinnin	Lopettamisvalmiusvaiheet: 1. Ei halua lopettaa

<p>lopettamisvalmiudesta, määrittele lopettamisvalmiusvaihe (1-5), mikä auttaa ohjauksen kohdistamisessa ja tee Fagerströmin testi.</p>	<p>tupakointia, 2. Harkitsee tupakoinnin lopettamista, 3. On suunnitellut lopettavansa tupakoinnin, 4. On lopettanut tupakoinnin puolen vuoden sisällä, 5. On lopettanut tupakoinnin yli puoli vuotta sitten.</p>
<p>3. Kirjaa tupakoinnin lopettamisvalmiusvaihe (1 – 5), Fagerströmin testin tulos ja täytä Tupakointitapojen tiedonkeruu -lomake potilaasta.</p>	
<p>4. Kehota lopettamaan tupakointi tai ainakin vähentämään sitä / Kohdista keskustelu potilaan tupakoinnin lopettamisvalmiuden mukaisesti.</p>	<p>1.vaihe: Kysy tupakoinnista. Kehota lopettamaan. Aktivoi pohtimaan tupakoinnin lopettamisen tai jatkamisen etuja ja haittoja. Keskustele nykytilanteesta, aiemmista lopettamiskokemuksista ja ilmenneistä ongelmista sekä vieroitusoireista. (Kts. 5R-menetelmä)</p> <p>2.vaihe: Kannusta lopettamaan ja anna kirjallisuutta. Keskustele nykytilanteesta, aiemmista lopettamiskokemuksista ja ilmenneistä ongelmista sekä vieroitusoireista. Kysy potilaan suunnitelmista lopettamisen suhteen.</p> <p>3.vaihe: Tee potilaan kanssa suunnitelma tupakoinnin lopettamiselle ja kirjaa se; aikataulu, tarvittava tuki, keinot, kontrollointi. Arvioi lääkehoidon tarve.</p> <p>4.vaihe: Kannusta ja keskustele potilaan kokemuksista tupakoinnin lopettamisen ja tupakoimattomuuden suhteen. Kartoita nykytilanne, mahdolliset vieroitusoireet ja tuen tarve. Jos potilas</p>

	<p>relapsoitunut, määritä muutosvalmiusvaihe uudelleen ja jatka ohjausta sen mukaan.</p> <p>5.vaihe: Tue ja kannusta. Keskustele potilaan kokemuksista tupakoinnin lopettamisen ja tupakoimattomuuden suhteen. Kartoita nykytilanne, mahdolliset vieroitusoireet ja tuen tarve. Jos potilas relapsoitunut, määritä muutosvalmiusvaihe uudelleen ja jatka ohjausta sen mukaan.</p>
<p>5. Kannusta potilasta eteenpäin muutoksessa ja tue muutosvalmiutta.</p>	
<p>6. Kontrolloi tupakointitilannetta ja muutosvalmiusvaiheessa tapahtuneita muutoksia.</p>	<p>(Lääkäriin käsikirja 2013; Winell 2012a)</p>

Taulukko 19. 5R:n menetelmä potilaalle, joka ei halua lopettaa tupakointia

OHJAUSKOKONAISUUS	TARKENNE
<p>1. Tärkeys (Relevance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tupakoinnin merkitys potilaalle → Miksi tupakoi? Mitä hyötyä siitä on? - Tupakoimattomuuden merkitys potilaalle → Mitä hyötyä siitä voisi olla?
<p>2. Riskit, vaarat (Risks)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mitä vaaroja / haittoja tupakoinnista seuraa potilaalle, hänen läheisilleen, ympäristölle? - Mitä vaaroja / haittoja tupakoinnin lopettamisesta voisi seurata?
<p>3. Hyödyt (Rewards)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mitä hyötyä potilaalle on tupakoinnin jatkamisesta? - Mitä hyötyä potilaalle olisi tupakoinnin

	lopettamisesta?
4. Esteet (Roadblocks)	<ul style="list-style-type: none"> - Mikä estää potilasta lopettamasta tupakointia ja miten esteet voisi poistaa? - Mikä voisi helpottaa tupakoinnin lopettamista?
5. Toisto (Repetition)	<ul style="list-style-type: none"> - Keskusteluun palataan aina uudelleen, koska näin potilas voi työstää muutosvalmiuttaan eteenpäin ohjatusti. <p style="text-align: right;">(Winell 2012b)</p>

Potilaalle annettavan ohjauksen sisältö on riippuvainen hänen yksilöllisestä tiedontarpeestaan ja muutosvalmiudestaan. Periaatteena on, että potilaan tulisi saada riittävästi tietoa terveysriskiinsä liittyen, jotta hän pystyisi tekemään sitä koskevia tietoisia päätöksiä terveyskäyttäytymiseensä liittyen. Tupakkaohjauksen tärkein tehtävä on kuitenkin löytää ja tukea potilaan omaa motivaatiota, uskoa ja voimavaroja terveempien elämäntapojen löytämiseksi ja toteuttamiseksi. Onnistuneen käyttäytymismuutoksen taustalla on aikomuksen pysyminen vakaana pitkällä aikavälillä, yksityiskohtainen toimintasuunnittelu aikomuksen toteuttamiseksi sekä varasuunnitelmat niihin tilanteisiin, joissa varsinainen toimintasuunnitelma ei syystä tai toisesta pysty toteutumaan. (Ollila 2011)

Potilaan tulisi saada käytännönläheistä tietoa tupakointiin ja tupakoinnin lopettamiseen liittyen. Ohjaajan välittävä, empaattinen ja ymmärtävä ote ovat erittäin tärkeitä ohjauksen onnistumiselle. Potilas tarvitsee hoitajalta tukea, kannustusta ja rohkaisua tärkeään elämäntapamuutokseensa. Tupakoinnin lopettaminen tapahtuu usein pienin askelin eikä suurin harppauksin ja tämä myös potilaan on hyvä tiedostaa. (Käypä hoito 2012a) Tupakkaohjauksessa edetään potilaan yksilöllisen muutosvalmiusvaiheen mukaan taulukossa 20 esitetyn ohjaussisällöin.

Taulukko 20. Tupakkaohjauksen ohjaussisältö

TUPAKKAOHJAUKSEN OHJAUSSISÄLTÖ
<ul style="list-style-type: none">- Tupakoinnin terveyshaitat sekä potilaalle itselleen että hänen lähiympäristölleen.- Tupakan aiheuttama fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen riippuvuus.- Tupakoinnin lopettamisen monet hyödyt.- Tupakoinnin lopettamisen tavat, saatavilla olevat tukimenetelmät ja lääkevalmisteet.- Tupakoinnin lopettamiseen liittyvät tyypilliset vieroitusoireet ja niiden hallinta.- Tupakoinnin lopettamisen tavanomainen vaiheittainen eteneminen, repsahduksille altistavat tilanteet ja suunnitelma niistä selviytymiseksi.- Savuton elämä ja terveemmät elämäntavat, jotka täyttävät vähitellen tupakoinnin jättämän tyhjän tilan. <p style="text-align: right;">(Käypä hoito 2012a; Ollila 2011)</p>

3.3 Lääkehoito ja lääkinällinen kuntoutus

Ohjauksen tavoite: Potilas tietää keuhkohtaumataudin lääkehoitonsa ja sen merkityksen sekä osaa toteuttaa lääkehoitoaan asianmukaisesti. Hän tietää keuhkohtaumataudin lääkehoitoonsa liittyvästä Kelan erityiskorvattavuudesta ja sen perusteista. Potilas tietää saatavilla olevista lääkinällisen kuntoutuksen palveluista. Ohjauksen sisältö on kuvattu taulukossa 21.

