

The Diak logo consists of the word "Diak" in a bold, pink, sans-serif font. The letter "i" has a small white dot, and the letter "k" has a small white crossbar. The background of the page features a large, abstract graphic of overlapping pink and white curved shapes.

**Minna Väyrynen**  
**Viivi Porthén**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö, 2019

# UNIAPNEAN HOITOON SITOUTUMINEN

---

## TIIVISTELMÄ

Minna Väyrynen, Viivi Porthén  
Uniapnean hoitoon sitoutuminen  
Sivut 44 ja liitteet 3  
Syksy 2019  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyömme on rekisteritutkimus, jossa selvitämme uniapnean hoitoon sitoutumista. Kohderyhmänä oli Lohjan sairaalan Keuhkosairauksien poliklinikan CPAP-hoidon aloittaneet potilaat aikaväleiltä 1.10.–30.11.2016 ja 1.10.–30.11.2017 vuosikontroleihin saakka. Haimme tarvittavat muuttajat potilastietojärjestelmästä. Tutkimuksemme päämuuttujina olivat ylipainehengityslaitteen käyttötunnit vuorokauden aikana, potilaan apnea-hypopnea indeksi (AHI) ja sukupuoli sekä puhelin soitot, hoidon jatkuminen (hoito jatkuu, ei jatku, ylimääräinen seurantakäynti, maskiongelmia, laite tarpeeton).

Aikavälillä 1.10.–30.11.2016 CPAP-hoidon aloitti 33 potilasta. Näistä potilaista 20 (n. 60%) jatkoi vuosikontrollin jälkeen perusterveydenhuollon piiriin ja 10 (n. 30%) päätti keskeyttää hoidon. Kolme (n. 9%) potilasta oli ammattiautoilijoita ja hoito jatkui keuhkosairauksien poliklinikalla. Vuosikontrollin jälkeen hoidon keskeyttäneistä potilaista moni koki, ettei sopeudu maskiin tai, että käyttö oli hankalaa.

Vertailukohteena keräsimme vuotta myöhemmin samalla poliklinikalla 1.10.–30.11.2017 hoidon aloittaneiden potilaiden tietoja potilastietojärjestelmästä. Aikavälillä CPAP-hoidon aloitti 63 potilasta. Potilaista 41 (n. 65%) jatkoi vuosikontrollin jälkeen perusterveydenhuollon piiriin ja 12 (n. 19%) päätti lopettaa laitehoidon. Ammattiautoilijoita oli kaksi (n. 3%) ja heidän hoitonsa jatkui keuhkosairauksien poliklinikan puolella. Potilaat, jotka keskeyttivät hoidon, kokivat laitehoidon hankalaksi muun muassa perhesyiden ja kipujen vuoksi.

Asiasanat: uniapnea, hoitoon sitoutuminen, CPAP-hoito

## ABSTRACT

Minna Väyrynen, Viivi Porthén  
Care adherence in sleep apnoea  
44 p., 3 appendices  
Autumn 2019  
Diaconia University of Applied Sciences  
Bachelor's Degree Programme in Health Care  
Registered Nurse

This thesis is register-based study and the aim was to research the compliance of sleep apnoea. The target group for the study were patients who started the treatment of continuous positive airway pressure in the lung disease outpatient clinic at Lohja hospital in the time period of 1.10.–30.11.2016.

The necessary variables were searched from the patient information system. The main variables were; the usage hours of the excess pressure respirator during 24 hours, the patients Apnoea-Hypopnea Index (AHI) and gender, in addition, also the phone calls and the continuation of the treatment i.e. treatment continues, does not continue, additional check-ups, problems with the mask, the device unnecessary.

The CPAP-treatment was started by 33 patients during the time period of 1.10.–30.11.2016. 20 of these patients continued after the year of control to basic health care and 10 decided to stop the treatment. Three patients were professional drivers and the treatment continued at the clinic of lung diseases. After the one year of control many of the patients who had stopped the treatment felt that they do not adjust to the mask or the usage was difficult. To compare we gathered information from patients who started the treatment one year later 1.10.–30.11.2017 at the same clinic. During the time period 63 patients started the CPAP-treatment. 41 patients continued after the year of control to the basic health care department and 12 decide to end the treatment. Professional drivers were two and their treatments continued at the clinic of lung diseases. Patients who stopped the treatment stated that the device treatment was difficult because of family reasons and other pain.

Keywords: sleep apnoea, compliance, continuous positive airway pressure

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	8
3 TILASTOLLISET MENETELMÄT AINEISTON ANALYSOINNISSA .....	9
3.1 Rekisteritutkimus.....	10
3.2 Tietojen kerääminen.....	10
3.3 Toimintaympäristö.....	11
4 TIETOSUOJA .....	12
4.1 Tietosuojalaki .....	12
5 KESKEISET KÄSITTEET.....	13
5.1 Uniapnea.....	13
5.2 Uniapnean hoito.....	14
5.3 Uniapnean hoitopolku .....	15
6 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	18
6.1 Hoitoon sitoutumisen määritelmä.....	18
6.2 Uniapnean hoitoon sitoutuminen.....	19
6.3 Potilaan ohjaus .....	20
6.4 Uni.....	22
6.5 Unen huolto.....	23
7 PROSESSIN KUVAUS .....	24
8 TULOKSET .....	26
9 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	38
10 POHDINTA .....	39
LÄHTEET.....	40
LIITE 1. Unen huolto .....	43
LIITE 2. Uneliaisuuskysely.....	44

LIITE 3. Henkilön vaitiolositoumus / salassapito- ja käyttäjäsitoumus.....	45
--	----

## 1 JOHDANTO

Uniapnea eli ylähengitysteitä ahtauttava uniapneaoireyhtymä on sairaus, jossa esiintyy toistuvia unenaikaisia hengityskatkoksia. Katkokset syntyvät, kun nielun alueen lihakset veltostuvat unen aikana ja nielun kudokset painuvat kiinni aiheuttaen osittaisen tai täydellisen ylähengitysteiden tukkeuman. Hoitomuotona ei käytetä lääkkeitä vaan pääsääntöisesti ylipainelaitehoitoa (CPAP-hoito). (Hengityслиitto. Opas uniapneaa sairastaville. Mikä on uniapnea?.)

Monille potilaille laitehoito tulee yllätyksenä ja sitoutuminen laitteen ja maskin käyttöön aina nukkuessaan tuntuu useista pelottavaltakin. Keskivaikean ja vaikean uniapnean hoidossa laitehoito on välttämätön ja elinikäinen. Uniapnean hoidon onnistuminen edellyttää, että sairastunut ymmärtää hoidon merkityksen hyvinvoinnilleen ja on valmis hoitamaan itseään kotonaan itsenäisesti. (Oma terveyteni.fi. Opas uniapneaa sairastaville. "Uniapnean hoito muutti elämäni".)

Selvitämme opinnäytetyössämme, miten potilaat ovat sitoutuneet laitehoitoon. Teemme rekisteritutkimuksen, jossa tarkastelemme CPAP-hoidon aloittaneiden potilaiden tietoja syksyltä 2016 ja syksyltä 2017 heidän vuosikontrolliinsa saakka. Tutkimusmenetelmänä käytämme kvantitatiivista tutkimussuuntausta. Käytämme työssämme erilaisia muuttujia, joita ovat ylipainehengityslaitteen käyttötunnit vuorokauden aikana, potilaan apnea-hypopnea indeksi (AHI), sukupuoli, puhelinsoitot ja hoidon jatkuminen (hoito jatkuu, ei jatku, ylimääräinen seuranta-käynti, maskiongelmät, laite tarpeeton). Muuttujia seuraamalla osoitamme, miten näiden vaihtelut vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Käytämme tiedonhaussa Lohjan sairaalan Keuhkosairauksien poliklinikan potilaiden tietoja. Haemme tarvittavat muuttujat potilastietojärjestelmästä ajanjaksoilta 1.10.–30.11.2016 ja 1.10.–30.11.2017 aloittaneista potilaista (noin 100 potilasta).

Aiheeseen päädyimme Minna Väyrysen ollessa harjoittelussa Lohjan sairaalan Keuhkosairauksien poliklinikalla. Siellä ilmeni uniapnean yleistymisen lähivuosina. Keuhkosairauksien poliklinikan päivittäiset ajanvaraukset koostuvatkin ny-

kyään pääsääntöisesti laitehoitojen aloitus- ja kontrollikäynneistä sekä etäseurannasta. Potilaiden hoitoon sitoutumisesta halutaan enemmän tietoa, jolloin mahdolliset hoidon keskeytykset voitaisiin saada minimoitua.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

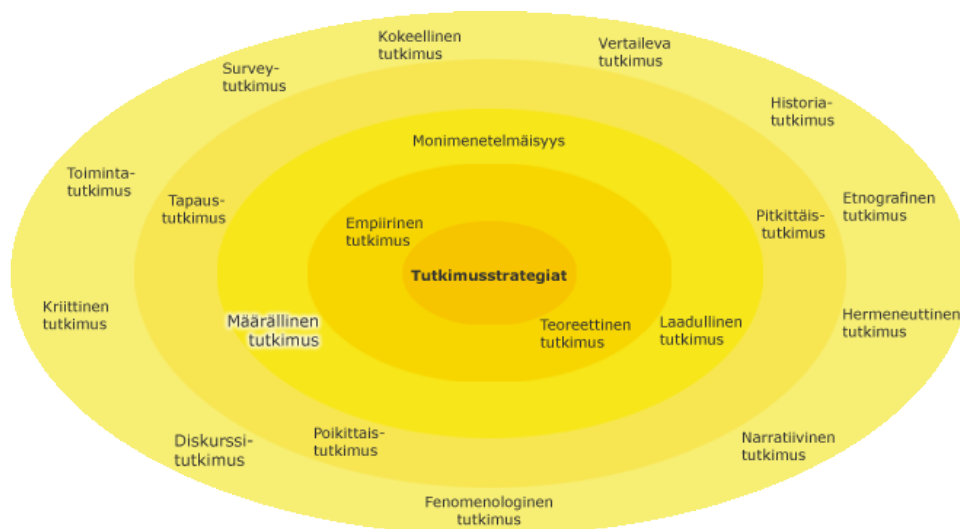
Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää uniapnean hoitoon sitoutumista muuttujien avulla. Selvitämme, miten etäseurannan käyttöönotto (vuonna 2017) on vaikuttanut laitehoitoon sitoutumiseen ja onko etäseurantaan siirtyminen lisännyt potilaiden yhteydenottoja. Tulokset kirjaamme excel-taulukkoon, jonka avulla niitä on helpompi tulkita. Työn tavoitteena on antaa konkreettista tietoa kaavioiden avulla Keuhkosairauksien poliklinikan henkilökunnalle etäseurannan vaikutuksista potilaiden hoitoon sitoutumisessa. Tiedoista, joita keräämme, ei ole mahdollista saada valmiita tilastoja tai listauksia tulostettuna ohjelmasta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka uniapnean hoitoon sitoutuminen on prosentuaalisesti muuttunut etäseurannan myötä?
2. Onko uniapnean vaikeusasteella ollut merkitystä hoitoon sitoutumisessa?
3. Onko sukupuolella merkitystä hoidon jatkuvuuteen?

