

Minna Aaltonen

ASTMAN HOITOPOLKUOHJEIDEN JALKAUTTAMINEN
KAARINAN TERVEYSKESKUKSESSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

2012



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

ASTMAN HOITOPOLKUHJEIDEN JALKAUTTAMINEN KAARINAN
TERVEYSKESKUKSESSA

Aaltonen, Minna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
HOITOTYÖN koulutusohjelma
toukokuu 2012
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 6

Asiasanat: astma, omahoito, hoitopolku, potilasopas

Tämän projektiluontoisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää informatiivinen potilasopas Kaarinan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan käyttämästä sähköisestä astmapotilaan hoitopolusta. Tavoitteena oli lisätä Kaarinan terveyskeskuksen hoitopolun tunnettavuutta ja toimintatapoja uusille ja jo entuudestaan astmadiagnoosin saaneille potilaille. Toisena tavoitteena oli, että jo aikaisemmin astmadiagnoosin saaneet potilaat motivoituisivat käymään säännöllisissä kontrolleissa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin astmaa sairautena, lääkehoitoa ja hoidon ohjausta. Teoriaosuudessa on tuotu esille myös oppaan valmistukseen liittyviä asioita. Tavoitteena oli, että kirjallinen tuotos on ymmärrettävä, johdonmukainen ja selkeä ja ,että se tukisi käymään säännöllisissä astmakontrolleissa. Opinnäytetyön tuloksena valmistui A5-kokoinen, värillinen potilasopas astmapotilaille sekä myös henkilökunnan käyttöön.

Astma on keuhkoputkien krooninen tulehduksellinen sairaus. Se on suomalaisten toiseksi yleisin pitkäaikaissairaus. Astmaa sairastaneiden määrä on lisääntynyt viime vuosina ja sairastavuus on edelleen kasvussa. Astman taustalla ovat usein allerginen taipumus, ympäristötekijät sekä perinnöllinen alttius. Sairauden diagnosointi varhaisessa vaiheessa sekä asianmukainen hoito ja ohjaus antavat astmaatikolle hyvän lähtökohdan saavuttaa hyvä elämänlaatu sairaudesta huolimatta. Onnistuneella potilasohjauksella on selvä vaikutus potilaiden terveyteen ja omahoitoon.

Astman hoidon yhtenäistämiseksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on laadittu astman hoitoketju, jossa määritellään työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoketjulla tarkoitetaan kansallisiin suosituksiin perustuvia ohjeistuksia tiettyjen potilasryhmien tai sairauksien hoidosta ja sen porrastuksesta. Hoitopolku taas on hoitoyksikön paikallinen ohje miten eri sairauksia hoidetaan.

INTRODUCING THE CARE PATH OF ASTHMA IN KAARINA HEALTH-CARE CENTER

Aaltonen, Minna
Satakunta University of Applied Sciences
Training Program of Nursing
May 2012
Supervisor: Flinck, Marja
Number of pages: 36
Appendices: 6

Key words: asthma, self-care, care pathway, patient guide

The purpose of this thesis work was to produce a guide in asthma for new and former asthma-diagnosed patients of the electronic information system used by the nursing staff. The purpose of this thesis was to increase information on how well-known this care pathway for asthma is and how it is adopted in Kaarina's Health Care Center.

The guide's another purpose was also to increase visits to regular asthma controls. In a theoretical section of the thesis asthma is discussed as a disease as well as the medication and the guidance of treatment. Different facts related to making a guide are also discussed in the theoretical part. The aim was to create an understandable, logical and clear guide. The result of this thesis work is an A5 sized and colored guide to asthmatic, which can be used as tool for the nursing staff too.

Asthma is a chronic inflammatory disease of the respiratory organs. It's the second common long-term disease among population in Finland. Morbidity in asthma has increased in recent years and it is still increasing. The background of the situation is usually allergic tendency, environmental effects or hereditary susceptibility. To give the patient a starting point for a good life despite the illness, asthma has to be diagnosed at an early stage and the appropriate treatment and control need to be available on regular basis. Successful patient guidance has an impact on the patient's health and health promoting activities.

There is a care pathway of asthma created in the Turku University Hospital district where distribution of work between primary and special health care is defined. It also presents the tests and actions that should be performed when diagnosing asthma in primary health care. Path care is institution's local instruction on how to cure different diseases.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PROJEKTIN TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3 ASTMAPOTILAAN HOITO JA OHJAUS	7
3.1 Astma sairautena	7
3.2 Astman esiintyvyys ja kansanterveydelliset vaikutukset.....	8
3.3 Astman oireet	9
3.4 Astman hoito ja ohjaus	10
4 HOITOPOLKU.....	12
4.1 Käypä hoito-suositukset.....	12
4.2 Hoitoketju	13
4.3 Ohjauksen järjestäminen.....	17
4.4 Potilasopas	18
4.5 Kaarinan terveystieteiden tutkimuskeskuksen astmahoitopolku	21
4.5.1 Ensikäynti lääkärille.....	21
4.5.2 Ensikäynti astmahoitajalle	22
4.5.3 Lääkärin vastaanotto astmadiagnoosin varmistuttua	22
4.5.4 Astmahoitajan hoidon ohjaus	22
4.5.5 Astmahoitajan kolmen kuukauden soittoaika	23
4.5.6 Astmahoitajan kuuden kuukauden kontrolli	23
4.5.7 Lääkärin kuuden kuukauden kontrolli.....	23
4.5.8 Astmahoitajan vuosittainen määräaikaishoito	24
4.5.9 Lääkärin vuosittainen määräaikaishoito.....	24
5 PROJEKTI.....	25
5.1 Projektin suunnittelu	25
5.2 Projektin toteutus.....	26
5.3 Projektin arviointi.....	28
5.4 projektin luotettavuus ja eettisyys	31
6 POHDINTA.....	32
LÄHTEET	35
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Astma on keuhkoputkien pitkäaikainen tulehdussairaus. Astman kehittymiseen vaikuttavat sekä perinnöllinen alttius että ympäristötekijät. Perintö- ja ympäristötekijöiden merkitys astman laukeamisessa on yksilöllistä. Astma puhkeaa sairaudeksi tavallisimmin silloin, kun astmalle perinnöllisesti altis ihminen joutuu olosuhteisiin, jotka tuovat oireet esille. (Juntunen-Backman, Peura 2002, 10.)

Astmaa sairastaa suomalaisista aikuisista 5-6 %. Noin 60 prosentilla astma on lievä eli oireita esiintyy kausittain, esimerkiksi siitepöly –tai pakkaskautena. Noin 40 prosentilla astma on vaikea eli hengitys vinkuu päivittäin, öisin esiintyy vaikeita oireita, töistä poissaoloviikkoja on useita vuodessa ja sairaalahoitopäiviä runsaasti. (Iivanainen, Jauhainen & Syväoja 2010, 376.)

Astman ohjatulla omahoidolla tarkoitetaan hoitokäytäntöä, joka muodostuu kahdesta tekijästä, eli tehokkaasta potilasohjauksesta ja potilaiden oma-aloitteisesti käynnistämistä toimenpiteistä astman pahenemisvaiheiden uhatessa. Potilasohjauksen tulee sisältää perustiedot astmasta ja sen aiheuttamista keuhkojen toiminnan häiriöistä, astmalääkkeistä ja niiden käytöstä ja vaikutusmekanismeista sekä astmaa pahentavista tekijöistä. (Lahdesuo 2010, 57.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan 1991 (uudistettu 1993). Lain tarkoituksena on turvata terveydenhuollossa hoidossa olevien potilaiden oikeus saada hyvää ja tasa-arvoista hoitoa. Suomessa potilaalla on oikeus saada viiveetöntä, tasa-arvoista, oikeudenmukaista ja korkealaatuista hoitoa. (Suonsivu 2000, 135.)

Astman hoito perustuu erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa valtakunnallisiin hoitosuosituksiin. Käypä hoito- suosituksella tarkoitetaan asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimaa, tieteellisesti mahdollisimman hyvin perusteltua kannanottoa parhaan mahdollisen hoitovaihtoehdon valitsemiseksi. (Mäntyranta, Kaila & Varonen 2003, 14.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää informatiivinen potilasopas Kaarinan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan käyttämästä sähköisestä astmapotilaan hoitopolusta. Tällä hetkellä ohjeistukset ovat ainoastaan henkilökunnan käytettävissä sähköisessä muodossa. Tavoitteena oli selkeyttää astmapotilaan hoitosuosituksia ja edistää hoitoon sitoutumista ja omahoidon onnistumista. Oppaan avulla astmapotilaalle muodostuu käsitys astman hoidon eri vaiheista sekä kontrolleista Kaarinan terveyskeskuksessa. Oppaan myötä astmapotilas tuntee olevansa itse vastuussa sairaudestaan, mutta myös olevansa hoitopolulla hoitajansa ja lääkäriensä kanssa.

2 PROJEKTIN TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Projektin tavoitteena oli laatia informatiivinen potilasopas, mikä kuvaa Kaarinan terveyskeskuksen astmapotilaan hoitopolkua. Kaarinan terveyskeskuksessa on ollut käytössä kolme vuotta astman hoidon sähköinen ohjeistus, jonka perustana on valtakunnallinen astman hoitosuositus. Tarkoituksena oli selkiinnyttää uusille astmapotilaille astman kontrollikäynnit. Toisena tavoitteena oli, että jo aikaisemmin astmadiagnoosin saaneet potilaat motivoituisivat käymään säännöllisissä kontrolleissa.

Projektin tehtävät olivat:

1. Kuvata Kaarinan terveyskeskuksen astman hoitopolku astmapotilaalle
2. Suunnitella ja toteuttaa informatiivinen potilasopas
3. Arvioida kirjallinen tuotos
4. Auttaa kaikkia astmapotilaita hoitokontrolleihin, mikäli astman hoitotasapaino on uhattuna
5. Madaltaa kynnystä ottaa yhteyttä astmahoitajiin astmaa koskevissa tilanteissa

Projektin ajatus syntyi siitä, että tällä hetkellä astmapotilas ei saa itselleen mitään kirjallista runkoa astman hoidon toteutuksesta Kaarinan terveyskeskuksessa. Astmakontrollit tapahtuvat astman hoidon alussa melko tiiviisti, mutta vähenevät sen jälkeen vuosikontrolleihin. Astmapotilaiden kontrollit pyritään järjestämään hoidon

aloittaneelle lääkärille. Seuraavaa aikaa tilattaessa ei aina ole mahdollista heti tilata uutta aikaa samalle lääkärille, joten ajanvaraus jää usein potilaalle itselleen myöhemmin tehtäväksi.

Hoitokontrollien tilaaminen jo tässä kohtaa vaatii hoitoonsitoutumista. Informatiivinen potilasopas hoitopolusta toisi jatkossa helpotusta kontroleja tilattaessa. Säännöllisillä astmakontrolleilla tuettaisiin ohjattua omahoitoa.

Tässä projektityössä keskeiset käsitteet olivat astma, hoitopolku sekä informatiivinen potilasopas.

3 ASTMAPOTILAAN HOITO JA OHJAUS

3.1 Astma sairautena

Astma on keuhkoputkien limakalvojen tulehdussairaus. Taustalla limakalvon reagoinnissa on yleensä allergia tai mikrobien aiheuttama tulehdusreaktio. Pitkään kestänyt ja toistuva astmatulehdus saattaa aiheuttaa häiriöitä keuhkojen toiminnassa sekä ahtauttaa erityisesti keuhkoputkia. Keuhkoputkien ahtautuminen on vaihtelevaa. Useilla astmaatikoilla voimakas supistumistaipumus ilmenee oireiluna erilaisten ärsykkeiden yhteydessä. Pysyviä rakeenteellisia muutoksia, kuten sidekudoksen lisääntymistä limakalvoissa tai keuhkoputkia ympäröivässä lihaskerroksessa, voi kehittyä vaikeassa ja pitkään jatkuneessa astmassa. (Haahtela, 2010.)