Taulukko 21. Lääkehoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen ohjaussisältö

OHJAUSKOKONAISUUS	SISÄLTÖ
<p>Mikä on lääkehoidon merkitys keuhkohtaumataudin hoidossa?</p>	<p>- Vähentää oireita ja pahenemisvaiheita sekä tukee muuta hoitoa. (Käypä hoito 2014)</p>
<p>Mikä on potilaalle määrätty keuhkohtaumataudin lääkehoito?</p>	<p>- Lääkehoitoon mahdollisesti tehdyt muutokset, lääkkeiden käyttötarkoitus, vaikutusmekanismi, haittavaikutukset ja niiden ehkäisy, mahdolliset yhteisvaikutukset. (Käypä hoito 2014)</p>
<p>Miten lääkehoitoa tulee käytännössä toteuttaa?</p>	<p>- Annostus ja ottoajat, käyttö ja käyttöön liittyvät varotoimet, inhaloitavien lääkkeiden kohdalla; inhaloinnin toteutuksen ja inhalaattorin käytön harjoittelu. (Käypä hoito 2014)</p>
<p>Mitkä ovat lääkehoidon erityiskorvattavuuden periaatteet?</p>	<p>- Oikeus alempaan erityiskorvausluokkaan (65%).</p> <p>- AE 203 voidaan myöntää vaikeaa keuhkohtaumatauti sairastavalle, kun FEV1 on pysyvästi <40% viitearvosta tai FEV1 on pysyvästi <50% viitearvosta ja potilaalla on keuhkoputkia laajentavan lääkityksen aikana ollut sairaalahoitoa vaatinut pahenemisvaihe tai keuhkoputkia laajentavan lääkityksen aikana yhden vuoden kuluessa vähintään kaksi peroraalista kortikosteroidihoitoa tai antibioottihoitoa vaatinutta keuhkohtaumataudin pahenemisvaihetta. Korvattavuuden saaminen ei edellytä edeltävää puolen vuoden mittaista</p>

	säännöllistä lääkehoitoa kuten esim. astmassa. (Kortelainen & Törnqvist 2013)
Mitä rokotuksia tulisi ottaa ja miksi?	- Pneumokokki- ja influenssarokotteet parantamaan vastustuskykyä vaikeita keuhkoinfektioita vastaan. (Käypä hoito 2014)
Mitä lääkkinnällisen kuntoutuksen palvelut ovat?	- Kuntoutusohjaus keuhkohtaumataudin kokonaishoidon tukena. - Lääkkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet vaikeassa keuhkohtaumataudissa. (Kortelainen & Törnqvist 2013)

Lääkehoitoa koskevat ohjeet tulee antaa potilaalle sekä suullisesti että kirjallisesti. Lääkehoidosta annettujen ohjeiden ymmärtäminen tulee varmistaa esim. demonstroimalla tai pyytämällä potilasta kertaamaan lääkehoidon toteutuksesta annettu ohjaus. (Käypä hoito 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59)

3.4 Liikunta ja hengitystekniikka

Ohjauksen tavoite: Potilas ymmärtää säännöllisen liikunnan merkityksen keuhkohtaumataudin hoidossa, kiinnittää huomiota päivittäiseen liikkumiseensa, tuntee yksilöllisen kuntoutumissunnitelmansa ja on motivoitunut noudattamaan sitä. Hän tietää kotipaikkakuntansa liikuntamahdollisuuksista sekä mahdollisuudestaan saada liikkumista helpottavia apuvälineitä, mikäli hän sellaisia tarvitsee. Potilas tunnistaa hengästymisen ja hengenahdistuksen eron sekä osaa erilaisia helpottavia hengitystekniikoita. Ohjauksen sisältö on kuvattu taulukossa 22.

Taulukko 22. Liikuntaan ja hengitystekniikkaan liittyvä ohjaussisältö

OHJAUSKOKONAISUUS	SISÄLTÖ
<p>Miksi liikunta on tärkeää keuhkohtaumatautia sairastavalle?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset. (Nieminen 2013)
<p>Miten ja kuinka paljon tulisi liikkua?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma perustuen lähtötason mittauksiin. - Peruseriaate: 1) Kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa vähintään 30 min päivässä viitenä päivänä viikossa tai raskasta liikuntaa 20 min päivässä kolmena päivänä viikossa. Ensin mainitut kohtuukuormitteiset liikuntasuoritukset voi tarvittaessa jakaa 10 minuutin kertosuorituksiin. 2) Lihaskuntoharjoittelua vähintään kahdesti viikossa harjoittelumuotona joko jatkuva tai intervalliharjoittelu. (Katajisto 2013b; Käypä hoito 2012b) - Keuhkohtaumatautia sairastavalle hyvin sopivia liikuntamuotoja ovat mm. kävely, sauvakävely, pyöräily, uinti, vesijuoksu, vesijumppa, hiihto, laskettelu, tanssi, pilates jne. Myös erilainen hyötyliikunta on sopivaa liikuntaa. (Katajisto 2013b)
<p>Mitä erilaisia liikuntamahdollisuuksia olisi saatavilla potilaan kotipaikkakunnalla?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erilaisten mahdollisuuksien pohtiminen yhdessä potilaan kanssa ja tarvittaessa eri mahdollisuuksien ja yhteystietojen kartoittaminen. (Jääskeläinen & Mäkelä 2014)

<p>Millaisia liikkumisen apuvälineitä on mahdollisuus saada ja mistä niitä voi hankkia?</p>	<p>- Apuvälineiden tarpeen arviointi, käytön opastus sekä ohjaus oman terveyskeskuksen apuvälinepalveluista. (Jääskeläinen & Mäkelä 2014)</p>
<p>Mitä eroa on hengenahdistuksella ja hengästymisellä?</p>	<p>- Hengenahdistuksen ja hengästymisen eron ohjaus sekä käytännön opettelu hoitojakson aikana turvallisesti sairaalaolosuhteissa. (Katajisto & Laitinen 2013, 466)</p>
<p>Miten hengitystekniikoilla pystytään helpottamaan hengästymistä, hengenahdistusta sekä limaisuutta?</p>	<p>- Suullinen ja kirjallinen ohjaus hengitystekniikoista ja apukeinoista sekä käytännön opettelu; pallea-, huulirako- ja nenä-suu -hengitys, hengitysliikkeiden seuraaminen, hengityksen rytmitys, PEP, hönkäisy ja hengitystä helpottavat asennot. (Jääskeläinen & Mäkelä 2014)</p>

3.5 Ravitseminen

Ohjauksen tavoite: Potilas ymmärtää monipuolisen ja terveellisen ruokavalion merkityksen osana sairautensa kokonaishoitoa. Hän ymmärtää keuhkohtaumataudille tyypillisen aliravitsemusriskin ja osaa toiminnallaan ehkäistää sen syntymistä. Toisaalta merkittävästi ylipainoinen keuhkohtaumatautipotilas ymmärtää laihduttamisen merkityksen sairautensa kokonaishoidon onnistumiselle ja motivoituu laihduttamaan. Ohjauksen sisältö on kuvattu taulukossa 23.