### 3 TILASTOLLISET MENETELMÄT AINEISTON ANALYSOINNISSA

Tutkimuksen aineiston keräämisessä voidaan käyttää joko laadullista eli kvalitatiivista tai määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Näitä yhdistämällä voidaan käyttää monimenetelmäisyyttä. Tutkimuksessa keräämämme aineisto analysoidaan sille parhaiten sopivalla tavalla eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä.



Kuva 1

Tutkimusstrategialla tarkoitetaan niitä periaatteellisia valintoja, joilla tutkimus on tarkoitus toteuttaa. Tutkimusstrategia on tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuus, joka ohjaa tutkimuksen menetelmien valintaa ja käyttöä sekä teoreettisella että käytännöllisellä tasolla. (Jyväskylän yliopisto. Tutkimusstrategiat. 2015.)

Empiirisessä tutkimuksessa tutkimustulokset saadaan tekemällä konkreettisia havaintoja tutkimuskohteesta ja analysoimalla sekä mittaamalla sitä. Empiirisessä tutkimuksessa konkreettinen ja koottu tutkimusaineisto on tutkimuksen keskiössä ja toimii tutkimuksen tekemisen lähtökohta. (Jyväskylän yliopisto. Empiirinen tutkimus. 2015.)

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan usein kiinnostuneita erilaisista luokitteluista, syy- ja seuraussuhteista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. (Jyväskylän yliopisto. Määrällinen tutkimus. 2015.)

### 3.1 Rekisteritutkimus

Käytämme rekisteritutkimuksessamme henkilötietoja niin, ettei potilaat ole tunnistettavissa ja tarvittavat luvut keräämme potilastietojärjestelmästä. Rekisteritutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa potilas- ja asiakastietoja kerätään esimerkiksi potilaskertomuksista. Rekisteritietojen käyttöön tarvitaan potilaiden kirjallinen suostumus tai rekisterinpitäjän lupa. (Siunsote. Rekisteritutkimus.)

Rekisteritutkimuksessa käytetään hyväksi – yleensä muuhun tarkoitukseen kuin kyseistä tutkimusta varten kerättyjä – rekisteritietoja. Tutkimus voi perustua kokonaan rekisteritietoihin tai rekisteritietoja voidaan käyttää muita aineistoja (esimerkiksi haastattelu- tai kyselyaineistoa tai kliinisiä ja näyteaineistoja) täydentävinä tietoina. Rekisteriaineistojen erityispiirteenä on se, että rekistereihin kerättyä tietoa ei ole alun perin kerätty tutkimuskäyttöä varten. Myös rekisteritutkimuksen tekemisessä on tästä syystä omia erityispiirteitä, jotka erottavat sen muusta kvantitatiivisesta tutkimuksesta. (Rekisteritutkimuksen tukikeskus. Rekisteritutkimus.)

### 3.2 Tietojen kerääminen

Teimme opinnäytetyön lupahakemuksen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille Lohjan yksikköön. Täytimme hakemuksen HUS:in internetsivuilla tutkijan työpöytä osiossa, josta hakemus lähetettiin yhteyshenkilölle. Ennen hakemuksen lähettämistä olimme yhteydessä siihen tulosityksikköön, josta aineisto kerätään eli Lohjan sairaalan Keuhkosairauksien poliklinikan osastonhoitajaan. Osastonhoitaja toimii myös tutkimuksen vastuuhenkilönä.

Tutkimuslupahakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma ja kopiot muista tarvittavista asiakirjoista, jotka on mainittu lupahakemuslomakkeessa. Opinnäytetöiden lupahakemuksessa on myös oltava oppilaitoksen ohjaajan hyväksyntä tutkimussuunnitelmasta ja sairaanhoitopiirin yksikön yhteyshenkilön tiedot sekä allekirjoitus. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimusluvut ja lausunnot.)

Tietoja keräämme Lohjan sairaalan Keuhkosairauksien poliklinikalla meille varatussa toimistossa. Käytämme tietojen hakuun Uranus-potilastietojärjestelmää ja haun avuksi saamme meille tulostetun nimilistan aikavälin potilaista. Potilaslistat jätämme tietojen haun päätteeksi tuhottaville asiakirjoille tarkoitettuun laatikkoon. Potilaiden nimet ovat korvattu numeroilla, jotta heidän henkilötietonsa eivät päädy kolmansille osapuolille. Näistä tietojenkeruutapaamisista sovimme etukäteen osastonhoitajan kanssa sähköpostitse.

### 3.3 Toimintaympäristö

Keuhkosairauksien poliklinikka toimii lähete- ja ajanvarausperiaatteella. Potilaat tulevat lähetteen perusteella kutsuttuina ensikäynnille, jolloin heidän kanssaan tehdään hoitosuunnitelma. Potilaat saavat tarvittaessa tutkimus- tai uusintakäyntiajan. Keuhkosairauksiin liittyvät toimenpiteet ja tutkimukset tehdään yleensä polikliinisesti. Keuhkosairauksien ajanvarauspoliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, jotka sairastavat muun muassa astmaa, keuhkohtaumatautia, keuhkisyöpää, tuberkuloosia, uniapneaa ja harvinaisia keuhkosairauksia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Keuhkosairauksien poliklinikka.)

Lohjan sairaalassa poliklinikalla toimii kolme sairaanhoitajaa, kuntoutusohjaaja, osastonhoitaja, ylilääkäri, keuhkolääkäri, kaksi osaston ylilääkäreä sekä osastonsihtööri.

## 4 TIETOSUOJA

Tietosuojalla tarkoitetaan henkilön (rekisteröity) yksityisyyden ja luottamuksen turvaamista eli esimerkiksi henkilötietojen oikeaoppista käsittelyä ja niiden suojaamista luvattomalta käytöltä ja muulta käsittelyltä. (OpiTietosuojaa.fi. Yleistä tietosuojasta). Allekirjoitimme tutkimuslupahakemuksen liitteeksi vaaditun henkilön vaitiolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus-lomakkeen (LIITE 3), ja sitouduimme HUS:in vaatimiin salassapitosäädöksiin.

### 4.1 Tietosuojalaki

Tietosuojalaissa (L1050/2018) on säädetty seuraavasti tietojenkäsittelyn erityis-tilanteista:

Käsiteltäessä henkilötietoja tieteellistä tai historiallista tutkimustarkoitusta varten voidaan säädetystä rekisteröidyn oikeuksista tarvittaessa poiketa edellyttäen, että:

- 1) käsittely perustuu asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan;
- 2) tutkimuksella on vastuuhenkilö tai siitä vastaava ryhmä; ja
- 3) henkilötietoja käytetään ja luovutetaan vain historiallista tai tieteellistä tutkimusta taikka muuta yhteensopivaa tarkoitusta varten sekä muutoinkin toimitaan niin, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille.

Käsiteltäessä henkilötietoja tilastollisia tarkoituksia varten voidaan rekisteröidyn oikeuksista tarvittaessa poiketa edellyttäen, että:

- 1) tilastoa ei voida tuottaa tai sen tarkoituksena olevaa tiedontarvetta toteuttaa ilman henkilötietojen käsittelyä;
- 2) kyseisen tilaston tuottamisella on asiallinen yhteys rekisterinpitäjän toimintaan; ja
- 3) tietoja ei luovuteta tai aseteta saataville siten, että tietty henkilö on niistä tunnistettavissa, ellei tietoja luovuteta julkista tilastoa varten.

## 5 KESKEISET KÄSITTEET

Opinnäytetyössä ja yleensä tutkimuksessa on tärkeässä osassa keskeiset käsitteet. Käsitteiden avulla selkeytetään lukijalle tutkimuksen sisältö. (Kamk. Opinnäytetyöpakki. Käsitteet.) Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössämme ovat uniapnea, uniapnean hoito ja uniapnean hoitopolku.

### 5.1 Uniapnea

Uniapnealla tarkoitetaan toistuvia, vähintään kymmenen sekunnin mittaisia hengityskatkoksia (apnea) tai hengityksen vaimenemista (hypopnea), apnea-hypopnea indeksi (AHI). Nämä unen aikana tapahtuvat hengityshäiriöt johtuvat ylähengitysteiden ahtautumisesta (obstruktiivinen uniapnea) tai hengityksen säätelyjärjestelmän häiriöstä (sentraalinen uniapnea). (Juva ym. 2011, 276.)

Nukkuessamme kaikki lihakset rentoutuvat. Ylempien hengitysteiden (nenä, suu, nielu ja kurkunpää) lihasten rentoutuminen voi ahtauttaa hengitystiet, jolloin kieli ja pehmeät kudokset painautuvat kurkun taakse. Tästä seuraa kuorsaaminen ja mikäli hengitystiet ahtautuvat osittain tai kokonaan syntyy hengityskatkos. Hengityskatkoksissa veren happikylläisyys laskee ja tästä johtuen tapahtuu lyhyt tiedostamaton havahtuminen unesta. (ResMed. Mitä uniapnea on. Uniapnean erimuodot.)

Yleisemmän eli obstruktiiviseen uniapneaan voi liittyä useita erilaisia oireita. Toistuvien yöllisten hengityskatkosten vuoksi yöuni saattaa jäädä potilaalla katkonnaiseksi, jonka vuoksi väsymys voi olla päivällä voimakasta ja johtaa jopa nukahdeltuun. Kuorsauksen lisäksi potilaalla voi olla ärtyneisyyttä, impotenssia ja muistihäiriöitä. Elintoimintojen häiriöt, kuten yöhikoilu, lisääntynyt yöllinen virtsaamistarve ja yölliset rytmihäiriöt voivat myös kuulua potilaan oireisiin. (Saarelma 2018.)

Apneoiden ja hypopneoiden keskimääräinen esiintyvyys tuntia kohden ilmaistaan apnea-hypopneaindeksinä. AHI:n ollessa potilaalla 5-15 hengityskatkosta tunnissa uniapnean vaikeusaste on lievä, 16-30 hengityskatkosta tunnissa vaikeusaste on kohtalainen ja yli 30 hengityskatkosta tunnissa pidetään uniapneaa jo vaikeana. (Käypä hoito. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla).)

Merkittävin uniapnean riskitekijä on ylipaino, sillä painon noustessa kaulan ja nielun alueelle kertyy rasvaa, mikä tekee ilmatiet ahtaiksi (Hengitysliitto. Hengityssairaudet. Uniapnea.). Uniapneaa sairastavista henkilöistä 50-70% on ylipainoisia. Ylipainon lisäksi rakenteelliset tekijät lisäävät riskiä uniapnealle. Rakenteellisia tekijöitä ovat ahdas nenä tai nielu, sekä lyhyt ja paksu kaula tai kookkaat nielurisat. (Kaarteenaho, Brander, Halme & Kinnula 2013; Saarelma 2018.)