Astman tyypillisiä oireita ovat hengenahdistus fyysisessä rasituksessa, aamuyöllä, pakkasessa, ylähengitystieinfektion yhteydessä sekä allergeenialtistuksen jälkeen. Astman oireisiin kuuluvat myös yskä sekä lisääntynyt limaneritys, yleensä aamuöisin sekä allergeenialtistuksen jälkeen. Uloshengityksen vinkuna korostuu varsinkin selinmakuulla ja nukkumaan mennessä. (Iivanainen, Jauhiainen ja Pikkarainen 2006, 375.)

Astmataipumus on elinikäinen, mutta sairauden kulku vaihtelee täydestä oireettomuudesta vakaviin kohtauksiin. Tehokkaalla alkuvaiheen hoidolla potilas voidaan usein parantaa oireettomaksi. (Haahtela 2007, 219.)

Astman taustalla ovat monet perinnölliset tekijät, kuten taipumus atooppiseen allergiaan ja keuhkoputkien supistumisherkkyyteen. (Haahtela, Hannuksela, Mäkelä & Terho 2007, 219.)

Epidemiologisten tutkimusten perusteella on tutkittu, että lihavuus lisää astmaa ja vähentää astmalääkkeiden vaikutusta. Toisaalta laihduttaminen parantaa keuhkojen toimintaa ja lääkkeiden vaikutusta. Painonpudotuksen tulisi aktiivisesti sisältyä astmaatikon hoitoon. ((Delgado, Barranco & Quirce, 2008.)

3.2 Astman esiintyvyys ja kansanterveydelliset vaikutukset

Astmaa sairastaa noin kuusi prosenttia Suomen väestöstä. On lisäksi arvioitu, että väestössä on viisi prosenttia sellaisia ihmisiä, joilla on astman kaltaisia oireita ajoittain. Suuri osa astmatikoista on allergisia, jotka saavat oireita hengitysilman allergeeneista. Astman vaikutus vähenee aikuisiässä. Vaativista pitkäaikaissairauksista astma on toiseksi yleisin verenpainetaudin jälkeen. Yli 400 000 henkilöä saa vuosittain sairausvakuutuskorvauksia astmalääkkeistä. Lasten sairauksista astma on yleisin pitkäaikaissairauksista. (Terveyskirjaston www.sivut, 2010.)

Viime vuosikymmenien aikana kansanterveyden kannalta merkittävien keuhkosairauksien kirjo on muuttunut paljon. Astma ja allergiat ovat yleistyneet nopeasti. Vaikuttamalla terveyskäyttäytymiseen, puuttamalla ympäristöstä johtuvaan altistumiseen ja parantamalla sairauden varhaista havaitsemista hengityselinterveyttä voidaan parantaa ja keuhkosairauksiin sairastumisen riskiä pienentää. Järjestelmällinen ennaltaehkäisy, varhainen toteaminen ja hoito vähentäisivät sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia sekä parantaisivat mitattavassa määrin ihmisten elämänlaatua ja työkykyä. Pitkäaikaiset keuhkosairaudet vaikuttavat yleiskuntoon ja toiminta- ja työkykyyn. Opetus, potilasohjaus, apuvälineisiin liittyvä

koulutus sekä sopeutumis- ja kuntoutuskurssit ovatkin tärkeä osa erityisesti pitkäaikaisissa keuhkosairauksissa. (Bäckmand 2010, 8-9.)

Astma sairastavista noin 60% :lla tauti on lievänä eli oireita esiintyy kausittain, esimerkiksi siitepöly –tai pakkaskausina. Noin 40% :lla astma on vaikea eli hengitys vinkuu päivittäin, öisin esiintyy vaikeita oireita, töistä poissaoloviikkoja on useita vuodessa ja sairaalahoitopäiviä on runsaasti. Väestöstä noin kymmenellä prosentilla on ajoittain astman kaltaista tulehdusta keuhkoputkien limakalvolla. (Iivanainen 2006, 374.)

Euroopassa tarvitaan astman takia 2-3 miljoonaa sairaalapäivää vuodessa ja Suomessakin vielä noin 15 000. Diagnostisoimatonta astmaa on lisäksi runsaasti. (Haahtela 2011, 5.) Kelan rekisteritietojen mukaan vähän yli kolmella prosentilla alle 16-vuotiaista (pojista 3,8 %, tytöistä 2,3 %) oli vuoden 2003 lopussa oikeudet erityiskorvattaviin astmalääkkeisiin. Vuosien 1987 ja 1996 välillä olevan lasten pitkäaikaissairastavuuden huomattava lisääntyminen selittyi lähes kokonaan astman ja allergioiden lisääntymisellä. (Hirvonen, Kaila, Klaukka, Pietinalho & Vanto 2001, 29-37.)

Astma poikkeaa monella tavalla muista kansantaudeista. Astma alkaa usein jo varhaislapsuudessa. Erityisesti verenkiertoelinten sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat keski- ja myöhäisiän sairauksia. Lasten astma on vahvasti yhteydessä allergioihin ja atopiaan (välittömään yliherkkyyteen), jolloin puhutaan ulkosyntyisestä astmasta. Iäkkäiden astman ajatellaan olevan enemmän sisäsyntyistä, sen syntymistapaa ei tarkoin tunneta eikä sairastuneilla ole aikaisemmin ollut allergioita. (Juntunen-Backman 2002, 11.)

3.3 Astman oireet

Astman oireet alkavat usein hengitystieinfektion yhteydessä. Allergeeneille altistuminen tai rasitus saattavat myös puhkaista oireet. Tyypillisesti oireistoon kuuluu yskä, mahdollisesti yöllinen yskä, limaneritys ja hengenahdistus. (Puolijoki 2010, 97.)

Astman oireet ovat erilaisia eri potilailla ja samalla potilaalla oireet voivat vaihdella. Oireet voivat alkaa äkillisesti hengenhdistuskohtauksella tai vähitellen. Oireita saattavat pahentaa tupakansavu, erilaiset pölyt, kuten siitepöly, maantiepöly, homepöly tai työperäinen pöly. Hajusteet ja pakokaasut voivat lisätä oireiluja. Stressillä on myös vaikutusta. Joillakin särkylääkkeillä kuten esim. morfiinilla, pankuronilla, ja kodeiinilla on oireita lisääviä vaikutuksia. Ylipaino ja infektiot lisäävät oireiluja. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 375-376.)

Astman oireet voivat vaihdella ja olla myös erilaisia eri henkilöillä. Jopa samalla henkilöllä saattavat oireet vaihdella kuukaudesta toiseen. Hengenhdistusta ilmenee tavallisimmin aamuöisin ja aamuisin, rasituksen jälkeen (erityisesti pakkasella), ylähengitysteiden tulehdusten yhteydessä ja allergian aiheuttajille, kuten siitepölylle ja eläimille, altistumisen jälkeen. Astmassa korostuu vuorokautinen rytmi. (Laitinen 2002, 22.)

3.4 Astman hoito ja ohjaus

Alkavan tai lievän astman hoidon tavoitteena on oireettomuus sekä normaali keuhkojen toiminta. Kroonistuneen astman hoidon tarkoituksena on astman oireiden minimointi sekä hyvä keuhkojen toiminta (Käypä hoito 2006.) Tärkeänä tavoitteena on myös saada astmaatikko aktiivisesti mukaan sairautensa hoitamiseen. Varhaisella diagnoosilla sekä hoidon ajoituksella on mahdollista hidastaa astman etenemistä ja keuhkojen toiminnan huononemista. Hoito perustuu lääkehoitoon ja ei lääkkeelliseen hoitoon (Iivanainen ym. 2007, 376.)

Potilaan ohjaamisen ja opettamisen tarkoituksena on siirtää vastuuta hoidosta potilaalle tai hänen läheisilleen sekä tukea potilaan itsenäistä selviytymistä sairaudesta. Potilaalle annetaan aikaa ja häntä rohkaistaan toimimaan itsenäisesti (Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 1995, 51.)

Astman omahoidon osia ovat

- astman ja sen hoidon hyväksyminen sekä tehokas ja luotettava lääkkeidenkäyttö

- oma PEF-mittari ja puhallusten seurantalomakkeet (Liite 3,4,5)
- kirjalliset toimintaohjeet
- PEF-lomake, johon on merkitty yksilölliset hälytysrajat ohjeineen. Jos aamun PEF – arvo on 85 % potilaan aiemmin mitatusta optimaaliarvosta, inhaloitavan steroidin annos kaksintaik nelinkertaistetaan. Jos aamun PEF-arvo on alle 50-70 % optimaaliarvosta, aloitetaan viikon prednisolonikuuri annetuina ohjein sekä otetaan yhteys hoitavaan yksikköön. (Keistinen 2010, 1599.)

Laitinen ym. 2000, 56-57 painottaa astman omahoidon kokonaisuudessa oireiden tunnistamista, ärsykkeiden välttämistä, lääkehoidon toteuttamista, PEF – kotimittauksia ja liikuntaa. Potilas opetetaan tunnistamaan oireiden ja PEF – mittausten avulla astman pahenemisvaihe riittävän varhain. Lääkkeiden inhalaatiotekniikka ja keuhkoputkia avaavien ja astmatulehdusta hoitavien lääkkeiden ero selvitetään. Lääkitystä neuvotaan tehostamaan oireiden lisääntyessä ja PEF – arvojen pienentyessä tietyn rajan alle. Hoidon tulokset paranevat, jos potilaalle on annettu kirjalliset toimintaohjeet pahenemisvaiheen varalle. Yksinkertaisten ohjeiden on osoitettu vähentävän keskivaikeaan astmaan liittyvien haittatapahtumien määrää yli 50 % vuoden aikana. (Koskenvuo, 2003,314.)

Lääkehoidon tavoitteena on vähentää oireita, estää pahenemisvaiheita ja parantaa keuhkojen toimintaa kunkin henkilön parhaalle mahdolliselle tasolle. Astma voi olla alusta asti vaikea voimakkaana pahenemisvaiheineen tai kymmeniä vuosia lievä ja pitkiä aikoja oireeton. (Juntunen-Backman 2002, 52.)

Astman lääkehoidon tarkoituksena on rauhoittaa tai poistaa astmaattinen tulehdus, laukaista keuhkoputkien lihassupistukset, vähentää limaneritystä ja poistaa keuhkoputkien lisääntynyt supistumisherkyys eli parantaa keuhkoputket sellaisiksi kuin ne ovat terveellä henkilöllä. Nykyisten lääkkeiden sivuvaikutukset ovat vähäisiä. Nykyaikaisten lääkkeiden avulla astmaatikko voi viettää lähes normaalia elämää ilman astmaoireiden aiheuttamia rajoituksia. Toisaalta, äkillisten oireiden ja astman pahenemisen vaara lisääntyy, ellei astmaa hoideta tehokkaasti. Lisäksi

pitkään vajaalääkittynä ollut astma ei ehkä enää lopulta reagoi kovin hyvin lääkehoitoon. (Nieminen, Kankaanranta 2000, 29.)

Lääkehoidon perustana ovat limakalvon tulehdusta rauhoittavat eli anti-inflammatoriset ja keuhkoputkia avaavat eli bronkodilatoivat lääkkeet. Lääkkeiden annostelu on yksilöllistä. Lääkkeet voivat olla tabletteina, inhalaatiojauheina, inhalaationesteinä tai annosaerosolina. (Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 2006, 376-377.) Lääkehoidon lisäksi terveellisillä elämäntavoilla, kuten säännöllisellä liikunnalla ja monipuolisella ruokavaliolla on vaikutusta astman hoidossa. Erityisesti tupakointia ja passiivista altistumista tupakansavulle astmatikon tulisi välttää. (Puolijoki 2010, 98.)