Taulukko 23. Ravitsemukseen liittyvä ohjaussisältö

OHJAUSKOKONAISUUS	SISÄLTÖ
<p>Miksi keuhkohtaumatauti lisää aliravitsemusriskiä ja miksi se on haitallista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hengityslihasten lisääntynyt työ määrä lisää energiankulusta. Samalla hengenahdistus saattaa vaikeuttaa syömistä ja huonontaa ruokahalua, mikä johtaa riittämättömään energian saantiin ja lopulta aliravitsemukseen. - Huono ravitsemustila ja aliravitsemus heikentävät immuuniteettia ja yleiskuntoa, hidastavat sairauksista toipumista ja aiheuttavat lihaskatoa. Lihaskato heikentää myös hengityslihasten toimintaa, mikä vaikeuttaa hengitystä entisestään. (Hengityслиitto 2010, 17; Käypä hoito 2014; Suominen 2013)
<p>Mikä on aliravitsemus ja miten sitä tulisi ehkäistä?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vajaaravitsemus on energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden puutostila, joka aiheuttaa haitallisia muutoksia elimistössä, toimintakyvyssä ja hoitotuloksessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24). Aliravitsemustilan katsotaan olevan kyseessä, jos keuhkohtaumatautipotilaan BMI on < 21, mutta myös ylipainoinen potilas voi olla aliravittu. Normaalipainoisen tai hoikan keuhkohtaumatautipotilaan tahaton > 10 prosentin laihtuminen viimeisen puolen vuoden aikana saattaa enteillä vajaaravitsemuksen riskiä. (Käypä hoito 2014; Suominen 2013) - Vajaaravitsemukselle altistavia tekijöitä ovat mm. erilaiset sairaudet ja vammat sekä mahdollisesti niiden hoito, ruokahaluttomuus ja imeytymishäiriöt (Valtion

	<p>ravitsemusneuvottelukunta 2010, 25).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aliravitsemustilan syntymisen ennaltaehkäisy on helpompaa kuin sen hoitaminen. Aliravitsemuksen syntyä voidaan ehkäistä energia- ja proteiinipitoisella monipuolisella, riittäväällä ravitsemuksella. Lihaskuntoharjoittelu lisää energian ja proteiinin tarvetta entisestään. Ateriarytmi tulee pitää säännöllisenä; syödä usein, mutta pieniä määriä, jotta täysi vatsa ei haittaa hengitystä. Juomat kannattaa nauttia aterioiden välillä, jotta ne eivät vie ruokailun yhteydessä tilaa itse aterialta. Riittävästä nesteytyksestä tulee silti ehdottomasti huolehtia. Täydennysravintovalmisteita voidaan käyttää välipaloina lisäämään tehokkaasti energian saantia. Erityisesti keuhkohtaumatautipotilaiden tarpeisiin kehitettyjä täydennysravintovalmisteita on saatavilla (esim. Respifor). (Hengityслиitto 2010, 17; Käypä hoito 2014; Mäkelä 2015)
<p>Miksi painonhallinta on tärkeää keuhkohtaumataudin hoidossa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Normaalipainoisen ihmisen on lähtökohtaisesti helpompi hengittää ja liikkua kuin ylipainoisen. Erityisesti vatsan alueelle kertynyt rasva haittaa hengitystä mekaanisesti, jolloin laihdutuksella pystytään helpottamaan hengenahdistusoiretta. Tämän lisäksi rasvakudos sisältää haitallisia aineenvaihduntatuotteita, joiden on todettu lisäävän tulehdusherkkyyttä. (Hengityслиitto 2010, 17; Mäkelä 2015) - Ikääntyneen keuhkohtaumatautipotilaan BMI-suosituksena voidaan pitää 24 – 29 kg/m² (Mäkelä 2015).

Miten keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan tulisi laihtua?	<ul style="list-style-type: none"> - Rauhallinen painon pudotus on tärkeää, jotta lihassmassaa ei menetetä. - Ruoan tulisi olla terveellistä, monipuolista ja proteiinipitoista. Ruokaa tulisi nauttia kohtuullisen kokoisina annoksina useita kertoja päivässä. - Laihdutukseen tulisi sisällyttää lihaskuntoa ylläpitävää fysioterapiaa tai kuntosaliharjoittelua. (Mäkelä 2015; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 155)
--	--

Keuhkohtaumatautipotilaan ravitsemusohjauksesta ei voida määrittää täysin yleispätevää kaikille soveltuvaa ohjeistusta. Annettava ravitsemusohjaus tulee aina kohdentaa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Ohjausta on hyvä täydentää kirjallisilla ohjeilla ja potilasoppailla. Ongelmatilanteissa ravitsemusterapeutin konsultaatio on aiheellinen. (Mäkelä 2015)

3.6 Omaiset

Ohjauksen tavoite: Omaiset ymmärtävät, millaista sairautta heidän läheisensä sairastaa, miten sitä on mahdollista hoitaa ja miten suuri merkitys sekä potilaan että omaisten toiminnalla on kokonaishoidon onnistumiselle tai epäonnistumiselle. Omaiset oppivat ymmärtämään, mistä keuhkohtaumataudissa on kyse ja miten he pystyvät omalla toiminnallaan tukemaan potilaan omahoidon onnistumista. Omaisille annettavan ohjauksen sisältö on kuvattu taulukossa 24.

Taulukko 24. Omaisten ohjaaminen COPD-kuntoutuksessa

OHJAUSKOKONAISUUS	SISÄLTÖ
Mikä on keuhkohtaumatauti?	<ul style="list-style-type: none"> - Sairauden määrittely, aiheuttajat, oirekuva, eteneminen, vaikeusasteet (lievä, kohtalaisen vaikea, vaikea, erittäin vaikea)

Miten keuhkohtaumatautia voidaan hoitaa?	- Keuhkohtaumataudin hoidon periaatteet, tavoitteet ja omahoidon merkitys sekä omaisen merkittävä rooli hoidon tukijana.
---	--

3.7 Psykykinen ja sosiaalinen tukeminen

Ohjauksen tavoite: Potilas saa yksilöllisesti tarvitsemaansa psykososiaalista tukea. Hän ymmärtää sairautensa psykososiaaliset ulottuvuudet, osaa ottaa ne huomioon ja saa valmiudet ennaltaehkäistä toiminnallaan haittojen syntymistä. Potilas tietää, millaisia sosiaalietuuksia hänellä on mahdollisuus saada ja miten niitä haetaan. Ohjaussisältö on kuvattu taulukossa 25.