Uniapneaa sairastavilla esiintyy usein samanaikaisesti monia liitännäissairauksia. Tämä johtuu osittain samoista riskitekijöistä, kuten liikapainosta, mutta osa sairauksista on seurausta unenaikaisesta hengityshäiriöstä. Merkittävä liitännäissairaus on sydän- ja verisuonitaudit, sillä sydän- ja verisuonitauteja sairastavilla esiintyy uniapneaa 2-3 kertaa enemmän kuin niitä sairastamattomilla. Uniapneapotilailla on myös suurempi riski kohonneeseen verenpaineeseen, sairastua tyypin 2 diabetekseen, iskeemiseen sydänsairauteen tai saada aivoinfarkti. (Käypä hoito. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla).)

## 5.2 Uniapnean hoito

Uniapnean hoidossa käytetään yleisimmin nenä-CPAP-hoitoa (Continuous Positive Airway Pressure) eli nenän kautta annettua ylipainehengityshoitoa. Siinä kasvoille asetetun nenämaskin kautta hengitetään huoneilmaa pienellä ylipaineella. Laite ei poista tautia, mutta parantaa elämänlaatua, mm. vähentäen päiväväsymystä ja muita uniapnean terveyshaittoja. (Hengitysliitto 2018.) CPAP tarkoittaa jatkuvaa ilmatiepainetta, joka tuotetaan ulkoisella painelaitteella ja johdetaan ilmateihin letkun ja maskin avulla. Näin ahtautumislähtöiset ylähengitystiet pystytään pitämään unen aikana avoinna riittävän ilmatiepaineen avulla. CPAP hoitoa käytetään yleisimpänä hoitomuotona keskivaikeista tai vaikeista uniapnean oireista

kärsivillä ja niillä, joilla AHI on yli 15 tunnissa. Hoito voidaan toteuttaa sekä vakio-paineisella (CPAP) että itsesäätävällä laitteella (auto-adjusting positive airway pressure, APAP). (Käypähoito. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla).)

CPAP-laitteeseen kuuluu maski, joka kiinnittyy letkulla itse laitteeseen. Yleisimmin käytössä on nenämaski, nenä-suumaski tai sierainmaski. Olemassa on myös suumaskeja ja kasvot kokonaan peittäviä maskeja. (Hengityслиitto 2018.)

Verenpainetaudin ja sydän- ja verisuonitapahtumien vähentämiseksi CPAP-laitteen käyttötuntien tulee olla vähintään 4 h/vrk (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla.) Käypä hoito –suositus 2017). Ilmavuoto maskista on ongelma, jota esiintyy, jos maski ei ole tarpeeksi tiivis tai ei istu kunnolla kasvoilla. (ResMed. Potilaat ja perheenjäsenet. Tukipalvelut. Mask comfort FAQs).

Uniapneakiskolla voidaan myös hoitaa erityisesti lieväoireisesta uniapneasta kärsiviä normaalipainoisia tai liikapainoisia ja lihavia potilaita (painoindeksi 25–35 kg/m<sup>2</sup>) sekä niitä, joilla CPAP-hoito ei kokeiluista ja hoidon ohjauksesta huolimatta onnistu. Uniapneakiskoilla alaleukaa ja kielen lihaksistoa siirretään eteenpäin, mikä avartaa nielun ilmatilaa kielen kannan tasolla. Samalla nielun lihaksisto aktivoituu, mikä saa aikaan paikallista kudossjännitystä. Kudossjännityksen lisääntyminen estää myös pehmeän suulaen valahtamista hengitysteiden tukkeeksi. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla.) Käypä hoito –suositus 2017.)

### 5.3 Uniapnean hoitopolku

Uniapnean hoitopolku alkaa lääkärin läheteellä tehtävällä unitutkimuksella eli yöpolygrafialla, jolla tutkitaan ensisijaisesti unenaikaisia hengityshäiriöitä. Tavallisin löydös on obstruktiivinen uniapnea, jolloin tutkittavalla on katkonaista kuorsausta ja hengityskatkoksia unen aikana ja tämä heikentää unen laatua, aiheuttaa päiväväsymystä sekä lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä. Myös levottomien jalkojen oireyhtymään usein liittyvä yöllinen jaksottainen raajaliikehäiriö voidaan todeta yöpolygrafialla. Tutkimus tehdään yön aikana tutkittavan kotona. Tutkittava

hakee edeltävänä päivänä tutkimuslaitteet kliinisen neurofysiologian osastolta ja saa ohjeet niiden kiinnittämistä varten. Tutkimuksessa mitataan hengitysilma- virtausta, rintakehän ja pallean hengitysliikkeitä, veren happipitoisuutta, syketaajuutta, kuorsausta, nukkuma-asentoa ja jalkojen liikkeitä. Tutkimus on kivuton eikä laite häiritse nukkumista merkittävästi. Yöpolygrafia voidaan tehdä myös sairaalassa, mikäli se epäonnistuu toistuvasti kotona. Yöaikaisten poikkeavien ilmiöiden määrän, laadun ja seurannaisilmiöiden perusteella arvioidaan unenaikaisen hengityshäiriön tai raajaliikehäiriön esiintymistä ja vaikeusastetta. Joskus halutaan myös arvioida uniapnean hoidon vaikutusta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Unenaikaiset tutkimukset. Yöpolygrafia.)

Unitutkimusvastauksen perusteella keuhkolääkäri ohjelmoi CPAP –hoidon aloituksen kiireellisyyden, jonka jälkeen kutsukirje hoidon aloituksesta lähetetään potilaalle sähköisesti. Potilas saapuu keuhkosairaanhoitajan pitämään CPAP –hoidon aloitukseen poliklinikalle. Tapaamisessa sairaanhoitaja luovuttaa potilaalle kotihoitolaitteeksi joko CPAP- tai APAP-laitteen (riippuen onko uniapnea obstruktiivinen vai sentraalinen). Sairaanhoitaja kertoo potilaalle laitteiston toimintaperiaatteen ja ohjaa laitteen ja kostuttimen käytössä sekä huollossa. Mukaan potilaalle annetaan myös nenänhoito-ohjeet ja manuaali laitteen käytöstä. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta maskien päälle pukemisessa ja niiden säädöissä. Vastaanotolla annetaan kotiin muutama erilainen maski, jotta potilas voi kotona itse testata, mikä maski hänelle sopii parhaiten.

Viikko ensimmäisen käynnin jälkeen potilas saa ajan sairaanhoitajalta CPAP-laitteen datan purkuun, jossa käydään läpi laitteen tallentamat tiedot mm. hengityskatkoksista, maskivuodoista sekä tiedustellaan potilaalta hoidon aloituksen mahdollisista ongelmista. Tällöin myös aktivoidaan laitehoidon jatkuessa 30 vuorokauden etäseuranta (AirView). (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2017.) Seuraava kontrolli hoitajalla on kuukauden päästä AirView -etäseurantana, tällöin hoitaja tarkastaa etäyhteyden avulla, miten hoito on toteutunut ja siitä lähetetään tieto potilaalle hoitokirjeenä. Ongelmien ilmetessä potilas kutsutaan hoitajan vastaanotolle tai hänelle soitetaan. Tarvittaessa potilas soittaa itse henkilökohtaisesti, jos ongelmia tai kysyttävää on tullut. Kun CPAP-hoito on ollut käytössä

vuoden ajan ja laitehoito jatkuu, niin kontrollit ja hoitovastuu siirtyvät hoitajavastaanotolta perusterveydenhuoltoon CPAP-vastuuhoitajalle. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2017.)

Uniapnean hoitaminen on erityisen tärkeää silloin, kun uniapneaan sairastunut työskentelee ammattikuljettajana. Hoidossa oleva uniapnea ei ole este toimia ammattimaisessa liikenteessä. Hoidettuna uniapnean aiheuttama päiväväsymys häviää ja riski joutua liikenneonnettomuuteen laskee. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaan ajokorttiluvan terveysesellytykset eivät täyty ammattikuljettajilla, joilla on hoitoon reagoimaton ja varmistettu uniapneasta johtuva pysyväisluonteinen vireystilan häiriö. Uniapneaa sairastava voi jatkaa ammatissaan, kun hän on hoidon ansiosta oireeton. (Hengitysliitto. Opas uniapneaa sairastaville.)

Ammattiautoilijoilla kontrollit hoitajalla ovat etäseurannassa 1, 6 sekä 12 kuukauden välein ensimmäisenä vuonna ja tämän jälkeen vuosittain. Ensimmäinen vuosikontrolli ammattiautoilijoilla on lääkäriä ja mikäli hoito toteutuu hyvin, kontrollit jatkuvat vuosittain Keuhkosairauksien poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanotolla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2017.)

## 6 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 6.1 Hoitoon sitoutumisen määritelmä

Hoitoon sitoutuminen määritellään potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen neuvottelun tuloksena saavutetuksi yhteisymmärrykseksi hoidosta. (Terveyskirjasto 2007). Potilaan tulee aktiivisena kumppanina sopia hoidostaan yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välinen hyvä kommunikaatio on ehdoton edellytys käytännön työn onnistumiselle. (WHO 2003.)

Viljasen (2017) mukaan potilaan hoitoon sitoutuminen voidaan määritellä asiakkaan aktiiviseksi ja vastuulliseksi toiminnaksi, terveyden edellyttämällä tavalla ja yhteistyössä sekä vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Yhteistyöllä tarkoitetaan tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien ratkaisemista ja vastuunottoa hoidosta. Vuorovaikutussuhteen edellytyksenä on, että molemmat osapuolet ovat tasavertaisia ja voivat tuoda esiin oman näkemyksensä sairauden hoidosta. Pitkäaikaisissa ja pysyvissä hoitosuhteissa hoito ei toistu kaavamaisena vaan on joustavaa päätöksentekoa, jonka tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus. Muutoksia hoidon tarpeeseen tuovat työ- ja vapaa-aika, potilaan ja läheisten terveydentila sekä erilaiset elämän tapahtumat (Kyngäs & Hentinen 2009, 17-18.)

Kuulluksi tuleminen sekä kokemus tuesta ja hoidon yksilöllisestä räätälöinnistä voivat ajan mittaan johtaa parempaan sitoutumiseen. Luottamuksellisuus kasvaa pitkässä hoitosuhteessa, johon perusterveydenhuollossa on parhaat mahdollisuudet, ja tämä rohkaisee potilasta pohtimaan omia lähtökohtiaan hoidossa. Ammattilaisten tulee hyväksyä se, että potilas päättää viime kädessä itse hoidostaan ja että luottamuksen rakentamisella on suuri vaikutus hoidon tuloksellisuuteen. (Terveyskirjasto 2007.)

Matala sosioekonominen status, lukutaidottomuus ja työttömyys ovat huonoon hoitoon sitoutumiseen altistavia riskitekijöitä. Muita tärkeitä potilaaseen liittyviä

tekijöitä ovat taudin ymmärtäminen ja hyväksyminen, tautiin liittyvien riskien käsittäminen, tietoisuus hoidon kuluista ja hyödyistä, aktiivinen osallistuminen seurantaan ja osallistuminen hoidosta päättämiseen. (WHO 2003.)