4 HOITOPOLKU

4.1 Käypä hoito-suositukset

Terveydenhuollossa on laadittu eri sairauksien hoidosta ja sairauksien ehkäisystä valtakunnallisia hoito- ja toimintasuosituksia, esimerkiksi Käypä hoito-suosituksia. (Heinonen, Nuutinen, Syväne, Toropainen & Turku 2010, 20.) Käypä hoito-suosituksella tarkoitetaan asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimaa, tieteellisesti perusteltua kannanottoa tiettyä tautia tai oirekuvaa sairastavan potilaan hoitoon. Se on parhaiden asiantuntijoiden laatima yhteenveto yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Sen pohjalta perustellaan, mitä on tehtävissä kyseisen sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi, hoitamiseksi ja kuntouttamiseksi. Hoitosuositusten kehittämistarpeiden taustalla ovat useimmiten olleet lääketieteen tiedon nopea lisääntyminen ja huoli hoitokäytäntöjen alueellisesta vaihtelusta, terveydenhuollon kustannusten kasvu sekä tarve ohjata terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa. (Auvinen, Kaila, Mäntyranta, Mustajoki, Nuutinen L, Nuutinen & Roine 2003, 399.)

Käypä hoito- suositukset liittyvät näyttöön perustuvan lääketieteen ketjuun. Ketjun kriittinen arviointi on tärkeää ja alkaa jo suositusluonnoksen lausuntokierroksella.

Koko terveydenhuollon yhteisellä vastuulla on suositusten laadun ylläpito ja kehittäminen. (Kaila & Nuutinen 2003, 867- 870.)

Suosituksen laatimisessa oleellista on tieto tutkimustiedon näytön laadusta. Näytön laadulla tarkoitetaan tarkkuutta, jolla arvio tutkittavan hoidon vaikuttavuudesta pitää paikkansa. Hoitosuosituksessa tarvitaan myös arvio suosituksen vahvuudesta. Vahvuudella tarkoitetaan sitä, millä määrin voidaan olla varmoja, että suosituksilla saadaan enemmän hyötyä kuin haittaa. (Jousimaa, Liira H , Liira J ja Komulainen 2010, 1936.)

On muistettava, että pitkä ja monimutkainen hoitosuositus on yleisohje, jonka sopivuudesta ja soveltamisesta päättää lääkäri koulutuksensa ja ammattitaitonsa perusteella yksilöllisesti potilaan parhaaksi. Hoitosuositusta ei pidä harhautua noudattamaan ilman yksilöllistä harkintaa ja potilaan kokonaisvaltaista, tilannekohtaista arviointia. (Kaivola & Myllymäki 2004, 2971.)

4.2 Hoitoketju

Hoitoketju on yleensä diagnoosiperusteinen, tutkittuun tietoon perustuva, paikalliset olot huomioiva ja vaatimukset tunteva ohje. Hoitoketjun syvin olemus on vastuun otto potilaan hoidon järjestämisestä. Se sisältää lupauksen tiedonkulun varmistamisesta ja yhteistyösopimusten pitämisestä. Periaatteessa jokaisella hoitoon osallistuvalla on mahdollisuus ottaa vastuuta potilaan hoidosta, tulevaisuudessa tietojärjestelmän tuella jopa potilaalla itsellään. Hyvään ammatinhallintaan on perinteisesti kuulunut tieto siitä, miten potilas liikkuu palvelujärjestelmissä. Monimuotoisuus, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen raja, työntekijöiden vaihtuvuus ja toimintayksiköiden keskittyminen omiin ydintoimintoihinsa lisäävät tarvetta yhteneviin käytäntöihin. Hoitoketjujen avulla selkeytetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ja tarvittaessa sosiaalitoimen ja muidenkin osapuolien, esimerkiksi kansanterveysjärjestöjen tehtävät ja työnjako. Käytännössä vastuu jakautuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken eri tavalla. Riippuen siitä, kenen päätökset ovat hoidon kannalta kulloinkin ratkaisevia ja missä potilaan asiaa ajallisesti eniten käsitellään,

hoitoketjut laaditaan suurempina kokonaisuuksina esimerkiksi sairaanhoitopiireittäin. Tällöin tietyt alueelle ominaiset yhteiset piirteet toistuvat ja näin toimijoiden on helpompi hyödyntää hoitoketjua käytännön työssään. Alueen terveydenhuollon toimintayksiköiden hoitoketjuvastaavien verkosto on arvokas voimavara suunnittelemaan koulutusta, hoitoketjujen päivitystä, toteutumisen seuranta ja katvealueiden jatkuvaa tunnistamista. Tavoitteena on potilaiden luottamuksen lisääntyminen hoidon sujumiseen ja ammattilaisten oman työn hallittavuuden lisääntyminen aikaisempaa paremmin. Hoitoketjujen perustuessa parhaaseen saatavilla olevaan tietoon, ne tukevat myös hyvien hoitotulosten saavuttamista. (Kaila, Ketola, Mäkinen, Mäntyranta, Tulonen-Tapio & Voipio-Pulkki 2006, 7-10.)

Hyvään ammattistandardiin on perinteisesti kuulunut sen hahmottaminen, mistä potilas on tänään tulossa ja minne hänen seuraavaksi olisi parasta mennä. Palvelujärjestelmämme lisääntyvä monimuotoisuus, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen raja, työntekijöiden vaihtuvuus ja toimintayksiköiden keskittyminen omiin ydintoimintoihinsa ovat kieltämättä hankaloittaneet hyvän kokonaishoidon toteutumista. Tärkeää on se, että hoitoketjun kuvaus alkaa potilaasta ja päättyy potilaaseen eli potilas läheisineen on keskeinen toimija omassa hoitoketjussaan. Ketju alkaa ensi kontaktista, jonka potilas ottaa terveydenhuoltojärjestelmään eli yleensä perusterveydenhuollon jostakin yksiköstä. Ketjun tulee myös päättyä siihen yksikköön, johon potilaan jatkohoito siirtyy. Hoitoketjun keskeisiä viestimiä ovat lähete ja hoitopalaute. Lähete voi olla joko lähettävän lääkärin tai hoitajan kirjoittama toiminnasta riippuen. Parhaimmillaan palaute on moniammatillinen annetun hoidon ja ohjauksen yhteenveto, jonka avulla tieto potilaasta siirtyy hoitoketjun seuraavalle toimijalle. (Kaila ym. 2006, 7-10.)

Hoitoketjuajattelu on hallinnut suomalaista terveydenhuoltoa ja muotoutunut nykyisessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon-jakoon perustuvassa terveydenhuollon rakenteessa. Hoitoketju on tehty potilaan ja häntä koskevan vastuun ja rahoituksen siirtämiseksi organisaation yli, esimerkiksi perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Tällä määrittelyllä kaikki osapuolet tunnistavat vastuun siirtymisen ajankohdan ja siirtymisen perusteet. Nykyisiä hoitoketjuja ei tarvittaisi, ellei perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä olisi hallinnollista ja toiminnallista rajaa. Merkittäviä muita rajoja on myös Kelan

toiminnan ja kunnallisen terveydenhuollon välillä, yksityisen ja julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon ja muun terveyshuollon välillä. Hoitoketjuja tarvitaan rajojen takia. Rajat puolestaan edellyttävät läheteitä, palautteita, laskutusta, maksusitoumuksia ja lääkärilausuntoja. Työtaakka poistuisi kokonaan, jos rajat minimoitaisiin ja potilas siirtyisi esimerkiksi Kelan kustantamaan hoitoon pelkästään potilaskertomustietojen perusteella. On mahdollista, että hoitoketjuajattelu voisi korvaantua hoitopolkuajattelulla. (Kinnunen, Kukkonen, Lammintakanen, Myllykangas & Ryyänen 2006, 287-288.)

Hoitopolku on moniammatillinen yksityiskohtainen hoitosuunnitelma ja hoito-ohje. Hoitopolun tarkoituksena on standardisoida ja parantaa hoitoa ja sen laatua. Perinteisesti potilaiden hoitoa on pyritty vakioimaan käyttämällä hoitosuosituksia ja laatimalla hoitoketjuja. Hoitopolku poikkeaa näistä täysin rakenteeltaan ja ideologialtaan. Taulukossa 1 on kuvattu hoitosuosituksen, hoitoketjun ja hoitopolun välisiä eroja. (Kinnunen 2006, 284.)

Hoitopolku on myös paikallinen toimintaohje, talon tapa. Se määrittelee työnjaon ja potilaan kulun organisaation sisällä toimijoiden välillä. Hoitopolun avulla kerrotaan, mitä ja miten tehdään sekä kuka ja missä tekee. (Heinonen, Nuutinen, 2010, 21.)

Hoitopolku laaditaan hoitoprosessin analysoinnin sekä kirjallisuustiedon perusteella. Potilaan hoito pyritään kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja samalla asetetaan tavoitteita hoitoprosessille. Diagnostiset menetelmät, hoitovalinnat ja potilaan seuranta perustuvat hoitopolkuun. Hoitopolku on dokumentoitu asiakirja ja osa potilaskertomusta. Hoitopolku ja sen dokumentointi on jo monesti osa sähköistä potilaskertomusta. Pyrkimyksenä on standardoimalla parantaa laatua, välttää virheitä ja hallita kustannuksia. (Kinnunen & Kukkonen 2006, 284-285.)

Taulukko 1: Hoitopolun, hoitoketjun ja hoitosuosituksen väliset erot. (Kinnunen ym. 2006, 286.)

	Hoitopolku	Hoitoketju	Hoitosuositus
Tarkoitus	kuvaa yksityiskohtaisesti potilaan hoitoa varsinkin erikoissairaaloiden sisällä	kuvaa potilaan siirtymistä perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon välillä, siirtymisen ajankohtaa ja indikaatioita	kuvaa näyttöön perustuvasti suositeltavinta hoitoa sairauteen
Synty tapa	prosessianalyysi, näyttöön perustuva kirjallisuus	hoitoon osallistuvien tahojen neuvottelu, kirjallisuustieto	kirjallisuustieto
Ulkoasu	monimutkainen täytettävä lomake tai integroitu sähköiseen potilaskertomukseen, yksityiskohtainen	kuvaus, paperilla tai sähköisesti, yleisellä tasolla	kuvaus, paperilla tai sähköisesti, yleisellä tasolla
Käyttäjät	moniammatillinen	pääasiassa lääkärit	pääasiassa lääkärit
Tavoiteasettelu	päivittäiset tai muuhun aikayksikköön sidotut yksityiskohtaiset tavoitteet	ei konkreettisia tavoitteita yksittäisen potilaan hoidossa	ei konkreettisia tavoitteita yksittäisen potilaan hoidossa
Sitovuus	sitova	suositus, osittain sitova	suositus
Dokumentoitavuus	toimenpiteet dokumentoidaan	ei dokumentoida erikseen	ei dokumentoida erikseen
Lääkäriin	rajoittaa autonomiaa,	kuvaa tehdyt	ei rajoita

autonomia	saa poiketa perustellusta syystä	sopimukset, rajoita autonomiaa	ei
------------------	----------------------------------	--------------------------------	----

4.3 Ohjauksen järjestäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa 1999:22 (20-21) Elämäntapamuutos ja terveys painotetaan, että ihminen itse luo viimekädessä itse oman elämänsä. Tällainen autonomiapyrkimys on ihmisen yksi keskeinen ominaisuus. Ihmiselle voidaan tarjota tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta ratkaisut ihminen tekee itse. Tällaisen autonomian kunnioittaminen voi olla keskeistä kaikessa terveysneuvonnassa. Toisaalta myös vastuu erilaisten päätösten seurauksista tulisi olla aina ihmisellä itsellään. Periaate ei saa nousta yleiseksi periaatteeksi silloin, kun henkilöllä ei ole kykyä, tietoja tai mahdollisuuksia elämänsä ohjaamiseen. Puhdas vapauden ja valinnaisuuden painotus peittää alleen valitsijoiden lähtökohtaisen eron.