Taulukko 25. Psykykiseen ja sosiaaliseen tukemiseen liittyvä ohjaus

OHJAUSKOKONAISUUS	SISÄLTÖ
Millaista tukea potilas tarvitsee, jotta hänellä on parhaat mahdolliset edellytykset itsensä hyvään hoitamiseen?	- Potilaan elämäntilanteen, asuinolosuhteiden ja tuen tarpeen kartoittaminen keskustelemalla sekä tarvittavan tuen hankkiminen.
Miten keuhkohtaumatauti saattaa vaikuttaa mielialaan ja sosiaalisen elämän kaventumiseen?	- Keuhkohtaumataudin mahdolliset vaikutukset sosiaaliseen elämään ja mielialaan sekä haittojen ehkäisy sairauden hyvällä hoidolla ja sosiaalisia suhteita ylläpitämällä. (Katajisto 2013)
Millaisiin sosiaalietuuksiin keuhkohtaumatautia sairastava on oikeutettu?	- Kirjalliset ohjeet ja potilasoppaat sekä aina tarvittaessa sosiaalihoitajan konsultointi. (Kortelainen & Törnqvist 2013)

4 COPD-KUNTOUTUKSESSA SOVELLETTAVAT MENETELMÄT

Terveydenhuoltolaki määrittää, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua ja sen tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 8§). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista puolestaan määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 3§). Kaikissa hoidon laatua käsittelevissä säännöksissä on yhteistä se, että niissä veloitetaan hyvien käytänteiden ja hoitosuositusten noudattamiseen terveydenhuollossa. (Kuntaliitto 2011, 7)

Suomen Kuntaliiton toimittamassa Terveydenhuollon laatuoppaassa hyvä hoito on määritelty seuraavasti: ”Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyö ja tiedon kulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä on saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn.” (Kuntaliitto 2011, 8)

Vaatimus näyttöön perustuvien ja vaikuttavien menetelmien käytöstä terveydenhuollossa on hyvin kiistan ja selvä. Näin ollen käytettävien menetelmien valinta on tehtävä huolella ja perustellusti. COPD-kuntoutuksessa ohjausmenetelmänä käytettävä motivoiva ohjaus on tutkitusti vaikuttava elämäntapainterventio ja sen käyttöön yhdistetään hyvin usein muutosvaihemalli helpottamaan muutosvalmiuden arviointia ja ymmärtämistä (Absetz & Hankonen 2011, 2269; Filha ry 2011, 2). COPD-kuntoutusprosessimallin kokoamisessa käytetty Terveyshyötymalli on tutkitusti vaikuttava hoitoprosessien kehittämisen viitekehys ja ajattelumalli, joka tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantamiselle (Innokylä 2014).

4.1 Motivoiva ohjaus

Motivoivan ohjauksen menetelmä lisää tutkitusti potilaan muutosvalmiutta

tilanteessa, jossa tavoitteena on elämäntapamuutosten tekeminen tai hoitoon motivointi. Tämän vuoksi motivoivan ohjauksen menetelmää suositellaankin käytettäväksi paitsi keuhkohtaumataudin ja tupakkariippuvuuden Käypä hoito -suosituksissa, myös useissa muissa elämäntapainterventioita käsittelevissä aineistoissa. Se sopii useimmille potilaille, kaikkiin elämäntapoihin ja on menetelmänä tutkitusti vaikuttava. (Absetz & Hankonen 2011, 2265; Aittasalo 2014; Kunnamo & Mustajoki 2009; Käypä hoito 2014; Käypä hoito 2012a)

Motivoivalla ohjauksella pyritään herättämään ihmisen luontainen sisäinen motivaatio terveytensä edistämiseen, sillä lähtökohtaisesti jokainen ihminen yleensä haluaa olla terve. Suorat kehotukset herättävät herkästi muutosvastarintaa ja estävät näin motivoitumisen. Muutosvastarinnan syntyä voidaan ehkäistä, kun potilaalla säilyy kokemus siitä, että hän itse saa päättää omista asioistaan ja tehdä onnistuneita ratkaisuja. Motivoivan ohjauksen tavoitteena tulisi nähdä potilaan hoitomyöntyvyyden saavuttamisen sijaan enemmänkin potilaan voimaantumisen ja hallinnan tunteen tukeminen ja sitä kautta muutosprosessin mahdollistuminen. Ohjaustilanteen voidaan katsoa onnistuneen, mikäli sen päätteeksi potilaalla on jokin suunnitelma muutokseen ryhtymisestä. (Kunnamo & Mustajoki 2009; Salovaara 2014)

Motivoivan ohjauksen menetelmällä käydyn keskustelun keskeinen tavoite on saada potilas aktiivisesti ajattelemaan käsiteltävää asiaa. Motivoivassa ohjaustilanteessa keskustelevat keskenään kaksi asiantuntijaa; työntekijä terveydenhuollon asiantuntijana sekä potilas hänen oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Keskustelun tärkein työkalu ovat avoimet kysymykset ja suljettuja kysymyksiä käytetään ainoastaan, jos halutaan tarkentaa jotain asiaa. Työntekijän tehtävä motivoivassa ohjauksessa on johdattaa keskustelua ja antaa eri ratkaisuvaihtoehtoja, joista potilas voi päätyä valitsemaan itselleen parhaiten sopivan. Työntekijä ei voi päättää potilaan puolesta vaan ainoastaan potilas itse voi päättää omista asioistaan. (Kunnamo & Mustajoki 2009)

Motivoivan ohjauksen peruseräperiaatteet ovat; 1) empatian osoittaminen, 2) nykytilan ja toivotun asiantilan eron oivaltamisen tärkeys, 3) vastarinnan myötäeläminen ja 4) minäpystyvyyden tukeminen.

- 1) **Empatian osoittamisella** tarkoitetaan hyväksyvän ilmapiirin luomista, aitoa kiinnostusta ja reflektiivistä kuuntelua ohjaustilanteessa. Potilaan ristiriitaiset ajatukset ja tunteet ovat olennainen osa muutosprosessia ja sellaisena työntekijän tulee niitä osata myös käsitellä.
- 2) **Nykytilan ja toivotun asiantilan eron oivaltamisen tärkeydellä** tarkoitetaan sitä, että potilaan täytyy itse oivaltaa ja esittää syyt toimintansa muutokseen, jotta hän voi motivoitua muutoksen tekemiseen.
- 3) **Vastarinnan myötäelämisellä** tarkoitetaan provosoitumisen, vastaväitteiden ja vastakkainasettelun välttämistä. Muutoksen vaatimista tulisi välttää ja sen sijaan tuoda keskusteluun uusia näkökulmia. Asioista väittelemään lähteminen ei edistä keskustelua eikä motivaatiota.
- 4) **Minäpystyvyyden tukemisella** tarkoitetaan potilaan itseluottamuksen ja omien kykyjen tukemista ja kannustusta. Potilaan usko omiin kykyihinsä tehdä muutoksia on tärkeä motivaation lähde. Potilaan on helpompi uskoa kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa, jos hän huomaa työntekijänkin uskovan niihin. (Filha ry 2011, 1; Kunnamo & Mustajoki 2009)

Erilaisten neuvojen ja ohjeiden antaminen on hyvin keskeinen osa potilaan ohjausta. Potilaat usein haluavat ja odottavatkin työntekijöiltä tilaansa koskevia neuvoja ja ohjeita, mutta niillä ei tulisi avata keskustelua. Ohjeistusta tulee toteuttaa silloin, kun se keskustelun edetessä on luontevaa. Kun ohjeiden antaminen kuuluu keskusteluun luontevana osana, se ei herätä potilaassa motivaation syntyä estävää muutosvastarintaa. (Kunnamo & Mustajoki 2009)