Terveydenhoidon ammattilaisten, potilaan ja terveydenhoitojärjestelmän tulee jakaa vastuu hoitoon sitoutumisesta. Hyvät suhteet potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on välttämätön edellytys hoidon onnistumiselle. Empaattinen ja ei-tuomitseva asenne ja tuki, saatavilla olo, hyvät kommunikaatio- ja vuorovaikutuskyvyt ovat tärkeitä terveydenhoidon ammattilaisten ominaisuuksia, joiden on osoitettu vaikuttavan potilaan hoitoon sitoutumiseen. Koska hoitoon sitoutuminen on monimutkainen prosessi, sen parantamiseen tähtäävien yritysten täytyy olla monitahtoisia. Muun muassa hoidon monimutkaisuus, potilaaseen liittyvät tekijät ja potilas-lääkärisuhde vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. (WHO 2003.)

## 6.2 Uniapnean hoitoon sitoutuminen

Unihoitajan tehtävänä on ohjata ja opastaa uniapneadiagnoosin saanut henkilö hoidon alkuun. Hoitajan vastaanotolle tullaan lääkärin tekemän diagnoosin jälkeen. Unihoitajan työssä tärkeintä on tiedon jakamisen ohella motivoida potilasta hoitoon. (Vainikainen 2017, 91.) Uniapnea ja sen hoito on yleensä elämänmittainen asia ja sen kanssa selviämisessä kaikki tuki on tarpeen. Asiantuntijoiden tarjoaman opastuksen lisäksi vertaistuellalla on monelle tärkeä merkitys. Vertaistuki on asiantuntevan unihoitajan neuvojen lisäksi paras selkäranka monelle sekä hoitoja odotellessa, niiden aloituksessa, että vielä myöhemminkin. Jos laiteopastus tehdään sairaalassa ryhmässä, voi siellä syntyä kantavia voimia ja tukevia vertaissuhteita, jotka auttavat eteenpäin. Vertaistukea saa myös Uniliiton tai Hengitysliiton potilasyhdistyksistä, ja esimerkiksi Facebookissa on suljettu Uniapneetikot-ryhmä. Ryhmässä voi käydä keskusteluja vertaisten kanssa ja saada tukea ja tietoa toisten esittämien kysymysten vastauksista. (Vainikainen 2017, 98-99.)

CPAP-hoitoon sitoutuminen on samanveroista kuin esimerkiksi verenpaine lääkitykseen sitoutuminen, ja se vaihtelee 50 %:n ja 84 %:n välillä. Hoitoon sitoutumi-

nen on heikkoa vähäoireisilla potilailla. Hoitoon sitoutumiseen on todettu vaikuttavan useiden tekijöiden: potilaasta riippuvat, uniapnean vaikeusaste, hoidon aloitusprosessi, käytettyjen laitteiden tekniset ominaisuudet, hoitoon liittyvät haittavaikutukset ja sosiaaliset tekijät. Huolellinen ohjaus on välttämätöntä hoidon onnistumiseksi. Käyttäytymisterapiaan perustuvalla potilasopetuksella voidaan parantaa vaikeaa uniapneaa sairastavan sitoutumista ylipainehengityshoitoon. Myös tehostetulla potilasopetuksella on todennäköisesti mahdollista parantaa ylipainehengityshoitoon sitoutumista vaikeaa uniapneaa sairastavilla. (CPAP-hoitoon sitoutuminen. Käypä hoito –suositus 2017.)

### 6.3 Potilaan ohjaus

CPAP-laiteohjauksen tavoitteena on, että potilas oppii käyttämään ja hoitamaan CPAP-laitetta ja ymmärtää sen säännöllisen käytön merkityksen. Laitehoidon aloitusvaiheessa annetulla ohjauksella on suuri vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen. Ohjauksessa tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja kyvyt omaksua uutta tietoa. Potilailla on erilaisia valmiuksia omaksua tietoa: esimerkiksi iäkkäille potilaille voi tarvittaessa varata enemmän aikaa teknisen apuvälineen käytön opetteluun. Omaiset kannattaa kutsua ohjaustilanteeseen mukaan. CPAP-laiteohjausta annettaessa käytetään suullisen ohjauksen tukena demonstrointia koska siinä on kyse motoristen taitojen opettamisesta ja käytännön taitojen harjoittamisesta. Tavoitteena on, että potilas kykenee kotona toteuttamaan laitehoitoa itsenäisesti.

Ohjauksen kulku:

- Luodaan myönteinen ja rento ilmapiiri. Pyritään arkirupattelulla saamaan potilas rentoutumaan ja osallistumaan keskusteluun.
- Varataan mahdollisuuksien mukaan rauhallinen tila, jossa mielellään myös sänky.
- Kootaan kaikki tarvittava ohjausmateriaali käden ulottuville; CPAP-laite ja -letku, sovitusmaskit ja kirjallinen ohjausmateriaali (laitteen ja maskin käyttöohjeet, nenänhoito-ohjeet ym.).

- Istutaan samalla tasolla potilaan kanssa, mielellään kasvokkain.
- Käydään potilaan kanssa läpi ohjauksen sisältö ja aikaisemmat oppimiskokemukset; näin saadaan selville potilaan taitojen oppimisen taso.
- Annetaan ohjausta uniapneasta, CPAP-hoidosta, sen tavoitteista ja hyödyistä
- Havainnollistetaan potilaalle CPAP-laitteen käyttöä ja huoltoa (nestekidenäyttö ja painikkeet, ohjauspaneeli, etupaneelin irrotus, laitteen sijoittaminen, viiveen käyttö, suodattimien vaihtaminen, puhdistus...) ja maskin, myssyn ja letkuston kokoamista ja pesua.
- Sovitetaan maski
- Potilas saa itse purkaa ja koota maskin. Annetaan palautetta mitä potilas tekee oikein tai väärin jotta väriä tapoja ei pääse muodostumaan.
- Annetaan potilaan itse laittaa CPAP-laite päälle ja maski kasvoilleen. Tässä vaiheessa olisi hyvä, jos potilas kokeilisi laitteen kanssa hengittämistä pitkällään vuoteella. Kontrolloidaan nenän ilmavirtaus ja maskin ilmapuodot. Huomataan myös, jos potilaalla taipumus paniikkihäiriöihin.
- Annetaan nenänhoito-ohjausta kirjallisesti ja suullisesti: kerrotaan, että usein hoidon alkuvaiheessa ilmenee nenäongelmia: nenä on tukkoinen ja/tai on vesinuhaa. Ohjataan käyttämään ennaltaehkäisevästi hoitavia ja kostuttavia nenätippoja. Jos nenäongelmat jatkuvat, lääkäri voi kirjoittaa reseptin nenäkortikosteroidista (säännöllinen käyttö tärkeää). Jos edelleen ongelmia kerrotaan mahdollisuudesta liittää CPAP-laitteeseen lämminvesikostuttaja. Kokokasvomaskia sovitetaan, jos nenän kautta hengittäminen ei onnistu nenän hyvästä hoidosta huolimatta tai jos nenä on rakenteellisesti ahdas. Annetaan yhteystiedot ja kehoitetaan herkästi ottamaan yhteyttä, jos ongelmia.
- Jos paniikkihäiriö, käytetään aikaa potilaan rauhoittamiseen, kerrotaan hoidon turvallisuudesta ja ollaan vierellä. Potilas saa ensin pitää maskia nenänpäällä ilman myssyä ja totutella paineilmaan pienellä virtauksella. Jos hoito ei kuitenkaan onnistu, ei syyllistetä, vaan etsitään yhdessä muita hoitokeinoja (lääkäriin yhteydessä).
- Potilaan tukiverkoston mukaan ottamisella ohjaustilanteeseen, parannetaan heidän kykyään tukea potilasta.

- Annetaan havainnollistamisen tukena kirjallista ja suullista ohjausta.
- Kerrotaan mihin voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa (miel.24/7), mistä saa varaosia, seurantakäynneistä ja mitä niissä kontrolloidaan ja miksi.
- Annetaan tietoa vertaistukea tarjoavista järjestöistä (esim. Hengitysliitto Heli) ja ensitietopäivästä.
- Huolehditaan, että potilas saa CPAP-laitteen matkalle mukaan ottamista varten todistuksen tulliviranomaisille lääkintälaitteesta. (Suomen Unihoitajaseura Ry. CPAP-ohjaus.)

## 6.4 Uni

Uni on aivotoiminnan tila, jossa sydämen syke hidastuu ja verenpaine laskee. Unen aikana aivot lataavat omia energiavarastojaan. Ihmisen tarvitsema unen määrä on hyvin yksilöllistä, useimmat nukkuvat vuorokaudessa 7-8 tuntia. Toiset kuitenkin selviävät 4-5 tunnin unella ja jotkut tarvitsevat jopa yli 9 tuntia unta. Eriikäisillä ihmisillä unentarve saattaa vaihdella paljon, esimerkiksi pienet lapset tarvitsevat paljon unta ja nukkuvat myös päiväunia, kun taas vanhemmilla ihmisillä unen määrä saattaa vähetä. Murrosikäisten pitäisi nukkua jopa 9 tuntia vuorokaudessa, koska tässä kehitysvaiheessa alkaa aivojen toinen kasvuvaihe, ja unta tarvitaan paljon. Tärkeää on tuntea itsensä levänneeksi ja pirteäksi unen jälkeen. (Uniklinikka. Mitä uni on?.)

Uni on ihmiselle välttämätöntä. Aivot tarvitsevat unta ja säännöllinen yöuni on välttämätöntä aivojen normaalille toiminnalle. Unen aikana hormonien ja välittäjäaineiden määrä muuttuu sekä aivojen sähkötoiminta hidastuu. Lisäksi aineenvaihdunta hidastuu ja auttaa keräämään energiaa sen tilalle, mikä on valvetilassa kulunut. Lapsilla ja nuorilla unen tärkeys korostuu yön aikana erittyvän kasvuhormonin vuoksi. Unen koetaan olevan erityisen tärkeää muistijälkien kiinnittymiselle: unen aikana muistijäljet aktivoituvat uudelleen, niitä analysoidaan ja ne siirtyvät pitkäkestoiseen muistiin. Unella on myös suuri merkitys ihmisen oppimiseen ja tarkkaavaisuuteen. Unen tarve vaihtelee hyvin paljon yksilöittäin. Unen määrä ei välttämättä korvaa sen laatua, sillä terveyden kannalta unen laatua pidetään jopa merkityksellisempänä kuin unen pituutta. Unen laatua voi häiritä monetkin

eri tekijät, esimerkiksi ahdistuneisuus, stressi, masennus, ylipaino, ravintotottumukset, ikääntyminen, kiire, unissakävely, hampaiden narskuttelu sekä erilaiset sairaudet. Liian vähän nukutut yöt aiheuttavat elimistölle erilaisia haittoja, muun muassa mielialan laskua, keskittymisvaikeuksia, onnettomuusriskejä, verensokerin nousua ja monien sairauksien riskien kasvamista, kuten sydän- ja verisuonitautien, aikuisiän diabeteksen ja aivoveritulpan. (Partinen & Huovinen 2007, 18-21.)