Ketolan (2003, 150) mukaan vastuu pitää antaa potilaalle itselleen puhuttaessa elämäntapojen muuttamisesta. Tärkeä on siirtyä paternalisesta ” minä määrään” – asenteesta kohti potilaskeskeisyyttä. Hoitavan tahon toimiessa ikään kuin ”katalysaattorina”, puhutaan omavoimaistamisesta ja muutoksen sisäisestä hallinnasta. Muutoksen keskeinen henkilö on potilas itse. Tämä menettelytapa sopii erityisen hyvin elämäntapamuutoksiin ja kroonisten sairauksien hoitamiseen.

Hoito-organisaatiolta vaaditaan elämäntapamuutosten aikaansaamiseksi ohjauksen suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta (myös toimipisteestä/hoidon tasolta toiseen) sekä eri osapuolten yhteisen kielen käyttöä ja yhteisiin sovittuihin tavoitteisiin pyrkimistä. Keskeistä hoidonohjauksen tehostamisessa ja kehittämisessä on oman työn arviointi, ohjaajataitojen kehittäminen, tiimityön ja vuorovaikutustaitojen parantaminen sekä käytettävissä olevien resurssien tarkoituksenmukainen ja tehokas käyttö (DEHKO, 25-43).

Hoidonohjaukseen liittyvän yhteistyön, koulutuksen ja kokemusten vaihdon sekä tutkimuksen lisääminen kansallisesti ja kansainvälisesti auttaa rajallisten resurssien tehokkaammassa hyödyntämisessä ja oikeassa kohdentamisessa. Omahoidon toteuttaminen edellyttää kaikissa olosuhteissa henkistä jaksamista, pitkäjänteisyyttä

ja huolellisuutta. Henkilökunnan jatkuva tuki ja omahoidon edellytysten kaikinpuolinen turvaaminen on välttämätöntä. (DEHKO, 25-43.)

Tulevaisuudessa terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja eri ammattiryhmät haastetaan paitsi sisäiseen ja keskinäiseen yhteistyöhön myös yhä enemmän toiminnallisia rajoja ylittävään, ennaltaehkäisevään ja terveyttä edistävään yhteistyöhön. (Heinonen, Nuutinen, Syväne, Toropainen & Turku 2010, 20.)

4.4 Potilasopas

Kääriäinen, Lahdenperä ja Kyngäs (2005) mukaan sairauden hoidossa tärkeä osa on potilailla ja omaisille annettavat hoito-ohjeet. Potilaat muistavat arvion mukaan ainoastaan 10% kuulemastaan, 75 % näkemästään ja 90 % siitä tiedosta, minkä he ovat saaneet kuulo- ja näköaistin kautta. Tämän vuoksi potilasohjauksen varmistamiseksi tulisi yhdistää useita eri menetelmiä. Kirjallinen, informatiivinen potilasohje tukee suullista ohjausta ja sen tulisi olla asiallista, arvostavaa ja asiakasta tukevaa. Hyvä potilasohje antaa vastauksen kysymyksiin siitä, mitä miksi ja milloin ja missä tulee ohjata.

Potilasohjeilla on monta roolia. Potilasohjeet välittävät samanaikaisesti informaatiota, tuottavat merkityksiä ja kutsuvat ohjeen lukijaa osallistumaan eli potilasohjeissa on eriteltävissä paitsi ohjeen asiasisältö, myös merkityksenanto ja sosiaalinen yhteisyyden näkökulma. (Heikkien, Tiainen & Torkkola 2002, 12.)

Potilasohjauksen tulisi olla mielenkiintoa herättävää ja omahoitoon motivoivaa. Havainnollistaminen tehostaa asioiden oppimista ja ymmärtämistä. Arviointiperusteina ovat potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Ohjaus on onnistunut asiakkaan saatua tarvittavat tiedot ja taidot, jotta hän selviytyy kotona. Suullinen ohjaus ei yksin riitä, vaan se tarvitsee aina tuekseen kirjallisia ohjeita. Kirjallisen ohjeen kautta asiakkaan on mahdollista palauttaa mieleensä samaansa ohjausta ja kerrata niitä. Kirjallisen ohjeen tarkoitus on lisätä tietoa ja samalla vähentää ahdistusta. Ohjeiden tulee olla yhdenmukaiset suullisissa ja kirjallisissa ohjeissa. Hyvä kirjallinen ohje tulee laatia niin, että se ohjaa asiakasta toimimaan

oikein taudin hoidossa tukemalla potilaan omia kykyjä ottamalla vastuuta omasta hoidostaan. (Torkkola ym 2002, 25-29.)

Terveyden edistämisen keskus on laatinut laatukriteerit terveystieteiden arvioinnista. Tarkoituksena olisi kehittää terveystieteiden laatua ja saada arviointi osaksi tieteiden tuotantoketjua. Laatukriteerit ovat muotoutuneet tutkimuksen ja käytännön kokemuksen kautta. Niitä ovat konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma. Tavoitteen ollessa selkeä, sisältöä on helpompi suunnitella: ”kaikkea ei tarvitse eikä kannata sanoa yhdessä esitteessä”. Selkokielisessä tekstissä käytetään lyhyitä, tuttuja ja yleisiä sanoja. Käytetään runsaasti verbejä ja sustantiiveja ja vähän adjektiiveja ja adverbeja. Suositetaan lyhyitä ja helppoja lauserakenteita. Käytetään lauseenvastikkeiden sijasta sivulauseita. Rakente on selkeä ja kerronta etenee loogisesti. Sisältö on konkreettista ja soveltuu vastaanottajan todellisuuteen. (Koskinen-Ollonqvist, Parkkunen & Vertio, 2001, 9-15.)

Terveys- ja sosiaalialan tuotteet kehitetään ja valmistetaan erilaisen tiedon välittämistä varten eri tahoille, henkilökunnalle, asiakkaille sekä muille yhteistyössä toimiville. Informaation välittämiseksi voidaan käyttää hoito-ohjeita, toimintaohjeita sekä esittely- ja tiedotusmateriaalia yhteistyökumppaneille. Informaation sisällön täsmällisyyteen ja ymmärrettävyyteen asiakkaan näkökulmasta on tärkeää painottaa. Sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöiden tulisi eläytyä asiakasryhmän asemaan informaation kehittämisen vaiheessa, vastatakseen paremmin siihen. Esitteet ja ohjelehtiset ovat painotuotteiden osalta eniten käytettyjä. Sosiaali- ja terveystieteiden tuotteiden suunnittelu perustuu uusimpien lääketieteellisten sekä hoitokäytäntöjen tuntemiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 47 - 57.)

Kuvituksen käytöstä terveystieteissä on hyötyä. Kuvituksella voidaan kiinnittää lukijan huomio aineistoon ja sillä on jopa asenteellista ja tunteisiin vetoavaa vaikutusta. Kuvien tulisi olla informatiivisia ja liittyä kiinteästi niin sommittelun kuin sisällönkin kannalta käsiteltävään asiaan. Yhdistämällä teksti kuvaan voidaan vaikuttaa myös asian pysymiseen muistissa, unohtamatta sen esteettistä symbolista vaikutusta. (Koskinen-Ollonqvist ym, 2001, 17-18.)

Parhaimmillaan hyvä kuvitus herättää mielenkiinnon ja auttaa ymmärtämisessä. potilasohjeissa kuvia on käytetty sekä tukemassa ja täydentämässä tekstin asiaaettä ns. kuvituskuvina. Huolella valitut, tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Onnistuneesta kuvituksesta hyviä esimerkkejä voivat olla ihmisen anatomiaa tai toimenpidettä selventävät kuvat ja piirrookset. Huomioitavaa on myös tyhjän tilan käyttö eli ohjeessa on hyvä olla myös sopivasti tyhjää tilaa. Tyhjä tila korostaa ohjeen rauhallista ilmettä. Se voi toimia ikään kuin tuumaustauon merkinä, joka antaa tilaa lukijan omille ajatuksille. (Torkkola ym. 2002, 41.)

Visuaalisuuden avulla pyritään tukemaan ja varmistamaan viestin perillemeno vastaanottajalle, niin että sisältö menee perille sen sisältöisenä kuin lähettäjä on tarkoittanut. Ulkoasuun tulee siis tukea sisältöä. Viestin sisällöstä lähettäjä etsii ja määrittelee ydinasiat sekä assosioi sille visuaalisen symbolin. Yksi kirjaintyyppi on käyttökelpoinen etenkin pelkistettyyn ulkoasuun perustuvissa lyhyissä julkaisuissa, kuten esitteissä. Yhden kirjaintyyppin valinta on linjakas ja selkeä ratkaisu. Erikokoisilla kirjaintyyppin korostuksilla voidaan luoda tekstille arvojärjestys. Samalla lisätään mielenkiintoa herättävää kontrastia ja vaihtelevuutta. (Huovila, 2006, 94-95.)

Väri on viesti vastaanottajalle, se voi viestiä usealla tavalla. Riippuen siitä, minkälaisen muiden elementtien, värien ja asioiden yhteydessä väriä käytetään. Värien näkemiseen vaikuttavat kaksi asiaa: kohteen pinta ja valon koostumus. Värillä on kulttuurisidonnaisia merkityksiä ja esimerkiksi vihreällä ja valkoisella värillä on psykologinen ja symbolinen merkitys. Vihreä ilmaisee ympäristöä ja rauhoittaa ja ohjaa. Vihreä symbolisoi myös lujutta ja säilyvyyttä. Valkoinen puolestaan ilmaisee siisteyttä, puhtautta ja kunniaa. (Huovila, 2006, 42-45.)

Edellä mainittu kriteerit kaikki vaikuttavat terveysaineiston yleiseen tunnelmaan kokonaisuutena. Kuvituksella, värityksellä, luettavuudella, toteutustavalla, esitystyylillä, selkeydellä, tietomäärällä ja kohderyhmän sopivuudella on merkitystä koko tunnelman kannalta. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2001, 21.)

4.5 Kaarinan terveystieteiden astmahoitopolku

Kaarinan terveystieteiden astman hoitopolku pohjautuu valtakunnalliseen Käypä hoito- suositukseen. Astman hoitopolku toimii tiiviissä yhteistyössä astmahoitajan ja lääkärin kanssa. Astmapolku on laadittu uusille astmadiagnoosin saaneille potilaille sekä jo aiemmin diagnoosin saaneille potilaille. Astmapolun tavoitteena on kannustaa omahoidon toteutumiseen sekä astman hyvän tasapainon hallintaan tietyin välein tapahtuvien kontrollien avulla. Oireiden ja pahenemisvaiheiden tunnistaminen tapahtuu Astmatestin ja PEF-seurannan avulla. (Liite 5,6.)

Astman hoitopolkuun kuuluu:

- lääkehoidon toteuttaminen yksilöllisesti opettamalla hoitavan lääkkeen säännöllinen käyttö, lääkkeen oikea ottotekniikka, hoitavan ja avaavan lääkkeen toimintaperiaatteet sekä ohjeistukset toimia oireiden lisääntyessä
- astmaoireita pahentavien ärsykkeiden tunnistaminen ja välttäminen
- fyysisestä kunnosta huolehtiminen
- tupakoimattomuuteen kannustaminen

4.5.1 Ensikäynti lääkärille

Epäillessään astmaa lääkäri tekee anamneesin, jossa selvitetään perusairaudet, tupakointi ja lääkitys. Astmaa epäillään yleensä pitkittyneen yskän, hengenahdistuksen, limaisuuden tai refluksoireiden pohjalta. Vastaanotolla kartoitetaan työhistoria, asunto, kosteusvauriot, lemmikit yms. Kysytään mahdollinen sukuanamneesi, mahdollinen allerginen nuha ym. allergiat. Mikäli potilaan oireet ja status viittaavat astmaan, ohjataan potilas lisäselvittelyihin eli verinäytteille, spirometriaan sekä mahdollisesti keuhkokuvalle ja nenä- ja poskionteloröntgenkuville. Tämän jälkeen potilas tulee astmahoitajan luo ensi käynnille.