Potilaiden valmius ja halu elintapojaan koskevien muutosten tekemiseen vaihtelee. Suurin osa potilaista ei kysyttäessä ole lainkaan kiinnostunut muutoksesta tai ole valmis toimimaan muutoksen tekemiseksi, vaikka tiedostaa sen tarpeelliseksi. Potilaan yksilöllinen muutosprosessi voi kestää pitkään, kuukausia tai jopa vuosia. Muutosprosessista voidaan tunnistaa eri vaiheita, joiden tiedostaminen helpottaa muutosprosessin ymmärtämistä ja käsittelyä. Muutosprosessin vaiheen määrittely antaa viitteitä siitä, mistä asioista potilaan kanssa on ylipäättään kannattava keskustella. Motivoiva haastattelu on työkalu nimenomaan muutosprosessin alkuvaiheessa oleville potilaille, joita pyritään motivoimaan muutokseen. Kun potilas

on motivoitunut toimimaan muutoksen hyväksi, tarvitaan varsinaista potilasohjausta, konkreettisia neuvoja ja ohjeita. Potilaskeskeisen motivoivan ohjauksen periaatteet ovat kuitenkin samat riippumatta siitä, missä vaiheessa muutosprosessia potilas on. (Kunnamo & Mustajoki 2009)

4.1.1 Muutosvaihemalli

Muutosvalmiuden kuvaamiseen ja arviointiin voidaan käyttää Prochaskan muutosvaihemallia, jonka keskeinen ajatus on, että muutos tapahtuu aina tunnistettavissa olevien ja toisistaan eroavien muutosvaiheiden kautta. Potilas saattaa olla hyvin erilaisessa muutosvaiheessa puhuttaessa eri elämäntavoista; toisia asioita on helpompi lähteä muuttamaan kuin toisia. Muutosvaiheen tunnistaminen tapahtuu keskustelussa potilaan kanssa. (Marttila 2010)

Muutosvaiheet voidaan jakaa 1) esiharkintavaiheeseen, 2) harkintavaiheeseen, 3) suunnitteluvaiheeseen, 4) toimintavaiheeseen ja 5) ylläpitovaiheeseen. Potilasta tulee auttaa ja tukea muutosprosessissa eteenpäin huomioiden kuitenkin, että relapsit ovat luonnollinen osa etenemistä eivätkä tarkoita muutoksen epäonnistumista. Vaiheissa voidaan siirtyä välillä taaksepäin ja jatkaa taas eteenpäin ja tämä potilaan itsensäkin tulee ehdottomasti tiedostaa, mikäli relapseja tapahtuu. (Filha ry 2011, 2; Marttila 2010)

1) Esiharkintavaihe

Potilas ei tiedosta muutostarvetta tai pidä muutosta mahdollisena. Hän saattaa vältellä informaatiota, suhtautua välinpitämättömästi tai vihamielisesti, kapinoida, järkeistää tai olla luovuttanut. Ohjaajan haasteena on ymmärtää, miksi potilas vastustaa muutosta ja reagoida siihen. Muutoksen tarpeellisuutta tulisi painottaa, pohtia yhdessä muutokseen liittyviä hyötyjä ja haittoja, kannustaa pieniin muutoksiin antamalla erilaisia vaihtoehtoisia ratkaisumalleja sekä tukea potilaan minäpystyvyyttä. Esiharkintavaiheessa olevan potilaan ohjauksessa olennaista on hyväksyvä ilmapiiri, aito kuuntelu, empaattisuuden osoittaminen ja kannustus. (Filha ry 2011, 2-5; Marttila 2010)

2) Harkintavaihe

Potilas tunnistaa muutoksen tarpeellisuuden, pohtii muutoksen etuja ja haittoja sekä omia mahdollisuuksiaan muutoksen toteuttamiseen. Hän on halukas toteuttamaan muutoksen lähitulevaisuudessa ja on halukas ottamaan vastaan muutosta koskevaa tietoa ja apua. Ohjauksen tavoitteena on motivoida potilas siirtymään ajatuksista tekoihin. Potilasta tulee tukea tunnistamaan muutoksen etuja ja mahdollisia haittoja sekä löytämään käytännön läheisiä mahdollisuuksia muutoksen toteuttamiseen. Harkintavaiheessa olevan potilaan ohjauksessa keskeistä on kuuntelu ja tiedon tarjoaminen sekä minäpystyvyyden tukeminen. (Filha ry 2011, 6; Marttila 2010)

3) Suunnitteluvaihe

Potilas on valmis muutoksen toteuttamiseen ja laatii konkreettista suunnitelmaa sen toteuttamiseksi. Ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta tekemään realistinen toimintasuunnitelma muutoksen toteuttamiseksi. Etukäteen tulisi pohtia yhdessä myös muutoksen mahdollisia esteitä ja haastavia tilanteita ja tehdä suunnitelmaa niiden varalle. Suunnitteluvaiheessa olevan potilaan ohjauksessa keskeistä on kuuntelu, kannustaminen, minäpystyvyyden tukeminen ja vaihtoehtoisten ratkaisumallien tarjoaminen. (Filha ry 2011, 7; Marttila 2010)

4) Toimintavaihe

Potilas alkaa toimia muutoksen toteuttamiseksi ja lopulta toteuttaa suunnitellun muutoksen. Tässä vaiheessa muutosta koskevat ristiriitaiset tunteet ja vanhan elämäntyylin kaipaaminen ovat mahdollisia. Ohjauksen tavoitteena on tukea ja kannustaa potilasta muutoksessa pysymiseen. Potilaan kanssa tulisi pohtia laaditun toimintasuunnitelman toimivuutta ja auttaa häntä tarvittaessa tekemään suunnitelmaan muutoksia. Onnistumiset tulisi huomioida ja antaa kannustavaa palautetta. Toimintavaiheessa olevan potilaan ohjauksessa keskeistä on kuuntelu, kannustaminen ja minäpystyvyyden tukeminen. (Filha ry 2011, 8; Marttila 2010)

5) Ylläpitovaihe

Potilas jatkaa muutoksen toteuttamista ja muutoksesta muotoutuu vähitellen uusi elämäntapa. Ohjauksen tavoitteena on tukea ja kannustaa potilasta muutoksessa pysymisessä ja vahvistaa muutoksen tuomaa uutta identiteettiä. Ylläpitovaiheessa

olevan potilaan ohjauksessa keskeistä on kuuntelu, positiivinen palaute ja kannustaminen sekä minäpystyvyyden tukeminen. (Filha ry 2011, 8; Marttila 2010)

4.2 Terveysyhtymämalli

Tämän COPD-kuntoutusprosessimallin kokoaminen on toteutettu käyttäen viitekehystenä Terveysyhtymämallia (CCM / Chronic care model), jonka perusajatuksena on potilaslähtöisemmän, kokonaisvaltaisemman ja suunnitelmallisemman hoitoprosessin kehittäminen kroonisesti sairaille potilaille. CCM on alunperin kehitetty Amerikassa pitkäaikaissairauksien hoidon järjestämisestä ja kehittämisohjelmista tehtyjen tutkimusten perusteella vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen luomaan haasteeseen perusterveydenhuollossa. Mallia on käytetty kansainvälisesti näyttöön perustuvan näkökulman vahvistamiseen perusterveydenhuollon kehittämisessä. Suomessa mallista käytetään nimitystä Terveysyhtymämalli. (POTKU 2 -hanke)