## 6.5 Unen huolto

Lohjan sairaalassa keuhkosairauksien poliklinikalla uniapneapotilaille jaetaan unen huoltoa koskeva ohjeistus (Liite 1) ja uneliaisuuskysely (Liite 2). Unen huoltoa koskevassa ohjeistuksessa on neuvoja aamulle, päivälle ja illalle/yöllle. Aamulla olisi hyvä herätä joka päivä suunnilleen samaan aikaan ja herättyä olisi hyvä nousta ylös eikä jäädä viettämään aikaa sänkyyn. Lisäksi aamulla heräämistä auttavat kirkas valo, riittävä aamupala ja fyysinen aktiviteetti. Päivällä kannattaisi suosia säännöllistä rytmiä työn ja ruokailujen suhteen, harrastaa liikuntaa (ei kuitenkaan alle 3 tuntia ennen nukkumaan menoa), välttää kofeiinia, alkoholia sekä nikotiinia ja mikäli kokee tarvitsevansa päiväunia, ne olisi hyvä pitää lyhyinä (15-20 minuuttia). Illalla olisi hyvä rauhoittua noin kaksi tuntia ennen nukkumaan menoa, syödä kevyesti ja juoda vain vähän. Makuuhuoneesta on hyvä tehdä unen kannalta mukava, ei siis liian viileä eikä liian kuuma. Lisäksi rauhallinen ja pimennetty nukkumisympäristö on hyväksi. Nukkumaan on hyvä mennä vasta kun on unelias ja näin ollen myös rajoittaa vuoteessa oloaikaa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.) Uneliaisuuskysely on uneliaisuutta mittaava kansainvälisestikin tunnettu Epworth Sleepiness Scale, jonka avulla ammattilainen voi selvittää henkilön taipumusta nukahtaa kesken päivän, esimerkiksi TV:tä katsoessa, auton pysähtyessä liikennevaloihin tai henkilön ollessa passiivisena kokouksessa. (Terveyskirjasto 2018.)

## 7 PROSESSIN KUVAUS

Lohjan sairaalassa keuhkosairauksien poliklinikalla on CPAP-potilaiden hoito-käytäntöjä muutettu siten, että 2017 otettiin käyttöön laitehoidon etäseuranta. Aiemmin potilas tuli laitteen kanssa vastaanotolle, missä purettiin laitteeseen ker-tyneet hoito- ja käyttötiedot.

Vuonna 2016 yöpolygrafiat tehtiin enimmäkseen Lohjan sairaalassa keuhkosai-rauksien poliklinikalla. CPAP-hoidon aloitus oli keuhkopoliklinikan sairaanhoita-jalla, siitä noin viikon kuluttua oli hoitajan ja lääkärin vastaanotto. Tästä kahden kuukauden kuluttua oli hoitajavastaanotto ja sitten vuoden päästä hoitajavastaan-otto. Ammattiautoilijoilla oli käynti myös kuuden kuukauden kohdalla.

Vuonna 2017 yöpolygrafiat tehtiin terveyskeskuksessa tai klinisen neurofysiolo-gian osastolla. CPAP-hoidon aloitus oli keuhkopoliklinikan sairaanhoitajalla, siitä noin viikon kuluttua oli hoitajan ja lääkärin vastaanotto. Kuukauden kuluttua oli etäseurannan datan purku ja vuoden päästä hoitajavastaanotto. Ammattiautoili-joilla oli käynti myös kuuden kuukauden kohdalla.

Rekisteritutkimuksessa haluamme selvittää, miten etäseurannan käyttöönotto on vaikuttanut CPAP-laitehoitoon sitoutumiseen. Katsomme hoidon aloittaneen po-tilaan tiedoista lähtötilanteen unitutkimuksesta eli yöpolygrafian tuloksista. Viik-kokontrollin tiedot katsomme potilastietojärjestelmästä keuhkosairaanhoitajan (KUN-teksti) ja keuhkolääkärin (KEU-teksti) teksteistä. Seuraamme potilaan lait-teen käyttötunteja ja AHI:a käyttövuorokautta kohti. Ensimmäisen käyttöviikon tiedoista seuraamme potilaan sitoutumista laitehoitoon. Hälytysrajat muuttujissa ovat: käyttötunnit vuorokaudessa yli 4 ja AHI:n tulee olla alle 5. Viikkokontrollista alkaa potilaan (2017 hoidon aloittaneen) kuukauden AirView-etäseuranta. Vuosi hoidon aloituksesta katsomme potilaan tiedoista muuttujat, ja miten niiden muu-tokset ovat vaikuttaneet hoidon jatkuvuuteen. Teemme näistä excel-taulukoita seurannan selventämiseksi.

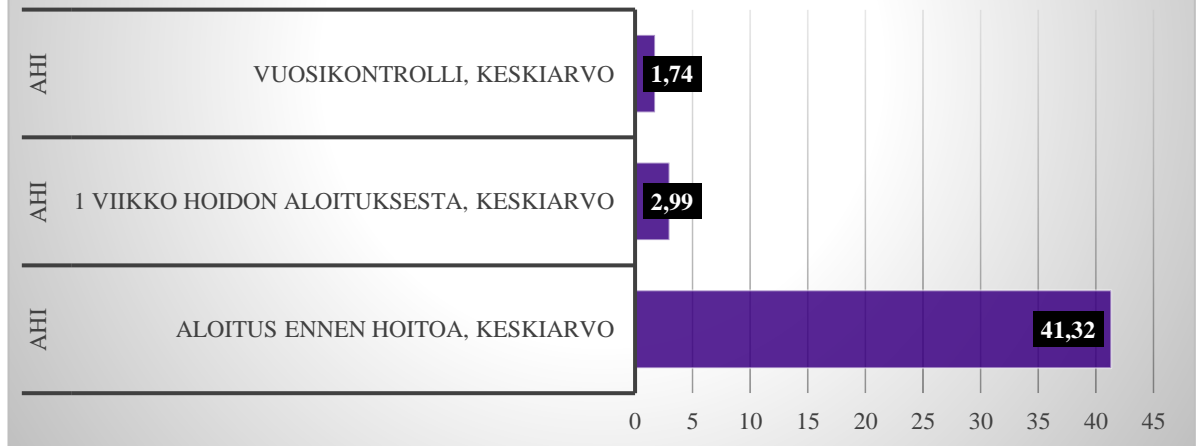
Lopuksi selvitämme, kuinka moni on jatkanut perusterveydenhuollon piirissä ja kuinka moni on lopettanut hoidon vuosikontrollin kohdalla, esimerkiksi palauttanut CPAP-laitteen. Lisäksi selvitämme, kuinka moni on saanut mm. lähetteen uniapneakiskon hankintaan.

## 8 TULOKSET

Potilastietojärjestelmästä keräsimme Lohjan sairaalan keuhkopoliklinikalla 1.10.–30.11.2016 välillä CPAP-hoidon aloittaneiden potilaiden tiedot. Kyseisellä aikavälillä CPAP-hoidon aloitti 33 potilasta, joista 11 (n. 33%) naisia ja 22 (n. 66%) miehiä. Näistä potilaista 20 (n. 60%) jatkoi vuosikontrollin jälkeen perusterveydenhuollon piiriin ja 10 (n. 30%) päätti keskeyttää hoidon. Kolme (n. 9%) potilasta oli ammattiautoilijoita ja hoito jatkui keuhkosairauksien poliklinikalla. Vuosikontrollin jälkeen hoidon keskeyttäneistä potilaista moni koki, ettei sopeudu maskiin tai laitteen käyttöön on hankalaa. Muita keskeytyksen syitä oli muun muassa, että laite hankaloittaa nukkumista, maski lähtee pois kasvoilta sekä laitehoito lisää stressiä. Selvitimme lisäksi potilaiden yhteydenotot poliklinikalle kontrollikäyntien välillä. Näitä yhteydenottoja oli kahdeksan potilaan toimesta, joista kolme keskeytti hoidon.

Vertailukohteena keräsimme vuotta myöhemmin samalla poliklinikalla 1.10.–30.11.2017 hoidon aloittaneiden potilaiden tietoja potilastietojärjestelmästä. Ennen tätä aikaväliä käyttöön oli tullut potilaiden CPAP-laitteiden etäseuranta. Aikavälillä CPAP-hoidon aloitti 63 potilasta, joista 25 (n. 40%) naisia ja 38 (n. 60%) miehiä. Potilaista 41 (n. 65%) jatkoi vuosikontrollin jälkeen perusterveydenhuollon piiriin ja 12 (n. 19%) päätti lopettaa laitehoidon. Ammattiautoilijoita oli kaksi (n. 3%) ja, heidän hoitonsa jatkui keuhkosairauksien poliklinikan puolella. Potilaat, jotka keskeyttivät hoidon, kokivat laitehoidon erilaisista syistä hankalaksi: perheessä olevien pienten lasten vuoksi laitteen käyttö hankalaa, muiden kipujen vuoksi laitteen käyttö hankalaa, potilas on saanut lähetteen uniapneakiskoon tai potilas laittaa laitteen öisin kiinni. Kahdeksan potilasta oli käyttänyt laitetta liian vähän, jolloin vuosikontrollia siirrettiin muutamia kuukausia eteenpäin, joten heidän jatkohoidostaan meillä ei ole vielä tietoa. Kontrollikäyntien välillä potilaista 18 (n. 28%) otti yhteyttä poliklinikalle puhelimitse, joista seitsemän keskeytti hoidon.

**1.10.-30.11.2016 CPAP-hoidon  
vuosikontrolliin asti jatkaneet potilaat, 23  
hlöä.  
Hengityskatkosten määrä/tunti.**



Taulukko 1:

1.10.–30.11.2016 CPAP-hoidon aloitti 33 potilasta, joista 10 keskeytti hoidon. Taulukossa kuvataan hoitoa jatkaneiden 23 potilaan hengityskatkosten määrää tunnissa. Ennen laitehoidon aloitusta potilaiden hengityskatkosten määrä tunnissa oli keskimäärin yli 40. Laitteen aloituksesta viikon kuluttua keskiarvo tippui erittäin tehokkaasti: noin kolmeen hengityskatkokseen tunnissa. Laitteen ollessa potilailla käytössä noin vuoden ajan, hengityskatkoksia esiintyi enää keskimäärin vain alle kaksi tunnissa.



Taulukko 2:

1.10.–30.11.2017 CPAP-hoidon aloitti 63 potilasta, joista 12 potilasta keskeytti hoidon ennen vuosikontrollia ja kahdeksan potilasta ei ollut laitteen vähäisestä käytöstä johtuen vielä käynyt vuosikontrollissa. Ennen hoidon aloitusta hengityskatkoksia esiintyi potilailla keskimäärin 33 tunnissa. Viikkokontrollissa potilaiden hengityskatkoksia oli enää keskimäärin alle kolme ja vuosikontrollissa vain alle kaksi tunnissa.