4.5.2 Ensikäynti astmahoitajalle

Astmahoitajan vastaanotolla opetetaan kahden viikon PEF-seurannan tekeminen. Ensimmäisellä viikolla tehdään peruspuhalluksia ja jälkimmäisellä viikolla samoin, mutta nyt avaavan lääkityksen kanssa. Astmahoitaja selostaa kaavakkeen täyttöohjeen ja PEF-mittarin käytön periaatteet. Vastaanotolla käydään läpi myös avaavan lääkityksen toimintaperiaatteet ja lääkkeen otto lääkeannostelijalla. Vastaanotolla ohjataan lääkärin suunnitelman mukaan spirometriaan, keuhkokuvaan ja verinäytteisiin. Vastaanotolla varataan lopuksi puhelinaika astmaselvittelyt aloittaneelle lääkärille.

4.5.3 Lääkärin vastaanotto astmadiagnoosin varmistuttua

Mikäli kansainväliset astmadiagnoosit toteutuvat eli PEF-seurannan vuorokausivaihtelut ovat yli 20 % vähintään kolmena päivänä kahden viikon seurannan aikana tai avaavan lääkkeen vaste PEF-lukemissa on yli 15 % vähintään kolmena päivänä kahden viikon aikana, päädytään astmadiagnoosiin. Mikäli spirometria tulokset ja oireet tukevat diagnoosia, lääkäri antaa ensitiedot astmasta diagnoosina ja sen hoidosta. Vastaanotolla motivoidaan omahoitoon ja laaditaan astman hoitosuunnitelma. Lisäksi suositellaan oman PEF-mittarin hankintaa sekä ohjeistetaan lääkitys, kerrotaan lääkityksen toimintaperiaatteet ja lääkityksen mahdolliset sivuvaikutukset. Lääkäri kirjoittaa reseptit. Myös liikuntaan kannustetaan ja tarvittaessa tupakoimattomuuteen.

4.5.4 Astmahoitajan hoidon ohjaus

Astmahoitaja kertoo astman hoidosta suullisesti sekä antaa kirjallista materiaalia vastaanotolla seuraavilla tavoilla:

- käydään läpi lääkärin laatima kirjallinen hoitosuunnitelma
- suositellaan oman PEF-mittarin hankintaa
- käydään läpi perusmittaukset, kuten pituus, paino, BMI, vyötärönymäryys ja verenpaine, koska elintavoilla on selkeä yhteys astman hallintaan
- opastetaan lääkityksen toimintaperiaatteet ja erityisesti lääkkeenottotekniikka

- kerrotaan ärsyttävien tekijöiden välttämisestä
- kerrotaan suunhoidon tärkeys

Tämän vastaanoton jälkeen potilas saa tarvittavat tiedot itselleen omahoitoa varten. Kolmen kuukauden päähän varataan soittoaika, jolloin astmahoitaja soittaa potilaalle ja kysyy voinnista.

4.5.5 Astmahoitajan kolmen kuukauden soittoaika

Puhelinkeskustelun päätavoitteena on muodostaa käsitys omahoidon toteutumisesta. Puhelun aikana kartoitetaan astmapotilaan vointi ja oireet ja se miten hän itse kokee pärjäävänsä astmansa kanssa. Samalla tarkistetaan, että lääkkeidenotto on ollut säännöllistä, kartoitetaan avaavan lääkityksen tarve ja huolehditaan suunhoidon toteutumisesta. Mikäli potilaan PEF-arvot ja astmapisteet ovat asetetuilla tasoilla ja hoitotasapaino on saavutettu, varataan seuraava kontrollikäynti astmahoitajalle kuuden kuukauden päähän diagnoosian saamisesta. Toisaalta, mikäli astma tuntuu olevan epätasapainossa, varataan aika astmahoitajalle lisäselvittelyihin.

4.5.6 Astmahoitajan kuuden kuukauden kontrolli

Vastaanotolla kartoitetaan vointi. Vastaanotolla käydään läpi omahoito-ohjeet, kuten oireiden tunnistaminen ja hoito, lääkityksen käyttö ja lääkkeenottotekniikka. Samoin keskustellaan elintavoista ja niiden merkityksestä astman hoitoon, ohjeistetaan 1-2-viikon PEF-seuranta käytössä olevan lääkityksen seuraamiseksi sekä tehdään astmatesti. Vastaanotolla tiedotetaan lyhyesti B-lausunnosta ja lääkkeiden KELA-korvattavuudesta. Lopuksi varataan aika lääkärin vastaanotolle.

4.5.7 Lääkärin kuuden kuukauden kontrolli

Kuuden kuukauden kontrollissa kartoitetaan 1-2 viikon PEF-seurannan ja astmatestin tulokset, käydään oireet ja vointi läpi sekä luodaan B-lausunto Kelaa varten lääkekorvattavuuden saamiseksi. Lisäksi kerrataan omahoito-ohjeet ja hoitosuunnitelma sekä uusitaan reseptit. Mikäli astma on hallinnassa, kevennetään

mahdollisesti hoitoa. Toisaalta, mikäli astma ei ole hallinnassa, tehdään lisäselvityksiä ja tarvittaessa tehostetaan hoitoa. Samalla kartoitetaan elintavat ja kannustetaan tupakoimattomuuteen. Lopuksi muistutetaan tulevasta vuosikontrollista astmahoitajalla ja tämän jälkeen lääkärillä.

4.5.8 Astmahoitajan vuosittainen määräaikaiskontrolli

Määräaikaiskontrollissa kartoitetaan yleisvointi sekä astman tilanne seuraavasti:

- kysytään yskittääkö öisin, aamuisin, rasituksessa tai flunssan yhteydessä
- kyselyt suoritetaan astmatestin avulla ja samalla ohjataan 1-2viikon PEF-seuranta nykyisillä lääkityksillä
- mikäli astma ei ole tasapainossa, voidaan PEF-seuranta tehdä avaavan lääkkeen kanssa
- tarkastetaan lääkkeenottoteknikka ja lääkeannostelijan sopivuus
- käydään suunhoito läpi
- kerrataan omahoito-ohjeet ja kartoitetaan elintavat (pituus, paino, vyötärön ympäryys, RR, liikuntatottumukset ja tupakointi)
- kannustetaan omahoitoon

4.5.9 Lääkärin vuosittainen määräaikaiskontrolli

Määräaikaikontrollissa tulkitaan PEF- seurannan tulokset eli vuorokausivaihtelut ja hoidon lääkevaste. Mikäli astmatestin pisteet ovat matalat, tehostetaan hoitoa ja tehdään tarvittaessa lisäselvittelyjä. Toisaalta, mikäli astmatestin pisteet ovat hyvät, kevennetään lääkitystä. Samalla harkitaan spirometriakontrollia, uusitaan reseptit, käydään omahoito-ohjeet ja hoitosuunnitelma läpi, samoin elintavat.

5 PROJEKTI

5.1 Projektin suunnittelu

Suomen kielen projekti-sana on alkuaan peräisin latinasta ja tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta. Latinan *proiectio* tarkoittaa ojentamista. Projekti voidaan määritellä seuraavasti: ”Projekti on johonkin määriteltyyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu ja suunniteltu hanke, jolla on aikataulu, määritellyt resurssit ja oma projektiorganisaatio”. Tarkoitus on tuottaa lisäarvoa asettajalleen ja hyötyä kohteelleen tavoitteensa toteuttamisen kautta. Kaikki projektit ovat ainutkertaisia, sisältäen alkunsa ja loppunsa. (Rissanen 2002, 14.)

Virtanen (2000, 35) määrittelee kirjassaan projektin seuraavasti: ”Projekti on kertaluonteinen toimenpide tai hanke, jolla on organisaatio ja resurssit, joka pyrkii toteuttamaan tiettyä ennalta sovittua tehtävää ja joka etenee tiettyjen kehitysvaiheiden (suunnittelu, käynnistäminen, toimeenpano, ohjaus ja arviointi) mukaan sen perusteella, mikä hankkeen tehtäväksi on määritelty.

Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty, kuten Virtanen (2000, 73) toteaa tekstissään. Projektin suunnitteluun, käynnistämiseen ja varsinaiseen toteuttamiseen liittyy paljon opeteltavia asioita ja projektipäälliköllä on suuri vastuu sen toteuttamisesta. Jokaisella projektilla on oma elinkaari, jonka hahmottaminen on tärkeää. Projektin elinkaaren merkitys ja eri vaiheet on syytä tiedostaa, jotta projektin riskit pystyttäisiin käsitteellistämään ja sijoittamaan projektin elinkaaren eri vaiheisiin aikajanelle. Projektin elinkaari rakentuu tiettyjen perusvaiheiden summaksi. Tällaisia perusvaiheita ovat projektin tavoitteiden määrittely, projektin suunnittelu, projektin toimeenpano (ml. ohjaus, arviointi, kontrollointi ja laadunvarmistus) ja projektin päättäminen.

Tässä projektissa projektin tavoitteiden määrittely pitää sisällään projektin tarkoituksen ja tavoitteet. Projektin suunnittelu pitää sisällään puolestaan projektin teoriaosuuden astmasta, hoitopolusta ja informatiivisesta potilasoppaasta. Projektin toimeenpano tuottaa informatiivisen potilasoppaan astmapotilaille.

Opinnäytetyön prosessi alkoi varsinaisesti syyskuussa 2011, jolloin käynnistyi ideointivaihe opinnäytetyön aiheesta. Aiheen valinnan ja ideointivaiheen jälkeen alkoi tiedon haku, kirjoittaminen ja keskeisten käsitteiden työstäminen. Astmasta oli paljon saatavilla tietoa, joten tiedon rajaaminen vaati tarkkuutta. Aiheen rajaaminen on tärkeää, jotta työ pysyy tasapainossa koko projektin ajan. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen ajoittui syyskuulta joulukuun loppuun. Hahmottamalla aikataulun etenemistä jo varhaisessa vaiheessa, se auttoi projektia pysymään aikataulussa. Tammikuussa keräsin projektiryhmäni ja kokoonnuimme muutaman kerran projektin sisällön kartoittamiseksi. Kävimme yhdessä läpi nykyisen sähköisen astmapotilaan hoitopolkumallimme ja esitin ehdotukseni sen jalkauttamiseksi potilasoppaaksi uusille ja jo entuudestaan astmadiagnoosin saaneille astmapotilaille. Helmikuusta huhtikuulle paneuduin oppaan laatimiselle. Huhtikuussa tulevaa opasta arvoivat tutorini sekä opiskelijaryhmäni koulussa. Huhtikuun aikana sain myös arvion omalta työryhmältäni sen onnistumisesta.

Projektin määrittelyvaiheessa analysoidaan tarve projektin toteuttamiseksi. Määrittelyvaiheessa projektille määritellään tehtävä (päämäärä), missio (mitä teemme ja kenelle) sekä visio (mitä on kädessämme, kun projekti on valmis). Projektin suunnitteluvaihe sisältää erilaisia tehtäväkonaisuuksia, kuten vaihtoehtoisten strategioiden ja keinojen hahmottamista projektin toteuttamiseksi. Tässä vaiheessa mietitään mitä vaihtoehtoja on toteuttaa projekti, joka määrittelyvaiheessa katsottiin tarpeelliseksi. Tässä vaiheessa päätetään, edellyttääkö kaavailtu hanke projektimuotoista organisaatiota.(Virtanen 2000, 73.)

5.2 Projektin toteutus

Tämän projektin tarkoituksena oli kuvata Kaarinan terveyskeskuksen astman hoitopolku astmapotilaalle sekä tuottaa informatiivinen potilasopas. Informatiivisen potilasoppaan avulla potilaille selkiintyy Kaarinan terveyskeskuksen astmakontrollit ja niiden sisältö. Tarkoituksena oli myös auttaa kaikkia astmapotilaita hoitokontroleihin, mikäli astman hoitotasapaino on uhatattuna. Opas soveltuu sekä uusille että jo aikaisemmin astmadiagnoosin saaneille potilaille.