Terveysyhtymämalli ei ole jalkautettava hoitomalli vaan kehittämistyön viitekehys ja ajattelumalli. Vaikka se on kehitetty alunperin perusterveydenhuollon tarpeisiin, se soveltuu käytettäväksi kehittämistyön viitekehystenä myös erikoissairaanhoidossa. Terveysyhtymämallin tavoitteena on siirtää hoidon painopiste sairauslähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen ja reaktiivisuudesta suunnitelmallisuuteen. Terveysyhtymämallin mukaan kehitetty toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä, proaktiivista toimintaa, jonka perusta on potilasta voimaannuttava vuorovaikutussuhde. Palvelut sisältävät monimuotoisia omahoidon tukkeinoja ja hoitotiimillä on käytössään ajantasaiset tiedot potilaasta, tuki päätöksenteolle sekä riittävät voimavarat korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. (Innokylä 2014; Kuronen & Oksman 2013)

Terveysyhtymämalli koostuu kuudesta elementistä; omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tiedon tehokäyttö, johdon sitoutuminen ja yhteistyökumppanit. Näistä keskeisiksi on nostettu neljä ensimmäistä ja kaksi viimeistä toimivat kokonaisuutta tukevinä rakenteina. Hoitoprosessin kehittämisintervention vaikuttavuus on todettu sitä paremmaksi, mitä useampaan elementtiin interventio samanaikaisesti kohdistetaan. Toisin sanoen, mitä kokonaisvaltaisemmin kehittämistyötä kohdenne-

taan eri elementteihin, sitä vaikuttavampia tuloksia pystytään saavuttamaan. (POTKU 2 -hanke)

Terveystyömallia on COPD-kuntoutuksen kehittämisessä käytetty soveltaen kehittämistyön teoreettisena viitekehyksenä. COPD-kuntoutuksen terveystyömalli on tämän prosessikuvauksen liitteenä (Liite 8). Kehittämistyössä tehdyt interventiot on kohdistettu mallin eri elementteihin kehittämistyön edetessä. COPD-kuntoutuksen kehittämisessä omahoidon tuki on nähty potilaan omahoitotaitojen parantamisena ja palveluvalikoima potilaalle tarjottavan palveluvalikoiman parantamisena. Päätöksenteon tuen elementtiä on lähdetty vahvistamaan näyttöön perustuvan tiedon käyttöä tehostamalla sekä potilaan että henkilöstön näkökulmasta. Tiedon tehokäyttöä puolestaan on edistetty tehostamalla potilasvalintaa, kehittämällä potilaan kokonaistilanteen kartoitusmenetelmiä, kehittämällä kirjaamista ja hyödyntäen tietojärjestelmien tarjoamia mahdollisuuksia. Organisaation johdon tuki ja sitoutuminen toiminnan kehittämiseen on toiminut alusta lähtien kehittämistyön mahdollistajana ja toiminnan tärkeänä tukirakenteena. Toisena COPD-kuntoutuksen tärkeänä tukirakenteena on alati lisääntyvä yhteistyö eri yhteistyötahojen kanssa. Terveystyömallin mukaisesti tuotetun COPD-kuntoutusprosessimallin tavoiteltuna seurauksena on toimintavalmis, moniammatillinen ja yksilöllinen keuhkohtaumatautipotilaan hoitokokonaisuus, jonka tuloksena on omahoitoonsa paremmin sitoutunut potilas ja vaikuttavampi hoitotulos.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011; 127 (21): 2265. Viitattu 12.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Aittasalo, M. 22.9.2014. Liikuntaneuvonta. Viitattu 19.1.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Filha ry. 2011. Auta tupakoivaa lopettamaan. Opetusmoniste. <http://www.filha.fi>

Harju, T. Katajisto, M. & Kinnula V. 2013. Keuhkohtaumatauti. Teoksessa: Brander, P., Halme, M. Kaarteenaho, R. & Kinnula, V. (toim.) 2013. Keuhkosairaudet – Diagnostiikka ja hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 124–136.

Hengityслиitto. 2010. Opas keuhkohtaumatautia sairastaville. Viitattu 27.1.2015. <http://www.hengityслиitto.fi>

Innokylä. 9.4.2014. Terveystyömalli – Chronic care model (CCM). Viitattu 26.1.2015. <https://www.innokyla.fi/web/malli795854>

Jääskeläinen, T. & Mäkelä, A. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto. 5.11.2014.

Katajisto, M. 2013a. Keuhkohtaumapotilaan kuntoutuksen painopiste tavoitteelliseen liikuntaharjoitteluun. Suomen lääkärilehti 2013 vol. 68 no. 5, 316 – 318.

Katajisto, M. 2013b. COPD-potilas liikkeelle. Luento Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön henkilökunnalle Porissa. 21.5.2013.

Katajisto, M. & Laitinen, T. 2013. Keuhkopotilaan kuntoutus. Teoksessa: Brander, P., Halme, M. Kaarteenaho, R. & Kinnula, V. (toim.) 2013. Keuhkosairaudet – Diagnostiikka ja hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 466 – 468.

Kortelainen, A. & Törnqvist, K. 2013. Keuhko-osaston kuntoutuspotilaat ja kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän työnkuvat. Luento henkilökunnalle Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. 28.10.2013.

Kunnamo, I. & Mustajoki, P. 19.1.2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 19.1.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Kuntaliitto. 2011. Terveystuonon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kuronen, R. & Oksman, E. 17.6.2013. Pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen – Case Potku-hanke. Viitattu 25.1.2015. <https://tervishanke.files.wordpress.com>

Käypä hoito. 13.6.2014. Keuhkohtaumatauti. Viitattu 2.12.2014. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito. 27.6.2012b. Liikunta. Viitattu 18.1.2014. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito. 19.1.2012a. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 12.12.2014. www.kaypahoito.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992 / 785. Viitattu 2.12.2014. <https://www.finlex.fi>

Lääkärin käsikirja. 29.8.2013. Tupakoinnin lopettaminen. Duodecim. Viitattu 8.12.2014. <http://www.terveysportti.fi>

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Viitattu 25.1.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Mäkelä, R. 2015. Keuhkohtaumatautipotilaan ravitseminen. Luento Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön henkilökunnalle. 26.1.2015.

Nieminen, E. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto. 1.12.2014.

Nieminen, E. 2015. Henkilökohtainen tiedonanto. 13.2.2015.

Nieminen, E. 2013. Keuhkohtaumapotilaiden kuntoutus. Luento henkilökunnalle Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. 20.3.2013.

Ollila, H. 29.12.2011. Elämäntapamuutoksen ohjaus tupakasta vieroituksessa. Viitattu 13.12.2014. www.kaypahoito.fi

Poikela, H. 2005. Keuhkohtaumatauti sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan jatkotutkinto. Turun ammattikorkeakoulu.

POTKU 2 -hanke. n.d. Terveysyötyymalli. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012 – 2014. Viitattu 25.1.2015. <http://www.potkuhanke.fi>

Puolanne, M. 2010. Kuntoutus keuhkosairauksissa. Teoksessa Bäckmand, H. (toim.) 2010. Hyvä hengitysterveys – Opas hengityssairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 131–133.