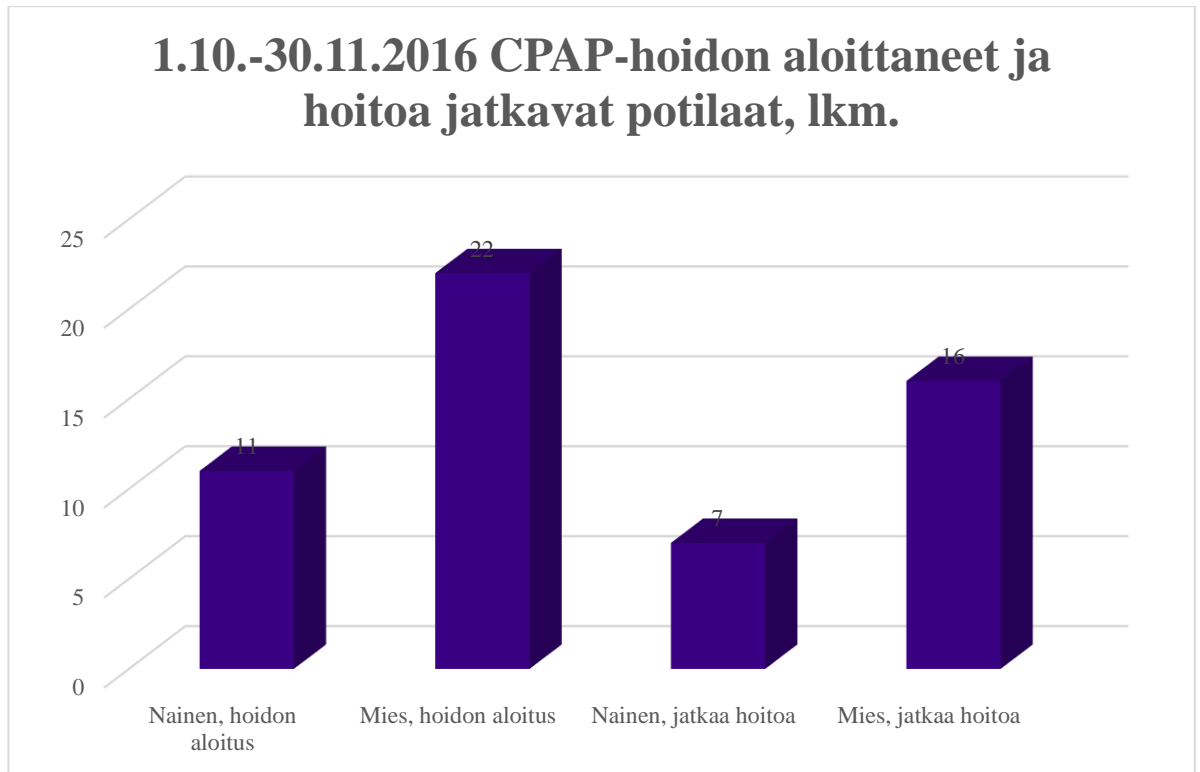
Taulukko 3:

1.10.–30.11.2016 CPAP-hoidon aloitti 33 potilaasta, joista 10 keskeytti hoidon. Viikko laitehoidon aloituksesta potilaat käyttivät vuorokaudessa CPAP-laitetta keskimäärin 6,23 tuntia. Vuosikontrollin aikaan käyttötunnit vuorokautta kohti oli 6,13.



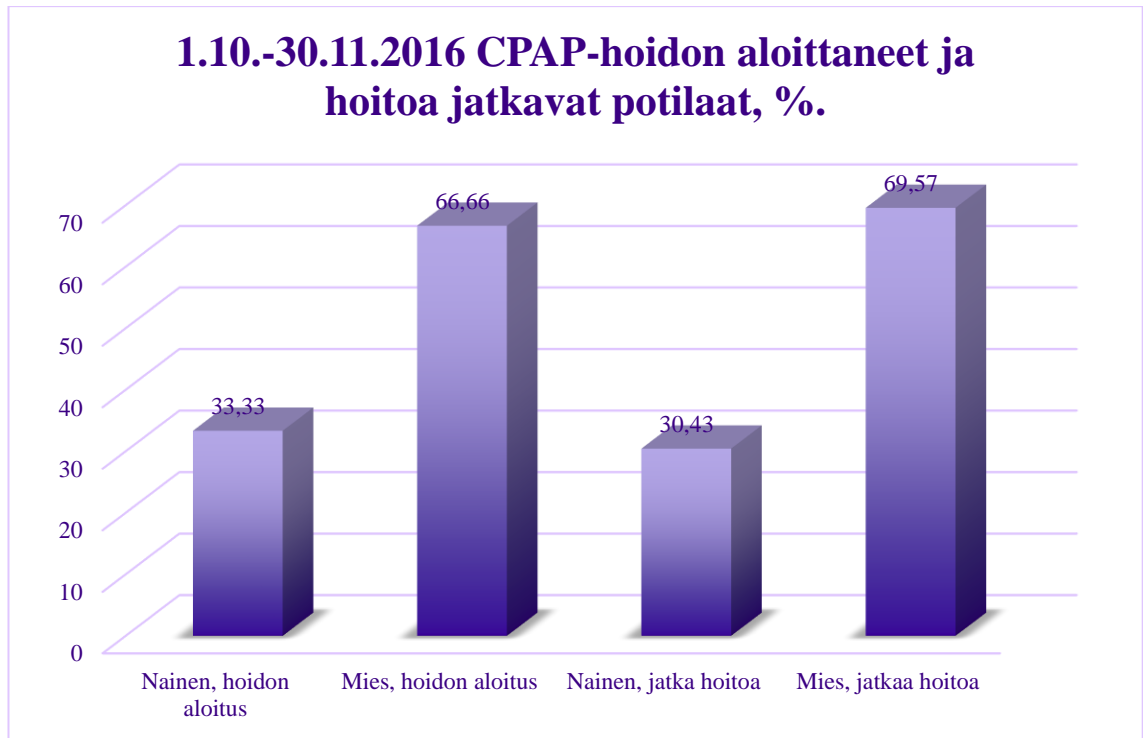
Taulukko 4:

1.10.–30.11.2017 CPAP-hoidon aloitti 63 potilasta, joista 20 keskeytti hoidon tai ei ollut vielä käynyt vuosikontrollissa. Laitehoidon aloituksen jälkeen viikkokontrollissa laitteen keskimääräiset käyttötunnit olivat 5,43 vuorokaudessa. Vuosikontrollin kohdalla keskimääräiset laitteen käyttötunnit olivat kasvaneet 5,46 vuorokaudessa.



**Taulukko 5**

1.10.–30.11.2016 Hoidon aloitti 11 naista ja 22 miestä. Vuoden kuluttua hoidon aloituksesta hoitoa jatkoi 7 naista ja 16 miestä.



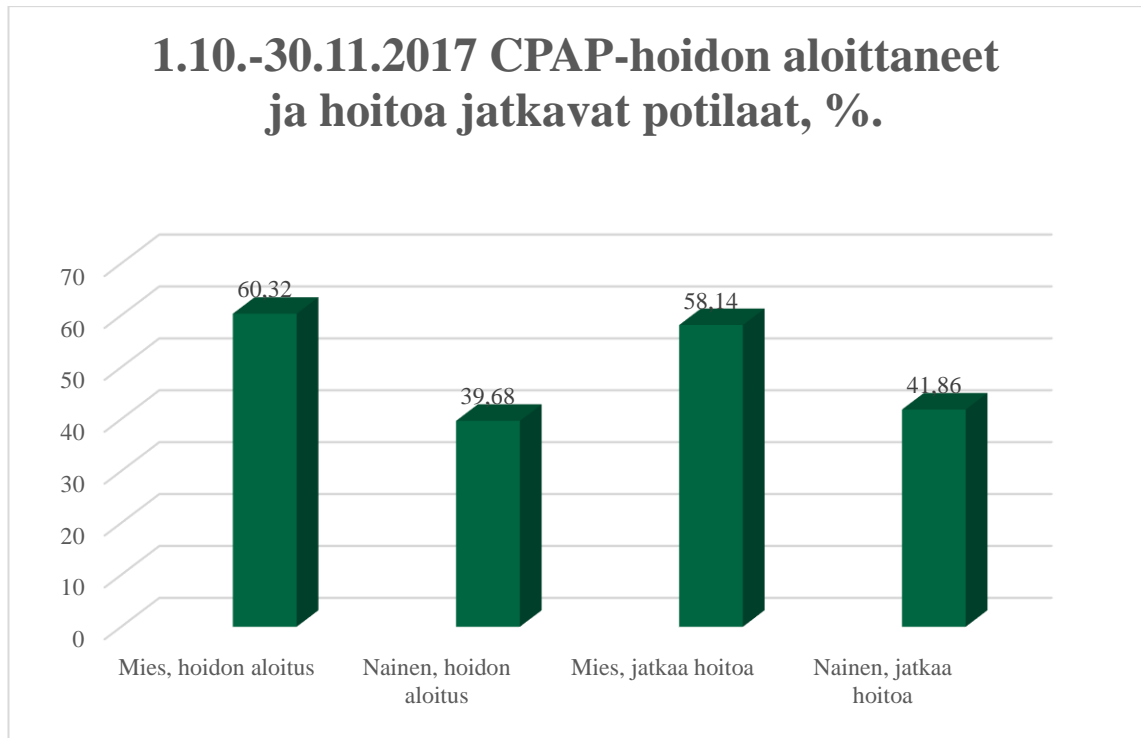
Taulukko 6

1.10.–30.11.2016 Hoidon aloittaneista 33,33% oli naisia ja 66,66% miehiä. Vuoden kuluttua hoitoa jatkaneista 30,43% oli naisia ja 69,57% miehiä.



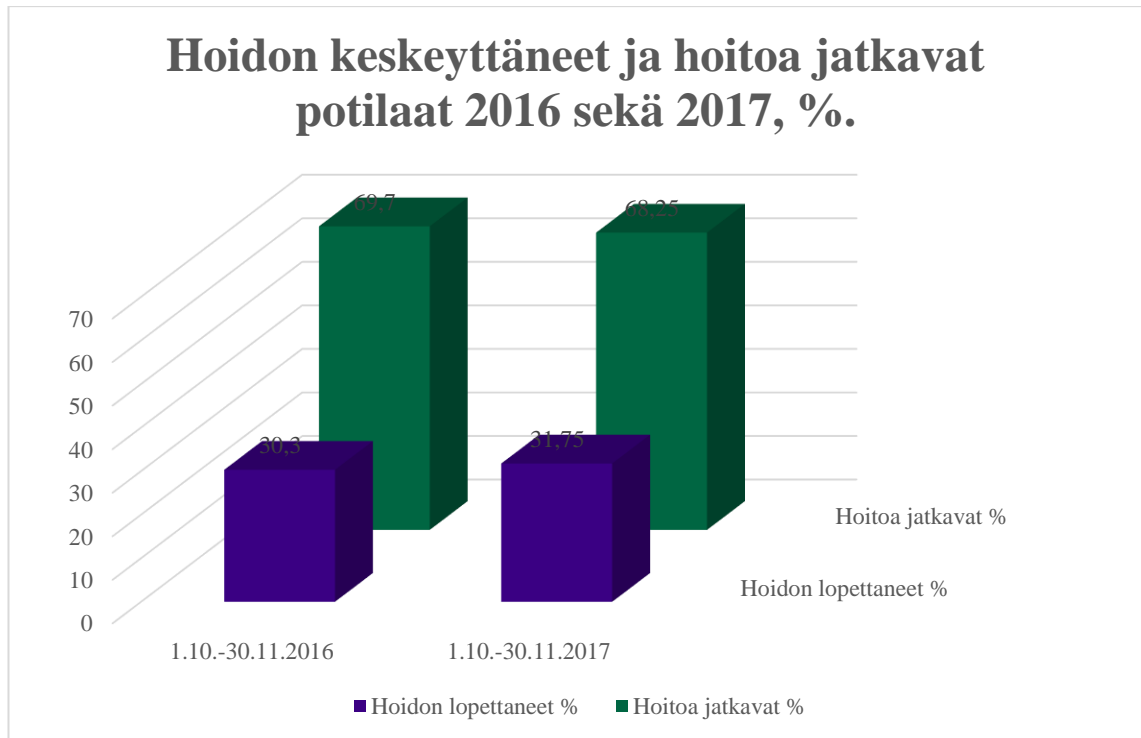
Taulukko 7

1.10.–30.11.2017 CPAP-hoidon aloittaneista 38 oli miehiä ja 25 naisia. Vuoden kuluttua hoitoa jatkoi 25 miestä ja 18 naista.



