



# **Tuttuakin tutumpaa, mutta miten oikeasti hoidetaan**

Verenpaineasiakkaan lääkkeettömät hoitokäytännöt  
perusterveydenhuollossa

Susanna Siuko

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2014  
Ylempi AMK  
Terveystieteiden  
terveyskasvatusta

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi AMK  
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

SIUKO, SUSANNA:

Tuttuakin tutumpaa, mutta miten oikeasti hoidetaan  
Verenpaineasiakkaan lääkkeettömät hoitokäytännöt perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyö 65 sivua, josta liitteitä 15 sivua  
Kesäkuu 2014

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytäntöjä viidessä perusterveydenhuollon toimipisteessä Pirkanmaan alueella. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa, jota hyödyntämällä voidaan kehittää verenpaineasiakkaiden neuvontatyötä ja lisätä hoitajien tietoisuutta näyttöön perustuvien hoitosuosituksen käytöstä ja hyödyllisyydestä. Hoitajien tietoisuutta lisäämällä edistetään myös Käypä hoito -suositusten käyttöä perusterveydenhuollossa.

Tutkimuksen aineisto (n=46) kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella viiden Pirkanmaalla sijaitsevan perusterveydenhuollon toimipisteen henkilökunnalta. Vastausprosentti oli 48%. Vastausten analysoinnissa käytettiin e-lomake editoria ja excel- taulukkolaskentaa. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytänteissä on edelleen kehitettävää. Vain noin puolessa kyselyyn vastanneista toimipisteistä hoitokäytännöt perustuivat Käypä hoito -suositukseen. Osassa toimipisteistä oli käytössä oma tai yhteistyössä sairaanhoitopiiriin kanssa laadittu ohjeistus. Vastanneista kaikki eivät olleet tietoisia siitä, mihin hoitosuositukseen annettu ohjaus pohjautuu. Kehitettäviä asioita oli myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Perehdytystä verenpaineasiakkaiden hoitokäytänteisiin ei useinkaan heille annettu ja vastaajilla oli tietämättömyyttä, kuuluuko hoitokäytänteistä kertominen perehdytykseen. Tutkimukseen vastanneet toivoivat koulutusta sekä keskustelua yhteisistä verenpaineasiakkaiden hoitokäytännöistä toimipisteiden sisällä. Myös verenpaineasiakkaiden kirjaamiskäytännöistä toivottiin yhteisiä linjauksia. Hoitajat toivoivat potilaskertomuksiin selkeästi kirjattuja hoitosuunnitelmia ja verenpaineen tavoitetasoja.

---

Asiasanat: Käypä hoito -suositus, lääkkeetön verenpaineen hoito, hoitokäytännöt, perusterveydenhuolto.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master`s Degree Programme in Health Promotion

SIUKO, SUSANNA:

Everyone May Be Familiar with It, but How Is It Really Treated  
Non-pharmacological Blood Pressure Customer Care Practices in Primary Health Care.

Master`s thesis 65 pages, appendices 15 pages

June 2014

---

The purpose of this study was to investigate the non-pharmacological care practices of a hypertensive customer in five health centres in Pirkanmaa region. The aim of the project was to provide information that could be used in developing the advice given to hypertensive clients and to increase nurses' awareness of the use and usefulness of evidence-based treatment guidelines. The nurses will also contribute to increase the awareness of the Current Care Guidelines (Käypä hoito -suositukset) in the use of health centers.

The data were collected from 46 nurses, who worked in primary health centres in Pirkanmaa. The data were collected using an electronic questionnaire. The response rate was 48%. The responses were analysed by using an Excel spreadsheet and an e-form editor. Open questions were analysed using content analysis.

The respondents stated that there is still room for improvement in the non-pharmacological customer care practices . Only about half of the surveyed health centres based their treatments on the Current Care Guidelines (=Käypä hoito -suositus). Some of the health centres had used their own guidelines or prepared them in collaboration with the hospital district. The respondents were not always aware of which treatment guideline the recommendations were based on. There were also matters to develop in the orientation of new employees. The orientation to treating blood pressure customers was rarely given and the interviewees were ignorant if the reporting was even part of the orientation. The findings indicate that the respondents wanted training and consultation on common blood pressure customer care practices in health centres. They also hoped that there would be general guidelines for recording practices as regards blood pressure customers. The nurses wanted the patient reports to include clearly recorded management plans and target levels for blood pressure.

---

Key words: Current Care Guidelines, non-pharmacological treatment of hypertension, care practices, Primary Health Care.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	KOHDEORGANISAATIO .....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	8
4	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
4.1	Tausta ja tarkoitus .....	9
4.1.1	Hoitosuosituksen käyttö perusterveydenhuollossa.....	11
4.1.2	Verenpaineasiakkaan hoitotyö lääkkeettömin keinoin .....	14
4.1.3	Verenpaineeseen vaikuttavat elintavat .....	17
5	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	20
5.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	20
5.2	Aineiston keruu .....	20
5.3	Aineiston analyysi .....	22
6	TULOKSET .....	24
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	24
6.2	Verenpaineasiakkaiden hoitokäytännöt toimipisteissä.....	25
6.3	Verenpaineen kirjaamiskäytännöt .....	29
6.4	Verenpaineasiakkaiden terveysneuvonta .....	30
6.5	Verenpaineasiakkaiden ohjauksen kehittäminen .....	33
7	POHDINTA .....	34
7.1	Eettiset kysymykset ja luotettavuus .....	34
7.2	Tulosten tarkastelu .....	36
7.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset .....	42
	<b>LIITTEET</b> .....	50
	Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje.....	50
	Liite 2. Kyselylomake. Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan.....	51
	hoitokäytännöt terveyskeskuksissa. ....	51
	Liite 3. Tutkimuslupahakemus .....	55
	Liite 4. Taulukoita.....	59