Salovaara, K. 2014. Motivaatio, vuorovaikutus ja työkaluja. Luento henkilökunnalle Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikössä. 23.5.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suominen, M. 8.4.2013. Vanhusten ravitsemushäiriöt. Viitattu 27.1.2015. <http://www.terveysportti.fi>.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. 30.12.2010 / 1326. Viitattu 19.1.2015.
<https://www.finlex.fi>

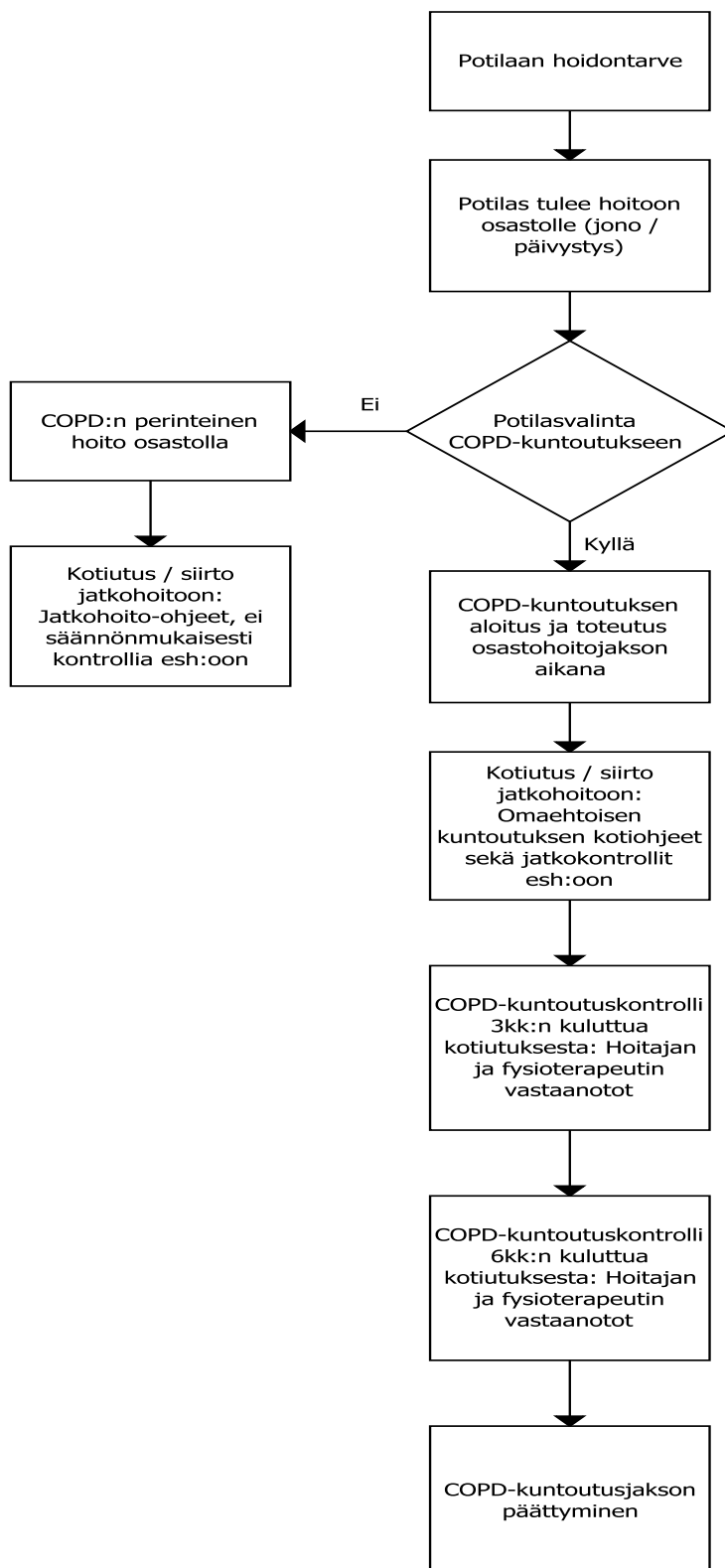
Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito – Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Viitattu 27.1.2015. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi>

Valvira 2014. Potilasasiakirjat. Viitattu 7.12.2014. <http://www.valvira.fi>

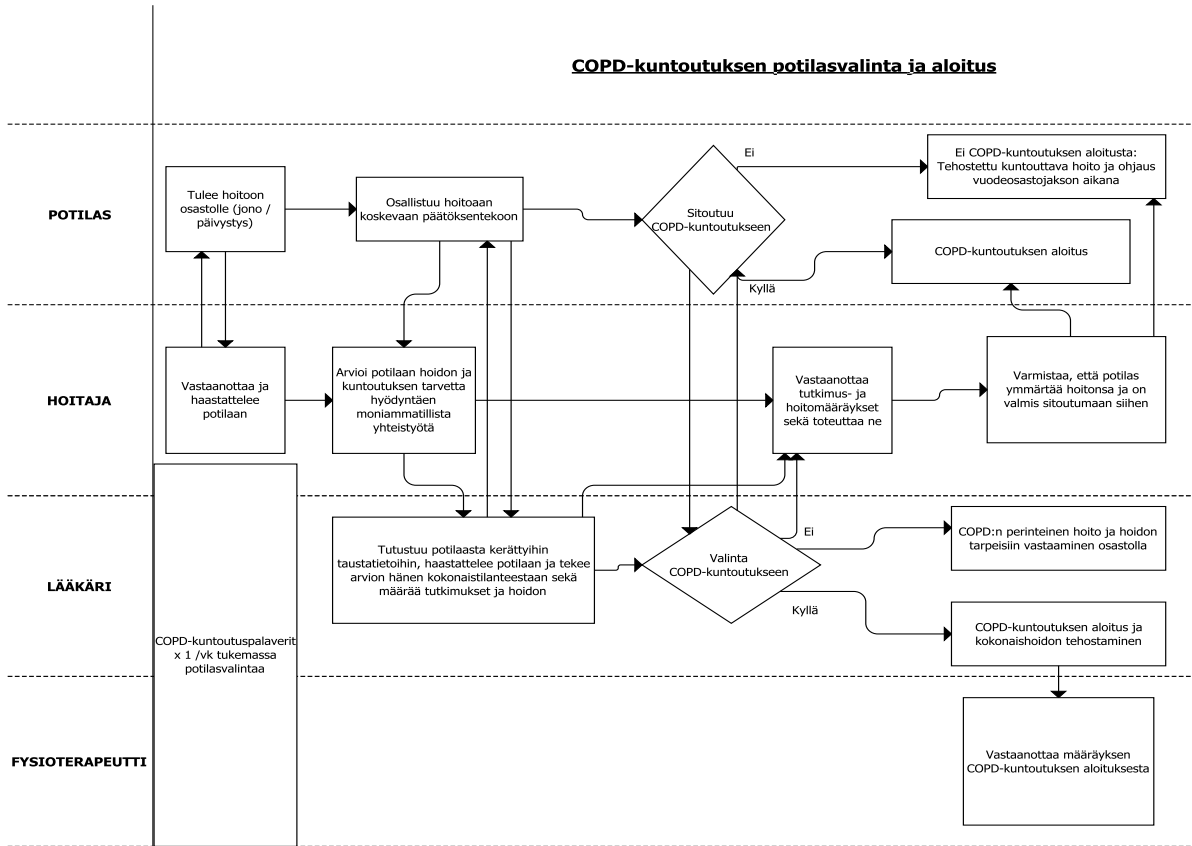
Winell, K. 2.1.2012a. Käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimallin yhdistämisestä ”Kuuden K:n” malliin tupakoinnin lopettamisessa. Viitattu 8.12.2014.