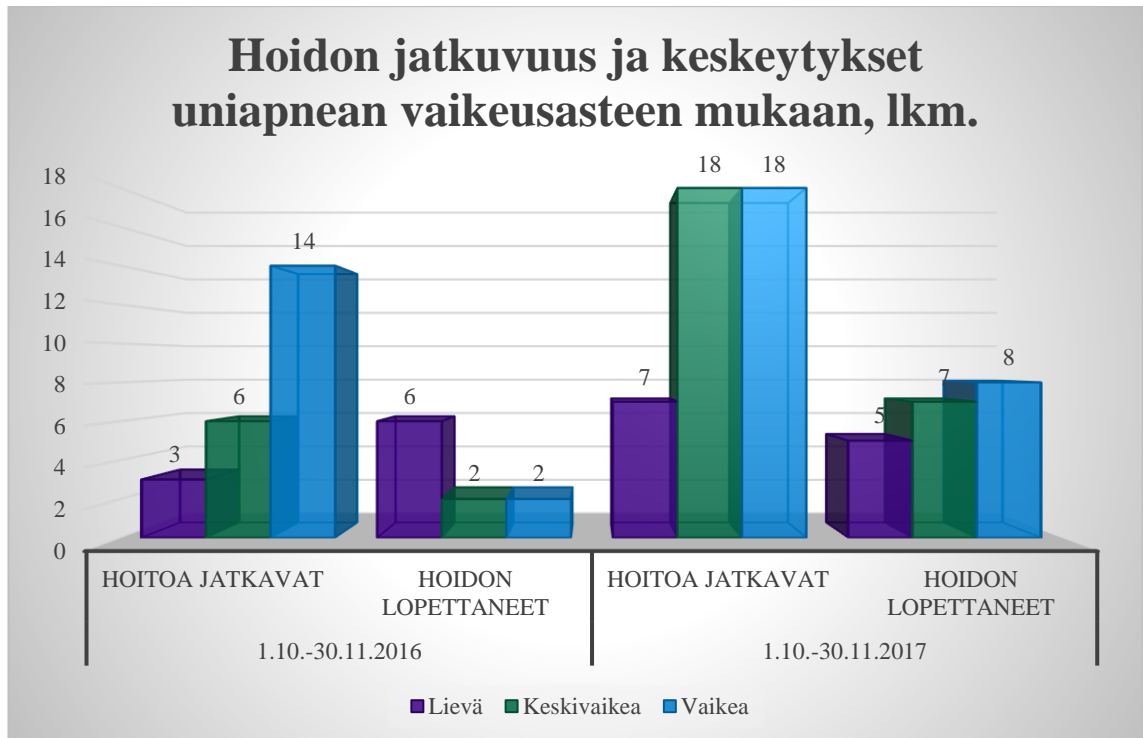
Taulukko 8

1.10.–11.2017 Hoidon aloittaneista 60,32% oli miehiä ja 39,68% naisia. Vuoden kuluttua hoidon jatkaneista miesten osuus oli 58,14% ja naisten 41,86%.



#### Taulukko 9

1.10.–30.11.2016 Hoidon keskeyttäneitä potilaita oli 30,3% ja hoitoa jatkaneita potilaita 69,7%. 1.10.–30.11.2017 Hoidon keskeyttäneitä potilaita oli 31,75% ja hoitoa jatkaneita potilaita 68,25%.



Taulukko 10

1.10.–30.11.2016 Hoitoa jatkoi potilaista 23 hlöä, joista kolme sairasti lievää, kuusi keskivaikeaa ja 14 vaikeaa uniapneaa. Saman ajanjakson aikana hoidon aloittaneista potilaista hoidon lopetti yhteensä 10 potilasta, joista kuudella oli lievä uniapnea, kahdella keskivaikeaa ja kahdella vaikeaa uniapneaa.

1.10.–30.11.2017 Hoidon aloittaneista potilaista hoitoa jatkoi vuosikontrollin jälkeen 43 henkilöä. Jatkaneista potilaista seitsemällä oli lievä uniapnea, 18 keskivaikeaa ja 18 vaikeaa uniapneaa. Hoidon lopettaneita oli 20 henkilöä, joista viidellä oli lievä uniapnea, seitsemällä keskivaikeaa ja kahdeksalla vaikeaa uniapneaa.



Taulukko 11

Taulukossa 11 on kuvattu taulukon 10 luvut prosentuaalisesti.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Uniapnean hoitoon sitoutuminen vuodesta 2016 verrattuna vuoteen 2017 ei ollut merkittävästi muuttunut etäseurannan myötä. Vuonna 2016 eniten hoidon keskeyttäneistä sairasti lievää uniapneaa, noin 60 %, kun taas vuonna 2017 keskeyttäneistä 40 % sairasti vaikeaksi luokiteltua uniapneaa. Keskivaikeaa uniapneaa sairastavien keskuudessa keskeytysprosentti oli 20 vuonna 2016 ja 35 vuonna 2017, tämä osuus oli noussut etäseurannan aikana. Vuonna 2017 uniapnean vaikeusasteella ei ole ollut diagrammien mukaan vaikutusta vaikeaa uniapneaa sairastavien keskuudessa vuoteen 2016 verrattuna. 2017 hoidon lopettaneista 40 % sairasti vaikeaa uniapneaa, kun taas 2016 osuus oli vain 20 %. Kumpanakin vuonna hoidon aloittaneista miehiä oli naisia enemmän. 2016 aloittaneista miehet jatkoivat prosentuaalisesti hoitoa enemmän kuin naiset, vuonna 2017 tulos oli toisinpäin. Tuloksiin voi vaikuttaa se, että vuonna 2017 uniapneaa diagnosoitiin enemmän ja potilaita oli jopa puolet enemmän kuin vuonna 2016.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyömme vahvuuksia ovat monipuoliset kontaktit Keuhkosairauksien poliklinikalle. Työpaikkaohjaajamme on pätevä ja kokenut sairaanhoitaja, jolla on monen vuoden kokemus myös unihoitajan työstä. Olemme saaneet ammattitaitoista ohjausta heti työn suunnitteluvaiheessa. Työn mahdollisuutena koemme kontaktien luomisen yhteistyökumppaneihimme ja työelämään sekä tätä kautta myös edistykselliseen hyvinvointiteknologiaan.

Opinnäytetyömme haasteena aluksi koimme pitkän välimatkan Lohjan sairaalaan, jonka uskoimme vaikuttavan tapaamisiin työpaikkaohjaajamme kanssa. Opinnäytetyön edetessä yhteistyö Lohjan Keuhkosairauksien poliklinikan kanssa kuitenkin sujui oikein luontevasti ja saimme heiltä aina pyydetyt tiedot sekä tuen opinnäytetyön prosessin aikana.

Työstämme tuli ehyt kokonaisuus, joka eteni järjestelmällisesti ja halutussa järjestyksessä sujuvasti. Mielestämme määrittelimme johdannossa kattavasti työmme tavoitteet ja ne täyttyivät halutulla tavalla. Saimme arvokasta ja haluttua tietoa sairaalan henkilökunnan tietoon ja hyödynnettäväksi. Työtämme hyödynsi myös jatkotutkimusta suunnittelevat ammattikorkeakouluopiskelijat opinnäytetyössään.

Ongelmakohtiksi koimme välillä kiireiset aikataulumme, jolloin yhteisiä tapaamisia oli ajoittain haastava saada sovittua tai tapaaminen meni pitkän ajan päähän. Soittelimme kuitenkin paljon, jolloin pystyimme sopimaan työn etenemisestä ja tehtävien jaosta.

Opinnäytetyömme opetti meitä ehdottomasti suunnitelmalliseen työhön ja hyvän suunnitelman tärkeyteen. Hyvä suunnitelma auttoi meitä erittäin tehokkaasti alkuun työssämme.

## LÄHTEET

- CPAP-hoitoon sitoutuminen. Käypä hoito –suositus (4.4.2017). Helsinki. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 3.4.2019  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02476>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Potilasohje. *Unen huolto*. (27.05.2009). Lohja: Keuhkosairauksien poliklinikka.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lohjan sairaanhoitoalue. Uniapnean hoitopolku (13.04.2017). Lohja: Keuhkosairauksien poliklinikka.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Keuhkosairauksien poliklinikka. Saatavilla 10.5.2019 <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/poliklinikat/Sivut/Keuhkosairauksien-poliklinikka.aspx>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Unenaikaiset tutkimukset. Yöpolygrafia. Saatavilla 2.12.2018 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/kuvantaminen-ja-fysiologia/tietoa-tutkimuksista/Unenaikaiset-tutkimukset/Sivut/default.aspx>
- Hengityслиitto. Hengityssairaudet. CPAP-laitteet. Saatavilla 28.11.2018  
<https://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/apuvalineet-laakitys/cpap-laitteet>
- Hengityслиitto. Hengityssairaudet. Tietoa CPAP-hoidosta ja CPAP-laitteiden käytöstä. Saatavilla 22.11.2018 <https://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/apuvalineet-laakitys/cpap-laitteet>
- Hengityслиitto. Hengityssairaudet. Uniapnea. Saatavilla 26.11.2018  
<http://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/uniapnea>
- Hengityслиitto. Opas uniapneaa sairastaville. Mikä on uniapnea? Saatavilla 27.11.2018 [https://www.hengityслиitto.fi/sites/default/files/op-paat/opas\\_uniapneaa\\_sairastaville.pdf](https://www.hengityслиitto.fi/sites/default/files/op-paat/opas_uniapneaa_sairastaville.pdf)
- Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.) (2011). *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Jyväskylän yliopisto. Empiirinen tutkimus. Saatavilla 27.4.2019  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/empiirinen-tutkimus>