Projektin toteuttamista voidaan analysoida erilaisilla strategiatyökaluilla. SWOT – analyysi on hyvin tunnettu ja hyödyllinen. Siinä käydään läpi toteuttavan hankkeen tai sen organisoitumismuotojen sisältämät vahvuudet (strengths), heikkoudet (weaknesses), mahdollisuudet (opportunities) ja uhat (threats). Projektin toimeenpano on projektin näkyvin vaihe. Projektin edistymisen mittaamisessa pitää olla erilaisia arvioniin perustuvia elementtejä, joissa korostuu erityisesti käyttäjälähtöisyys ja hyödynnettävyys. Käytännössä tämä edellyttää monitahoarviointia eli projektia arvoidaan kriittisesti tavoitteita koskevien poikkeamien, tehokkuuden, taloudellisuuden, vaikutusten ja merkitysten näkökulmasta. (Virtanen 2000, 75-77.)

Tässä projektissa on mahdollista arvoida tuotosta sekä henkilökunnan että astmapotilaiden kautta. Käyttäjäläheisyydestä on mahdollista pyytää palautetta sekä hoitajilta että lääkäreiltä. Astmavastaanotolla on astmapotilaalla mahdollisuus antaa suora palaute saadessaan oppaan itselleen.

Projektin elinkaaren toinen pää on projektin päättäminen. Se perustuu osittain siihen, millaiseksi projekti on alun perin suunniteltu ja osittain siihen, millaisia tuloksia projekti on onnistunut tuottamaan. Projektin päätösvaiheessa arvioidaan kriittisesti hankkeen toteuttamista ja sen tulosten saavuttamisen astetta. (Virtanen 2000 , 75-77.)

Ruuska 2007 kiteyttää projektin onnistumisen tarkoituksen siten, että odotukset ovat täyttyneet ja projekti on saavuttanut lopputuotteelle asetetut sisällölliset ja laadulliset tavoitteet sovituissa aikataulussa ja sovituilla kustannuksilla. Tästä seuraa yleensä se, että asiakkaan ohella myös projektiryhmä on tyytyväinen ja kokee onnistuneensa tehtävässään.

Projektit ovat kaikissa työyhteisöissä suuri mahdollisuus innovatiiviseen toimintaan, sillä niiden henkilöstörakenne, toimintatapa ja tehtävä poikkeavat yhteisön arkirutiineista. Vastaavasti innovatiivinen työyhteisö etsii, luo ja toteuttaa jatkuvasti uusia ideoita vastatakseen paremmin asiakkaiden toiveisiin. Ilmapiiri on haastava ja se tuo uusia ideoita esille. Työyhteisöä voidaan luonnehtia monipuolisesti oppivaksi, jota organisaation johto tukee. (Rissanen 2002, 30.)

5.3 Projektin arviointi

Opinnäytetyötä pitää arvioida koko projektin ajan. Kirjoittamisprosessin kaikissa vaiheissa, ideoinnista tuotoksen valmistumiseen saakka, kritiikin saaminen on tärkeää. Työn tekijällä, ohjaajalla, opponentilla ja opiskelijaryhmällä on omat roolinsa työn kaikissa vaiheissa.

Lähdemateriaalin saatavuutta, laajuutta, ajankohtaisuutta ja luotettavuutta kartoitin laajasti. Astmasta sairautena on saatavissa sekä kotimaista että ulkomaista kirjallisuutta runsaasti. Astma on ajankohtainen aihe, josta löytyy uutta ja tutkittua tietoa eri lähteistä. Projektiin oli luonteva ja helppo motivoitua oman työn kautta. Oli motivoivaa kehittää työkalua, jolla on selkeä hyödynnettävyys. Kohdejoukkona ovat kaikki Kaarinan terveystieteiden keskuksen astmapotilaat, sekä uuden diagnoosin saaneet että jo aiemmin diagnoosin saaneet. Kollegat, sekä hoitajat että lääkärit saivat käyttöönsä oppaan, jota jakaa ja joka myös suoraan muistuttaa kontrollikäynneistä ja kontrollikäyntien luonteesta. Muodostin oppaan tuottamiseksi projektiryhmän, jonka johdossa toimin. Esittelin projektin etenemistä säännöllisesti tuleville oppaan käyttäjille, jotta sain mahdollisimman laajasti kartoitettua tulevien käyttäjien tarpeita. Projektiryhmässä olivat mukana astmahoitajat ja astmalääkäri. Projektin lyhyen toteutusajan takia olin itse vastuussa tiedon keruusta ja sen dokumentoinnista. Projektiryhmäni oli luonteeltaan enemmän ohjaava kuin suorittava. Ohjauksen lisäksi tulevat käyttäjät sitoutuvat myös paremmin käyttämään opasta, koska ovat olleet itse sitä luomassa.

Aikataulumenetelmien esi-isä on janakaavio. Janakaavion on kehittänyt Henry Gantt 1900-luvun vaihteessa. Janakaaviossa tehtävien nimet ovat kaavion vasemmassa reunassa ja jokaisella tehtävällä on oma rivinsä. Kunkin tehtävän rivillä on jana/suorakaide, joka kuvaa tehtävän alkamisajan, keston ja päättymisajan. (Pelin 2011, 123.)

Arviointia oli mahdollista suorittaa sekä potilaiden että henkilökunnan kautta heti käyttöönoton jälkeen. Asiakastyytyväisyyttä voidaan lisäksi mitata kvalitatiivisesti haastattelujen muodossa hoitopolun aikana. Projektin aikataulutus on esitetty alla olevassa suunnitelmassa. Tämän projektin etenemistä arvioitiin yhdessä

ohjausryhmän kanssa pidettävissä ohjauskeskusteluissa noin kerran kuukaudessa projektin toteuttamisaikana. Projektin toteuttaja arvioi myös itse projektin etenistä jatkuvasti mm. pitämällä päiväkirjaa projektin etenemisestä. Ohjaava opettaja ja arvioi projektia ja sen toteutusta koko projektin ajan.

5.4 projektin luotettavuus ja eettisyys

Projektin luotettavuudella eli reliabiliteetilla tarkoitetaan tietojen toistettavuutta ja pysyvyyttä. Projektin reliabiliteetti tarkoittaa siis kykyä antaa – ei sattumanvaraisia tuloksia. Tieteenaloilla on kehitetty kansainvälisesti testettuja mittareita, joiden tarkoituksena on kohottaa mittauksen tasoa ja näiden avulla päästään luotettavasti vertailemaan saatuja tuloksia eri maissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 213.) Tässä projektissa luotettavuus käsittää ennen kaikkea luotettavien tietolähteiden käytön. Projektissa tulisi käyttää mahdollisimman tuoreita lähteitä, koska uusi tieto perustuu aina vanhempaan tietoon, mutta toisaalta tulee muistaa uusien tutkimusten tulkitsevan alkuperäistä. (Hirsjärvi, ym 2001, 99.) Astman hoidon suuntaviivat pysyvät samansuuntaisina, mutta päivitys on tarpeen, koska uusia tutkimuksia ja lääkityksiä kehitetään jatkuvasti niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Luotettavuutta on pyritty lisäämään käyttämällä mahdollisimman ajankohtaisia ja luotettavia lähteitä, mahdollisimman monipuolisesti.

Eettisen luotettavuuden kannalta ratkaisevaa on luotettavien tietolähteiden valinta. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2003, 289). Arvioinnissa tulee huomioida lähteiden kirjoittajan tunnettavuus ja arvovalta. Mikäli julkaisun tekijänä tai muiden kirjoittajien lähdeviitteissä toistuu jokin kirjoittajan nimi, koetaan hänet todennäköisesti asiantuntijana alalla. (Hirsjärvi ym. 2001, 99.) Tässä projektissa on käytetty lähteitä, joissa samat tekijänimet toistuvat useasti, mikä lisää lähteiden luotettavuutta.

6 POHDINTA

Virtanen (2000) ilmaisee kirjassaan ”Projektityö”, että projektin arvioinnissa keskeisinä periaatteina ovat käyttäjälähtöisyys ja hyödynnettävyys. Projektin käyttäjälähtöisyydellä tarkoitetaan siihen osallistuneiden henkilöiden mielipiteiden ja odotusten huomioon ottamista arvioinnissa.

Projektini jakautui neljään vaiheeseen: teoriaosuuden kirjoittamiseen, projektisuunnitelman laatimiseen, opaslehtisen tuottamiseen sekä työn viimeistelyyn.

Teoriaosuuden laatiminen oli helpohkoa runsaan tietomäärän ja tutun aiheen takia. Ehkä haasteellisinta olikin löytää omaan työhön oleellimmat ja tuoreimmat tiedot astman hoidosta. Ajan myös ollessa kaiken kaikkiaan rajallista, oli kyettävä rajaamaan tiedon etsintää. Teoriaosuus on kerätty useista eri tietolähteistä korostamalla astmanhoidon kulmakiviä varsinkin astmahoitajan vastaanottoja ajatellen.

Työn toinen osa eli projektisuunnitelma oli aikaa vievin osa. Aiheena se oli uusi ja vaati uuden oppimista ja perehtymistä. Huolella tehty projektisuunnitelma auttoi myöhemmin aiheen pysymisessä laadituissa rajoissa. Projektisuunnitelma on kuljettanut työn kohti valmista työtä.

Työni tavoitteet ja päämäärä olivat selkeät ja realistiset. Tarkoituksena oli kuvata uusille ja jo entuudestaan astmadiagnoosin saaneille potilaille Kaarinan terveyskeskuksen astmahoitopolku. Potilasoppaan tekeminen teoriaosuuden pohjalta oli erittäin luontevaa. Kaikki tarvittava tieto löytyi teoriapohjalta sekä työpaikalla käyttämästämme sähköisestä astmahoitopolusta. Potilasoppaan ulkoasu ja muut muodolliset seikat muotoutuivat projektin edetessä. Tiedon tiivistäminen oppaaseen ja helppolukuisuus oli haastavinta. Opas on tehty Microsoft Word –ohjelmalla, käyttäen Bookman Old Style fonttia. Tehosteena on käytetty lihavointia sekä erikokoisia fontteja. Värimaailma on raikas, mutta varsinkin vihreydellään rauhoittava kokonaisuus. Esitteen lopussa olevat yhteystiedot madaltavat kynnystä

ottaa yhteyttä astmahoitajiin astmaa koskevissa asioissa, joka olikin projektityöni neljäs tavoite.

Projektin viimeistelyvaiheeseen kuului muun muassa kieliasun korjausta ja tarkistusta. Projektivaiheessa tapahtui otsikoiden ryhmittely ja sisällysluettelon tarkistus. Lopullinen sisällysluettelo on mielestäni selkeä ja etenee loogisesti, siitä on mahdollista saada työn kokonaiskuva esille.

Suomisen väitöstutkimuksessa (2010) todetaan potilaiden kokeneen tarvitsevan tietoa omista oikeuksistaan hoidon suhteen sekä tietoa astmaa pahentavista asioista. Vuoden sisällä astmaan sairastuneet kokevat tarvitsevansa lisää materiaalia ohjauksen tueksi sekä enemmän tietoa kuntoutuksesta ja sairauden ennusteesta kuin kauemmin astmaa sairastaneet potilaat. Väitöskirjan johtopäätöksissä todettiin alkuvaiheen ohjauksen tärkeys. Se tulisi suunnitella tarkemmin sekä omahoidon ohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota jo heti hoidon alkuvaiheessa.

Tämä tutkimustulos tukee oman projektini toista tavoitetta eli astmahoitokontrolleihin sitoutumista. Varsinkin alkuvaiheen astmaa sairastavat tarvitsevat lisää tukea ja heidän ohjausta tulee suunnitella tarkemmin. Informatiivisen potilasoppaan myötä astmapotilas saa tiedon tulevista astman hoitopolun kontrolleista. Samalla, varsinkin uudelle astmapotilaalle, selkiintyy astmahoidon prosessi. Jo aiemmin astmadiagnoosin saaneille välittyy kontrollien myötä tieto, että heistä pidetään huolta.