<http://www.terveysportti.fi>

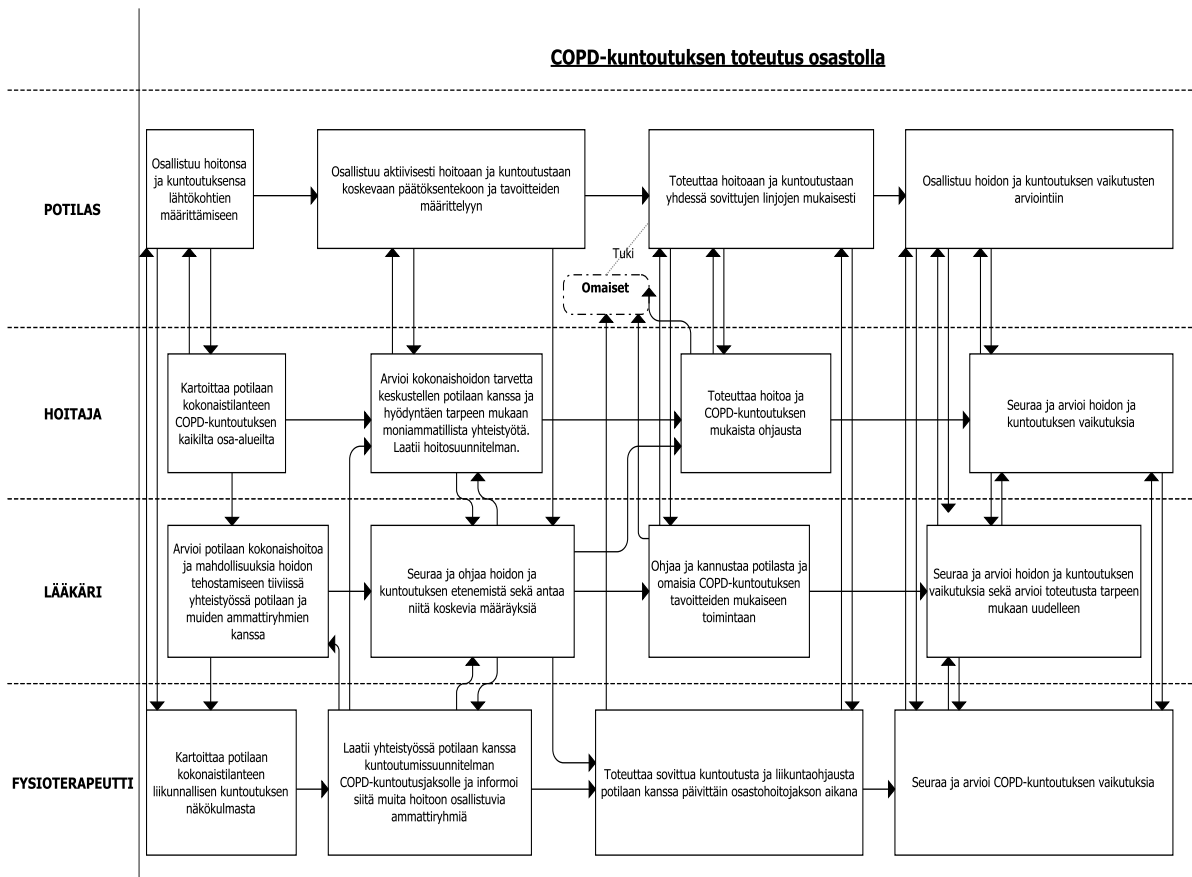
Winell, K. 2.1.2012b. Keskustelu potilaan kanssa, joka ei ole nyt valmis lopettamaan tupakointia (5R). Viitattu 11.12.2014. <http://www.kaypahoito.fi>

**Satakunnan keskussairaalan keuhkosairauksien yksikön
COPD-kuntoutusprosessi**

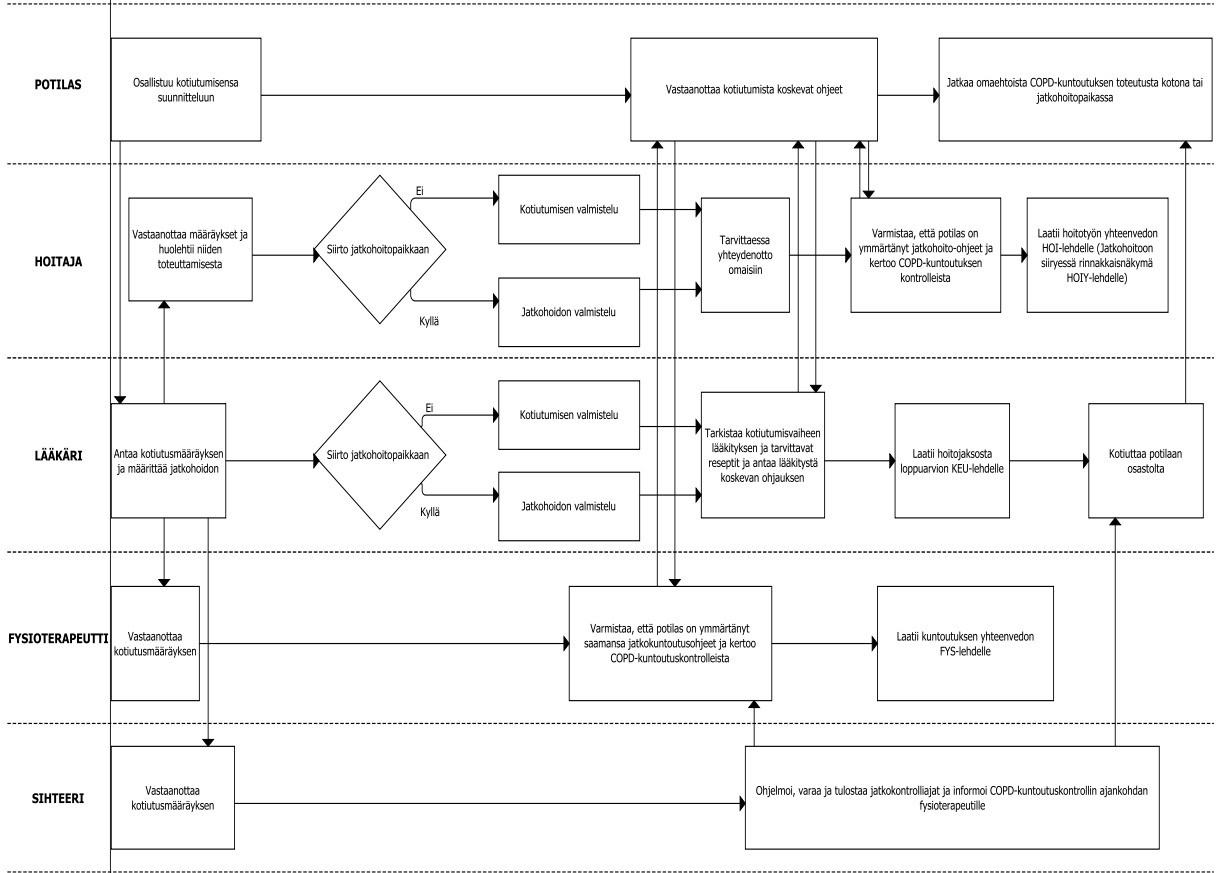
COPD-kuntoutuksen potilasvalinta ja aloitus



COPD-kuntoutuksen toteutus osastolla



COPD-kuntoutuksen kotiutusvaihe



COPD-kuntoutuksen kontrollit hoitajapoliklinikalla 3kk ja 6kk kotiutumisesta