- Jyväskylän yliopisto. Määrällinen tutkimus. Saatavilla 27.4.2019  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Jyväskylän yliopisto. Tutkimusstrategiat. Saatavilla 27.4.2019  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat>
- Kaarteenaho, R., Brander, P., Halme, M. & Kinnula, V. (toim.) (2013). *Keuhkosairaudet*. Helsinki: Duodecim.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki. Käsitteet. Saatavilla 29.8.2019 [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Kasitteet?contentid=d1d0d49a-cbbb-45c8-a215-0fa74e220e0d&refreshTree=0#K%C3%A4sitteet%20teorial%C3%A4ht%C3%B6isess%C3%A4%20\(m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4llisess%C3%A4\)%20tutkimuksessa](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Kasitteet?contentid=d1d0d49a-cbbb-45c8-a215-0fa74e220e0d&refreshTree=0#K%C3%A4sitteet%20teorial%C3%A4ht%C3%B6isess%C3%A4%20(m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4llisess%C3%A4)%20tutkimuksessa)
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimusluvut ja lausunnot. Saatavilla 7.5.2019  
[https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Tieteellinen\\_toiminta/Tutkimuksen\\_valmistelu\\_ja\\_aloittaminen/Tutkimusluvut\\_ja\\_lausunnot\(44354\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Tieteellinen_toiminta/Tutkimuksen_valmistelu_ja_aloittaminen/Tutkimusluvut_ja_lausunnot(44354))
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. (2009). Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- L 1050/2018. Tietosuojalaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>
- Lihavuus (aikuisilla). Käypä hoito –suositus (17.01.2011). Helsinki. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 22.11.2018  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00017>
- Omaterveyteni.fi. Opas uniapaneaa sairastaville. "Uniapnean hoito muutti elämäni." Saatavilla 27.11.2018 [http://www.omaterveyteni.fi/sites/www.omaterveyteni.fi/files/Pdf/uniapnea\\_opas\\_2202.low\\_.pdf](http://www.omaterveyteni.fi/sites/www.omaterveyteni.fi/files/Pdf/uniapnea_opas_2202.low_.pdf)
- OpiTietosuoja.fi. Yleistä tietosuojasta. Saatavilla 10.5.2019 <https://opitietosuoja.fi/fi/aloitus/tietosuoja>
- Partinen, M. & Huovinen, M. (2007). *Terve uni*. Vantaa: Dark Oy
- ResMed. Mitä uniapnea on. Uniapnean eri muodot. Saatavilla 26.11.2018  
<https://www.uniapnea.fi/mita-uniapnea-on/uniapnean-eri-muodot/>

- ResMed. Potilaat ja perheenjäsenet. Tukipalvelut. Mask comfort FAQs. Saatavilla 22.11.2018 <https://www.resmed.com/fi-fi/consumer/support/masks/mask-comfort.html>
- Rekisteritutkimuksen tukikeskus. Rekisteritutkimus. Saatavilla 3.4.2019 <https://rekisteritutkimus.wordpress.com/rekisteritutkimus/>
- Saarelma O. (10.4.2018). Uniapnea, unenaikaiset hengityskatkot. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavilla 26.11.2018 [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00712&p\\_hakusana=uniapnea](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00712&p_hakusana=uniapnea)
- Siunsote. Tutkimus. Rekisteritutkimus. Saatavilla 3.4.2019 <http://www.siunsote.fi/rekisteritutkimus>
- Suomen Unihoitajaseura ry. CPAP-ohjaus. Saatavilla 10.5.2019 <http://unihoitajat.fi/terve-uni/unihoitotyö/uniapneapotilaan-hoitotyö/cpap-ohjaus/>
- Terveyskirjasto. (2007.) Potilaan sitoutuminen hoitoon. Saatavilla 3.4.2019 <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>
- Terveyskirjasto. (2018.) Uneliaisuuskysely. Saatavilla 28.11.2018 <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50088c.pdf>
- Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito –suositus (15.06.2017). Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Saatavilla 23.10.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50088>
- Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito –suositus (15.06.2017). Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Saatavilla 26.11.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07316>
- Uniklinikka. Mitä uni on? Saatavilla 4.4.2019 <http://www.uniklinikka.fi/files/Artikkeli-1-MitaUniOn.pdf>
- Uniliitto. Hyvä uni. Saatavilla 5.4.2019 [http://www.uniliitto.fi/File/HYV%C3%84\\_UNI\\_2016\\_\\_\\_t%C3%A4m%C3%A4.pdf?819423](http://www.uniliitto.fi/File/HYV%C3%84_UNI_2016___t%C3%A4m%C3%A4.pdf?819423)
- Vainikainen, T. (2017.) *Miksi aina väsyttää?* Helsinki: Kirjapaja
- World Health Organization. (2003.) Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Saatavilla 3.4.2019 [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf)

## LIITE 1. Unen huolto

## Unen huolto

## OHJE 1.

*Aamulla*

1. Herää joka päivä suunnilleen samaan aikaan, myös vapaapäivinä.
2. Herättyäsi nouse ylös sängystä. Älä jää aamulla viettämään aikaa tai loikoilemaan sänkyyn.
3. Aamulla heräämisessä auttavat valo, riittävä aamupala ja fyysinen aktiiviteetti.

*Päivällä*

1. Noudata säännöllistä rytmiä työn, ruokailun ja harrastusten suhteen.
2. Harrasta liikuntaa, mutta lopeta raskas liikunta 3–4 tuntia ennen nukkumaanmenoa.
3. Vältä tai rajoita kofeiinin, alkoholin ja nikotiinin käyttöä.
4. Pidä päivän aikana riittävästi taukoja, joiden aikana voit rentoutua ja pohtia tai ratkoa asioitasi ja huoliasi.
5. Lyhyet, 10–20 minuutin päiväunet parantavat vireyttä.
6. Vireyttä voi edistää myös syömällä kevyitä välipaloja, pitämällä taukoja, hakeutumalla muiden seuraan, käymällä kävelyllä ja nauttimalla raittiista ilmasta. Vireyden ylläpitämisessä auttaa myös hyvä valaistus.

*Illalla ja yöllä*

1. Rentoudu ja rauhoitu itsellesi mieleisellä tavalla noin kaksi tuntia ennen nukkumaanmenoa.
2. Syö illalla kevyesti, mutta riittävästi. Juo vain vähän.
3. Tee makuuhuoneestasi unen kannalta riittävän mukava.  
On tärkeää, että makuuhuone ei ole liian lämmin tai kylmä ja että nukkumisympäristö on pimennetty ja rauhallinen.
4. Tee makuuhuoneestasi ajaton vyöhyke nukkumaanmenon ja ylösnousun väliseksi ajaksi. Pistä herätyskello paikkaan, josta et näe sitä etkä kuule sen tikitystä.
5. Luovu kaikista toiminnoista, jotka eivät kuulu sänkyyn ja varaa sänky nukkumista varten.
6. Mene vuoteeseen vasta, kun olet unelias.
7. Rajoita vuoteessaoloaikaa. Muistele, miten pitkään nukuit ennen unettomuutta, ja vietä suurin piirtein sama aika vuoteessa.
8. Nukkumaan mennessäsi älä yritä nukahtaa. Tee jotain, mikä siirtää huomiosi pois unen yrittämisestä.

Lähde: Työikäisten unettomuuden hoito. Toim. Heli Järnefelt ja Christer Hublin. © Kirjoittajat ja Työterveyslaitos 2012

## LIITE 2. Uneliaisuuskyseily

## UNELIAISUUSKYSELY (Epworth Sleepiness Scale)

Nimi ja henkilötunnus: \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_

OHJE: Kuinka todennäköisesti torkahdatte tai nukahdatte seuraavissa tilanteissa (ettekä vain tunne itseänne väsyneeksi)? Tämä koskee Teidän tavanomaista elämäntapaanne kahden viimeksi kuluneen viikon ajalta. Vaikka ette olisi tehnyt jotain alla kuvatuista asioista, yrittäkää arvioida, miten ne olisivat vaikuttaneet Teihin. Käyttäkää seuraavaa asteikkoa valitessanne numeron kuhunkin tilanteeseen.

	En nukahda koskaan =0	Pieni todennäköisyys nukahtaa =1	Kohtalainen todennäköisyys nukahtaa =2	Suuri todennäköisyys nukahtaa =3
Istun lukemassa				
Katson TV:tä				
Istun passiivisena julkisessa paikassa (esim.teatteri,kokous esitelmä)				
Olen matkustajana autossa keskeytyksettä tunnin ajan				
Lepään makuuasennossa iltapäivällä				
Istun puhumassa jonkun kanssa				
Istun rauhassa alkoholittoman lounaan jälkeen				
Istun autossa sen pysähdyttä liikenteessä muutamaksi minuutiksi (esim.liikennevaloissa)				

Paino: \_\_\_\_\_ kg ja pituus \_\_\_\_\_ cm

Tupakointi: Kyllä, \_\_\_\_\_ savuketta/vrk, Ei

Työtehtävät: \_\_\_\_\_

Ajokorttiluokka: \_\_\_\_\_ / Ei ajokorttiaAmmattiajolupa: Kyllä Ei

Ammattiautoilijan työterveyshuolto: \_\_\_\_\_

Oletko viimeksi kuluneen vuoden aikana:	Kyllä	Ei
kokenut itsesi väsyneeksi ajaessasi autoa?		
joutunut läheltä piti- tilanteisiin ajaessasi autoa?		
joutunut liikenneonnettomuuteen väsymyksen tai rattiin nukahtamisen takia?		

### LIITE 3. Henkilön vaitiolositoumus / salassapito- ja käyttäjäsitoumus

#### **HENKILÖN VAITIOLOSITOUMUS / SALASSAPITO- JA KÄYTTÄJÄSITOUMUS**

Sitoudun

- antamaan henkilötietoni sairaalan henkilöstörekisteriin (päivittämään ne tietojen muuttuessa)<sup>1</sup>
- noudattamaan kuntayhtymän, sairaalan, tulosyksikön johtajan, turvapäällikön, ylläkäärin, ylihoitajan ja taloudesta vastaavien viranomaisten antamia ohjeita ja sääntöjä ja sallin tietoliikenteeseen käytöstäni jäävien logitietojen lukemisen
- pidättäytymään ilmaisemasta luvatta muille tehtävän yhteydessä tietoon saamaani seikkaa, joka erikseen on määrätty tai säädetty salassa pidettäväksi tai joka tehtävään liittyvän toimintatavan mukaan tai asian laadun vuoksi muutoin on salassa pidettävä.
- En saa tehtävän aikana enkä myöskään tehtävän päättymisen jälkeen ilmaista tehtävän vuoksi tietoon saatuja terveydenhuollon toimintayksikköä tai sen asiakkaita, sopimuskumppaneita tai muita yhteistyötahoja koskevia salassa pidettäviä tietoja. Potilaiden terveydentilatietojen lisäksi tällaisia ovat myös mm. liike- ja ammattisalaisuudet.
- Tehtävässä minulla on katselu- ja käyttöoikeus vain tietoihin, joita koskee tehtävään annettu viranomaislupa tai joista asianomaiset henkilöt ovat antaneet nimenomaisen säädetyn suostumuksensa (vrt. tutkittavan tiedote ja suostumus).

Olen ymmärtänyt edellä mainitut määräykset ja sitoudun noudattamaan niitä.

Päiväys

Henkilön allekirjoitus

Nimenselvennys ja henkilötunnus

Osoite ja yhteystiedot (puhelinnumero ja sähköpostiosoite)

<sup>1</sup> Jos opinnäytetyötä luvalla ja tämän sopimuksen nojalla suorittavan henkilön tehtävä päättyy, HUS:ssa olevan vastuuhenkilön pitää ilmoittaa Tietun tallentajalle asiasta.