Kuten Rissanen 2006 kirjassaan ”Terveystieteiden projektinhallinta” toteaa, että projektiryhmän koko ja koostumus vaihtelevat sen mukaan, missä vaiheessa projekti kulloinkin on, pitää omassa työssänikin paikkansa. Projektiin tulee ja siitä lähtee henkilöitä hankkeen koko elinkaaren ajan. Omankin projektini päättyessä tilanne on se, että projektissa työskentelee enää vain ydinjoukko siitä ryhmästä, joka oli mukana työni alkuvaiheessa. Henkilöstömme liikkumisen ja irtisanomisien myötä, astmatiamme muuttui jälleen kerran.

Kuten yleensä projekteissa, sen päättymiseen ollaan tyytyväisiä, koska työ on saatu valmiiksi. Omaan työhöni liittyy lisäksi haikea olo, koska projektin päättymisen

merkitsi samalla ryhmän hajoamista. Mahdolliset uudet kehittämis ehdotukset oppaan käyttöönoton jälkeen jäävät hyvin pienen ryhmän vastuulle. Myös oppaan asiantunteva, perehtynyt levittäminen siirtyy uusille työntekijöille, jotka eivät ole olleet opasta kehittämässä. Ruuska nimittää näitä tekijöitä ns. force majeure syiksi tai sattumuksiksi, joihin projektissa ei voi tai ei kannata varautua. (Ruuska,2006, 254). Projektin onnistuminen merkitsee sitä, että vaihtelevissakin olosuhteissa kehittämistyötä pystytään ohjaamaan niin, että tilaajan ja käyttäjien odotuksiin pystytään vastaamaan.

Lopputuloks on riittävän hyvä. Aikataulu pitää, eikä kustannusarvio ylitä. Projektiryhmä on tyytyväinen ja kokee onnistuneensa. Muutokset, epävarmuus ja yllätykset eivät ole projektityöskentelyn ongelmia, vaan ominaisuuksia, jotka kuuluvat asiaan. (Ruuska, 2006, 261.)

Projekti on ollut minulle oppimisprosessi. Kehittämistehtävä on ollut minulle mieluinen ”polku”, jonka kautta olen syventänyt tietoja astmanhoidosta ja tuonut astman hoitopolun lähemmäksi sen käyttäjille. Henkilökohtaisesti olen tyytyväinen siihen, että olen pystynyt kiinnittymään näin moneksi kuukaudeksi tämän tyyppiseen työskentelyyn ja odotankin innolla, että pääsen käyttämään sitä työssäni. Haasteellisimmaksi koin kokonaiskäsityksen hahmoittamisen tulevasta tehtävästä. Projektillani on alusta alkaen ollut selkeä tavoite, joka on yksi onnistuneen projektin tunnusmerkeistä. Projektin kulun seuraaminen projektisuunnitelman kautta auttoi ennakoimaan prosessin etenemistä. Aikataulutuksen jakoi työn selkeisiin välitavoitteisiin ja sen avulla työn etenemistä pystyi seuraamaan hallitusti. Projektini käyttäjäläheisyys ja hyödynnettävyys toteutui kahdella tavalla. Opas pitää sekä potilaat että henkilökunnan hoitopolullamme.

LÄHTEET

Auvinen, O., Kaila, M., Mäntyranta, T., Mustajoki, P., Nuutinen, L., Nuutinen, M & Roine, R. 5 / 2003. 119.vuosikerta. Duodecim – lääketieteellinen aikakausikirja. Käypä hoito – suositusten toimeenpano erikoisairaanhoidossa. Joensuu: PunaMusta.

Bäckman, H. 2010. Hyvä hengitysterveys. Helsinki: Yliopistopaino.

DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. Suomen Diabetesliitto, : Gummerus Kirjapaino Oy 2000 ry. Viitattu 23.1.2012.<http://www.diabetes.fi/toimenpideohjekirja>.

Deldago, J; Barrando, P; Quirce,S. 2008.Obesity and asthma. Investing allergol clin immunol vol 18(6) 420-425. www.jiaci.org.Viitattu 14.5.2012. . www.jiaci.org

Haahtela, T. 2010. Astma. Viitattu 20.11.2011.<http://www-terveysportti.fi/terveyskirjasto/astma>.

Haahtela, T. 5/2011 . Astma& Allergia. Allergia & Astmaliitto. Helsinki: Forssa Print.

Heinonen, K., Nuutinen, H., Syväne, M., Toropainen, E. & Turku R. 2010. Valtimoterveydeksi!-edistämisen käsikirja 2.painos. Pori: Kehitys Oy.

Huovila, T, ” look ” Visuaalista viestisi. 2006. Hämeenlinna: Karisto Oy

Ivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P .2006. Sairauksien hoitaminen – terveyttä edistäen kustannusosakeyhtiö. Helsinki: Tammi.

Jousimaa, J., Liira H., Liira J. & Komulainen, J. 16 / 2010. Hoitosuositusten näytönasteen ja vahvuuden arviointi GRADE-työryhmän tapaan. Lääketieteellinen aikakausikirja. Joensuu: PunaMusta.

Juntunen – Backman, K. & Peura, S. 2002. Astma. Gummerus kirjapaino. Viitattu 8.11.2011. <http://www.terveysportti.f/terveyskirjasto>

Jämsä, K & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Kaila, M. & Nuutinen, L. 9/2003. Mitä kuuluu, Käypä hoito? Duodecim
Lääketieteellinen aikakauskirja. Joensuu: PunaMusta.
- Kaila, M., Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio – Pulkkinen, L., Tulonen-
Tapio, J. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja
toimenpanoon. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Joensuu: PunaMusta.
- Kaivola, J. & Myllymäki, K. 24/2004. Hoitosuositukset ja laki. Duodecim
Lääketieteellinen aikakauskirja. Joensuu: PunaMusta.
- Keistinen, Timo. 13 / 2010. Vuosikerta 126. Lääketieteellinen aikakauskirja
Duodecim. Joensuu: PunaMusta.
- Ketola, E. 16 / 2003 Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa –
Potilaskeskeisempi ote preventioon . Duodecim. Lääketieteellinen aikakauskirja.
Joensuu: PunaMusta.
- Kinnunen, J., Kukkonen, J., Lammintakanen, J., Myllykangas, M. & Ryyänen, O-
P, 2006. Priorisointi terveydenhuollossa, Mitä maksaa, kuka maksaa. Helsinki:
Talentum.
- Koskenvuo, K. 2003. Sairauksien ehkäisy. 2.painos. Jyväskylä. Duodecim.
- Koskinen-Ollonqvist, P; Parkkunen, N; & Vertio, H. Terveysaineiston suunnittelun
ja arvioinnin opas. 2001. Helsinki: Trio-offset.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus:
Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö, nro. 3. s. 27–31.
- Lahdensuo, Aarne. Astman ohjattu omahoito. 2000 . Astma. Helsinki: Duodecim .
- Laitinen, L., Juntunen –Beckman, K. & Hedman, J. 2000. Astma. Ojaniemi, S (toim.)
Helsinki: Duodecim.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992. Viitattu 11.11.2011.
<http://www.finlex.fi>.
- Lehtomäki, Leila .2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskusten talon
tavoiksi, Tampere: Tampereen yliopistopaino.

- Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Puolijoki, Hannu. 2010. Hyvä Hengitysterveys, Opas hengityssairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti.
- Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Helsinki: Talentum.
- Sosiaali – ja terveysministeriö. 1999. Elämänkulku ja terveys. Helsinki.
- Suominen, J. 2010. Astman omahoidon ohjaus ajanvarauspoliiklinikalla-potilaan näkökulma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.
- Suonsivu, K. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer-Paino.
- Virtanen, P. 2000. Projektityö. Porvoo: WSOY.



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

SAMK / Sopimus oppinnytetyön tekemisestä

Oppinnytetyön tekijä: <i>MIINA AARTONEN</i>	Opiskelijanumero: <i>17008936</i>	Aloitusr ryhmä: <i>AIT III SP</i>
Koulutusohjelma: <i>HOITOTYÖN SUUNNITTELUVAIHTOEHTO</i>		
Oppinnytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>MARJA FLINCK, marja.flinck@samk.fi</i>		
Toimeksiantaja, yhteystenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>MIINA VUOHANEN @KOKKARINR. FI</i>		
Oppinnytetyön nimi: <i>KATRINAN KAUPUNKA, TERVEYSPALVELUJEN RAHA VUOKRAUS VOIVALANTIEN 5, 20780 KATRINA, P.388 2600 AJAMAN PITOPALKKUHAKEMUS JALKAHOITAJALLE KATRININ</i>		
Työn etenemisaikataulu: <i>2011-2012, VALMIS TOUKOKUU 2012</i> <i>TERVEYSTEESKUKUNNASSA</i>		

Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.

Vakuutukset. Jos oppinnytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän oppinnytetyön tekijää.

Oppinnytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Oppinnytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen oppinnytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet oppinnytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden oppinnytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Oppinnytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan oppinnytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet oppinnytetyöhön kuuluvat oppinnytetyön tekijälle. Oppinnytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Oppinnytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu oppinnytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Oppinnytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy oppinnytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki oppinnytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan oppinnytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun oppinnytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä oppinnytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Oppinnytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli oppinnytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on oppinnytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Oppinnytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Oppinnytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki oppinnytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.

Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu kappaleelta, yksi kullekin osapuolelle.

Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakua internetissä. Oppinnytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteystiedot. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävistä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

6.3.2012

Raji W

9.3.2012

Anu Mäkelä

Astmapotilaiden hoitopolku Kaarinan terveyskeskuksessa



Hoitopolku on paikallinen toimintaohje astman hoidon yhteistyöstä. Hoitopolun avulla kerrotaan, mitä ja miten tehdään sekä kuka ja missä tekee. Oppaan myötä tavoitteenamme on, että astmapotilas tuntee olevansa turvallisesti itse vastuussa sairaudestaan, mutta myös olevansa hoitopolulla hoitajansa ja lääkärinsä kanssa.

Astmapotilaan hoitopolun tarkoituksena on

Astman hyvä hoitotasapaino

Astmalääkityksen ja lääkkeenottotekniikan hyvä hallinta

Astmaoireiden ja pahenemisvaiheiden tunnistaminen

Fyysisestä kunnosta huolehtiminen

Määräaikaiskontrolleihin kannustaminen

Tupakoimattomuuteen kannustaminen



HOITOPOLKUMME

1. Ensikäynti lääkärille

Vaihe, jolloin astmaa epäillään, syynä yleensä pitkittynyt yskä,

hengenhadistus, limaisuus tai närästysoireet

Oireiden kartoittaminen

PEF-seurannan (uloshengityksen

huppuvirtauksen mittaus) suunnitteleminen

Spirometrian (keuhkojen toimintakyvyn

mittaus), keuhkokuvan ja verinäytteen

ohjelmoiminen tilanteen mukaan



2. Ensikäynti astmahoitajalla

Kahden viikon PEF-puhallusten ohjaaminen

Lääkkeenoton opastus ja lääkkeen

toimintaperiaatteiden opettaminen

Lääkärin puhelintunnin tai vastaanottojan

järjestäminen PEF-seurannan tulkintaa varten

Spirometriaan ohjaaminen



3. Lääkärin vastaanotto astmadiagnoosin varmistuttua

Voinnin tarkistaminen

Perustieto astmasta suullisesti ja kirjallisesti

Henkilökohtaisen astman hoitosuunnitelman
laatinen

Astmalääkityksen suunnitteleminen ja
reseptien kirjoittaminen



4. Astmahoitajan hoidon ohjaus

Voinnin tarkistaminen

Perustieto astmasta suullisesti ja
kirjallisesti

Astman hoidon opastaminen ja oireiden
tunnistaminen

Henkilökohtaiseen hoitosuunnitelmaan
ohjaaminen

Lääkityksen toimintaperiaatteiden ja lääkkeettotekniikan
opettaminen sekä säännölliseen käyttöön motivointi

Kolmen kuukauden puhelinajan varaaminen astmahoitajalle
hoidon vasteen selvittämiseksi

Oman PEF-mittarin hankkimiseen kannustaminen



5. Astmahoitajan 3 kuukauden puhelinaika

Voinnin kartoittaminen,
astmatestikyselyn tekeminen
Lääkkeiden käytön sopivuuden ja vasteen
kartoittaminen
Suun hoidon kartoittaminen

Mikäli astman taspaino hallinnassa, varataan kontrolli 6
kuukauden päähän astmahoitajalle ja lääkärille.

Mikäli astma epätasapainossa, varataan aika astmahoitajalle



6. Astmahoitajan 6 kuukauden kontrolli

Voinnin kartoittaminen, astmatestikyselyn
tekeminen
Lääkkeiden käytön kartoittaminen
PEF-seurannan ohjaaminen 1-2 viikon ajaksi
Lääkäriajan varaaminen 6 kuukauden
kontrolliin

Lyhyt tiedottaminen B-lausunosta ja KELA-korvattavuudesta



7. Lääkärin kuuden kuukauden kontrolli

Voinnin kartoittaminen
Astmatestin tulosten tulkinta
PEF-seurannan tulkinta
Jos astma hallinnassa 3-6 kk > kevennetään
hoitoa
Jos astma ei ole hallinnassa > tehdään
lisäselvityksiä ja tarvittaessa tehostetaan hoitoa
B-lausunto KELA:lle lääkekorvattavuuksien saamiseksi
Omahoito-ohjeiden päivittäminen
Reseptien kirjoittaminen
Suunnitellaan astman ensimmäinen 12 kuukauden vuosikontrolli



MÄÄRÄAIKAISKONTROLLIT

Astmahoitajan vuosittainen määräaikaiskontrolli

Voinnin kartoittaminen

Astmatestikyselyn tekeminen

PEF-seurannan ohjelmoiminen

Lääkkeenottotekniikan tarkistaminen

Omahoito-ohjeiden kertaaminen

Elintapojen kartoittaminen



Lääkärin vuosittainen määräaikaiskontrolli

Voinnin kartoittaminen

Astmatestinkyselyn ja PEF seurannan tulkitseminen

Lääkkeiden kevennys tai tehostus tilanteen mukaan

Omahoito-ohjeiden päivittäminen

Elintapojen kartoittaminen

Reseptien uusinta



YHTEYSTIETOMME

Astmahoitajan vastaanotto pääterveysasemalla

keskiviikkoisin kello 8.00-15.00

puh.tunti klo 12.00-12.30 puh 588 2503

Kaarinan pääterveysasema

Voivalantie 3-5

20780 Kaarina

vaihde puh 588 2000

Ajanvaraus:

Kaarinan pääterveysasema ma-pe klo 8.00-14.00 puh 588 2430

Piikkiön terveysasema ma-pe klo 8.00-14.00 puh 588 2531

Littoisten terveysasema ma-pe klo 8.00-14.00 puh 588 2540



Minna Aaltonen

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveveysala Pori

Hoitotyön koulutusohjelma

Laadittu osana opinnäytetyötä

PEF -SEURANTA DIAGNOOSIN TEKEMISEKSI

aikuisille/lapsille

PEF-mittarin puhallusohje

Uloshengityksen huippuvirtausmittarilla eli PEF-mittarilla mitataan uloshengitysilman huippuvirtausta. Jotta mittauksen tulos olisi luotettava ja todellinen, noudata tarkoin seuraavia ohjeita.

1. Aseta mittarin osoitin noltaan. Pidä mittari vaakasuorassa.
2. Vedä keuhkot mahdollisimman täyteen ilmaa.
3. Aseta mittarin suukappale huolellisesti suuhun, hampaiden väliin ja sulje huulet tiiviisti suukappaleen ympärille. Varo, ettei kieli jää suukappaleen eteen ja estä ilman virtausta.
4. Huolehdi siitä, että sormesi eivät ole mittarissa olevan osoittimen tai ilma-aukkojen päällä.
5. Voit suorittaa puhalluksen istuen tai seisten (lapset seisten), kunhan käytät aina samaa asentoa. Tee aamupuhallukset aina herättyäsi.
6. Jos sinulla on proteesit, suorita puhallus aina samalla tavalla, joko proteesien kanssa tai ilman.
7. Suorita mittariin lyhyt (kesto alle sekunnin) mutta mahdollisimman voimakas ja terävä ulospuhallus.
8. Merkitse saavuttamasi puhallusarvo muistiin ja palauta mittarin osoitin noltaan ennen seuraavaa puhallusta.
9. **Pyri kunakin mittauskertana suorittamaan kolme hyvin onnistunutta puhallusta, jotka poikkeavat toisistaan korkeintaan 20 litraa (lapsilla 10 litr.) minuutissa. Varaudu tekemään useita ylimääräisiä puhallusyrityksiä tavoitteen saavuttamiseksi.**
10. Kolmesta puhalluksesta paras rengastetaan.

PEF-mittausten käyttöalueet:

PEF-seurannan avulla voidaan mm. diagnosoida astmaa ja seurata keuhkojen toimintaa sekä arvioida lääkkeen vaikutusta.

1. Vuorokausiseuranta ilman lääkitystä

Tarkoitus on saada selville mahdolliset vaihtelut PEF-lukemissa eri vuorokauden aikoina. Puhalla PEF-lukemat aamuin ja illoin. Merkitse myös kellonaika. Näitä puhalluksia tehdään yleensä viikon ajan. Toimi näin:

- Heti kun heräät aamulla, puhalla kolme puhallusta ja merkitse lukemat PEF-seurantataulukkoon kohtaan PEF-lukemat ennen lääkettä
- Merkitse paras puhallus seurantataulukon viivastoon x-merkillä.
- Toista sama iltaisin, mielellään klo 15.00-18.00.
- Lisäksi puhalla aina kun oireilet (flunssan, ahdistuksen, rasituksen jälkeen, yskänkohtauksen tai muutoin huonon olon yhteydessä, yöllä tai päivällä). Merkitse tulokset ylimääräiset puhallukset -sarakkeeseen.

2. Vuorokausiseuranta avaavan lääkityksen kanssa

Tarkoitus on saada selville keuhkoputkia avaavan lääkkeen vaikutus PEF-lukemiin.

- Heti kun aamulla heräät, puhalla kolme puhallusta ja merkitse lukemat taulukkoon: paras puhallus viivastoon x-merkillä.
- Ota sitten keuhkoputkia avaava lääkkeesi. (esim. terbutaliini 0,5 mg x 1-2 tai salbutamoli 0,4 mg.)
- Noin 20-30 min. lääkkeen oton jälkeen, puhalla uudet kolme puhallusta ja merkitse lukemat kaavakkeeseen.
- Merkitse paras puhallus viivastoon o-merkillä.
- Toista sama illalla: kolme puhallusta ennen avaavaa lääkettäsi ja kolme puhallusta 20-30 min. kuluttua lääkkeen oton jälkeen.
- Merkitse lukemat taulukkoon kuten edellä.
- Myös silloin kun astmasi oireilee on tärkeää mitata PEF-arvoja, merkitse ylimääräiset puhallukset sarakkeeseen.



Hoidon seuranta PEF-taulukko

Nimi _____

Syntymäaika _____

Pituus _____

Aloituspäivä / 20

1 - 2 viikkoa ennen vastaanottoa

Pvm																				
Kilo																				
PEF-mittaukset 3 puhallusta aamulla ja illalla ENNEN lääkkeitä	1.																			
	2.																			
	3.																			

Lisäohjeet PEF-seurannan tekemiseksi saat lääkäritäsi/hoitajaltasi:

Kilo																				
PEF-mittaukset 3 puhallusta 20 min. avaavan lääkkeen JÄLKEEN	1.																			
	2.																			
	3.																			
Keuhkoputkia avaavan lääkkeen nimi:	L/min																			
	600																			

500																				
400																				
300																				
200																				

PEF-mittarin puhallusohje

1. Asele mittarin osoiin nolliin. Pidä mittari vaakasuorassa.
2. Vedä keuhkot mahdollisimman täyteen ilmaa.
3. Suorita mittariin lyhyt (kesto alle sekunnin) mutta mahdollisimman voimakas ja terävä uiospuhallus.
4. Puhallus toistetaan kolme kertaa.
5. Merkitse saavuttamasi puhallusarvot muistiin.
6. Onnistunut puhallus poikkeaa toisista korkeintaan aikuisilla 20 litraa ja lapsilla 10 litraa.
7. Merkitse kolmesta puhalluksesta paras yllä olevaan taulukkoon.

Tämän seurannan aikana käyttämäsi lääkkeitys:

Astman hoidon tavoitearvo (PEF) = _____ l/min



Astma TESTI.fi

Tämä testi on tarkoitettu yli 12-vuotiaille astmaa sairastaville. Testin avulla voidaan arvioida, miten astma on hallinnassa.

Vaihe 1:

Ympyröi jokaisesta kysymyksestä sopivan vaihtoehdon pistemäärä. Kysymyksiä on kaikkiaan VIISI.

Vaihe 2:

Astmanhallintatestin tuloksen saat **yhteenlaskemalla ympyröidyt pisteet**. Keskustele tuloksestasi lääkärin tai hoitajan kanssa.

Vaihe 3:

Näet alta, mitä pistemääräsi tarkoittaa.

Kysymys 1: Kuinka usein astmasi esti sinua toimimasta normaalisti työssä, koulussa tai kotona viimeisten 4 viikon aikana?						Pistemäärä				
Koko ajan	1	Usein	2	Ajoittain	3	Harvoin	4	Ei kertaakaan	5	
Kysymys 2: Kuinka usein sinulla on ollut hengenahdistusta viimeisten 4 viikon aikana?										
Useammin kuin kerran päivässä	1	Kerran päivässä	2	3-6 kertaa viikossa	3	Kerran tai kaksi viikossa	4	Ei kertaakaan	5	
Kysymys 3: Kuinka usein heräsit astman oireisiin (hengityksen vinkuminen, yskiminen, hengenahdistus, puristava tunne tai kipu rintakehällä) yöllä tai aikaisin aamulla viimeisten 4 vkon aikana?										
4 kertaa viikossa tai useammin	1	2-3 yönä viikossa	2	Kerran viikossa	3	Kerran tai kaksi	4	Ei kertaakaan	5	
Kysymys 4: Kuinka usein olet käyttänyt nopeasti vaikuttavaa sisään hengitettävää lääkettä (esim. Airomir [®] , Bricanyl [®] , Buventol [®] tai Ventoline [®]) viimeisten 4 viikon aikana?										
3 kertaa päivässä tai useammin	1	1 tai 2 kertaa päivässä	2	2 tai 3 kertaa viikossa	3	Kerran viikossa tai harvemmin	4	Ei kertaakaan	5	
Kysymys 5: Kuinka itse arvioisit astman hallintaasi viimeisten 4 viikon aikana?										
Ei ollenkaan hallinnassa	1	Huonosti hallinnassa	2	Jokseenkin hallinnassa	3	Hyvin hallinnassa	4	Täysin hallinnassa	5	
Yhteensä ▶										

Tarkista pisteesi:

Yhteispistemäärä: 25 – Onneksi olkoon!

Astmasi on TÄYDELLISESTI HALLINNASSA. Sinulla ei ole oireita eikä astmaan liittyviä rajoitteita. Käy lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla, jos tilanne muuttuu.

Yhteispistemäärä: 20-24 – Lähes napakymppi

Vaikka astmasi on HYVIN hallinnassa, se ei kuitenkaan ole TÄYDELLISESTI HALLINNASSA. Lääkäri tai hoitaja auttaa sinua pyrkimään TÄYDELLISEEN ASTMAN HALLINTAAN. Keskustele asiasta lääkärisi kanssa.

Yhteispistemäärä: alle 20

Luultavasti astmasi EI OLE HALLINNASSA. Lääkäri tai hoitaja auttaa sinua pyrkimään parempaan astman hallintaan. Ota yhteys lääkäriisi.