## 1 JOHDANTO

Suomalaisten terveydentila on viime vuosikymmenten aikana parantunut, mutta terveydenedistämistyötä tarvitaan edelleen. Useampi kuin joka toinen 30-vuotias suomalainen sairastaa jotain pitkäaikaissairautta ja monet näistä sairauksista voitaisiin ehkäistä elämäntapamuutoksilla. (Penttinen 2008, 7.) Sydän- ja verisuonitaudit ovat merkittävien suomalaisten terveydentilaan vaikuttava sairausryhmä ja kohonnut verenpaine on yksi suomalaisten kansantaudeista. Hoito on kallista ja vaikuttaa ihmisten elämään sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla. (Lamberg 2004, 4,7.) Jos suomalaisten verenpaine iästä riippumatta pysyisi ihanteellisella alle 120/80 elohopeamillimetrin tasolla, väestön elinikä pitenisi keskimäärin 8-10 vuodella. (Jula, Metsärinne & Syväne 2013.)

Elintapojen ja käyttäytymisen välinen yhteys verenpainetaudin sairastuvuuteen on tunnettu jo pitkään. Usein lievät verenpainemuutokset pystytään hoitamaan pelkillä elintapamuutoksilla. Elintapamuutokset tarjoavat halvan ja tehokkaan keinon ehkäistä verenpaineen iänmukaista nousua, hoitaa kohonnutta verenpainetta ja tehostaa kohonneen verenpaineen lääkehoidon vaikutuksia. (Jula 1999.) Myös Käypä hoito -suosituksessa (2009) elintapaohjaus on nostettu keskeiseksi osaksi verenpaineen hoitoa. Käypä hoito -suositus ei kuitenkaan määrittele, millaisella ohjauksella ja opetuksella kohonneen verenpaineen hoitoa tulisi edistää. Ohjauksen sisällöllä on kuitenkin merkitystä, kun on kyse elämäntapojen muutokseen motivoimisesta. Terveysthuollon ammattilaisilla on käytössä vain vähän aikaa ohjata potilaita, joten ohjaukseen käytettävä aika tulisi käyttää tehokkaasti ja suunnitelmallisesti. (Lahdenperä, Kanste & Kyngäs 2014.)

Elintapasairauksien lisääntyessä terveystalouden huomio on suunnattu yksilöiden elämäntapoihin ja niihin vaikuttamiseen. Yhteinen haaste terveydenhuoltopalvelujen tarjoajille, tutkijoille ja päättäjille, niin Suomessa kuin kansainvälisestikin, on kehittää ja toteuttaa tehokkaita kansanterveyden strategioita, jotka johtavat väestön kestäväan elämäntavan muutokseen. Elämäntapamuutos on tärkeä keino ehkäistä ja hoitaa verenpainetautia sekä sydän- ja munuaissairautta koko väestössä. (Appel & Hopkins 2014.)

Terveyst 2015- kansanterveysohjelmassa ja sosiaali- ja terveystministeriön terveyden edistämisen laatusuosituksissa tuodaan esille terveellisen ruokavalion ja liikunnan

merkitys elintapasairauksien ehkäisyssä. Ennalta ehkäisevän työn merkitystä korostetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa 2012-2015. (Sosiaali – ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste). Ennalta ehkäisevän työn tekijöinä hoitajien merkitys on suuri ja heidän roolinsa on arveltu tulevaisuudessa vielä korostuvan. (Voutilainen 2010, 7.) Useissa tutkimuksissa hoitajien antama ohjaus todetaan tehokkaaksi ja sen on todettu auttavan asiakasta saavuttamaan hoidolle asetetut tavoitteet. (New, Mason, Freemantle, Teasdale, Wong, Bruce, Burns & Gibson 2003, Mugarza, Wilding, Woodward, Hayden & Gill 2008).

Valtakunnallisia hoitosuosituksia on laadittu yhtenäistämään hoitokäytäntöjä ja nopeuttamaan uuden tiedon siirtymistä käytännön hoitotyöhön. Verenpainehoidon Käypä hoito -suositus on ollut voimassa yli neljä vuotta ja sen tavoitteena on ollut yhtenäistää ja tehostaa verenpaineasiakkaiden hoitoa sekä parantaa potilaiden hoidon laatua. (Alanen 2009, Nummenmaa 2007, 112.) Verenpaineasiakkaiden hoitokäytännöissä ja hoidon vaikuttavuudessa on kuitenkin edelleen paljon alueellisia eroja. (Alanen 2009, Malmivaara, Sipilä & Komulainen 2014.) Myös terveystieteiden välillä on huomattavaa vaihtelua siinä, miten tavoitteellisesti hoitosuosituksia on pyritty soveltamaan käytäntöön ja kehittämään yksikön yhteisiä toimintakäytäntöjä. (Miilunpalo, Toropainen & Mäkinen 2002.) Tavoite on, että potilaan saama ohjaus olisi samansuuntaista riippumatta siitä, missä hän hoitoa ja ohjausta saa.

Tutkimusten mukaan kohonneen verenpaineen on todettu lisäävän vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin riskiä. (Käypä hoito -suositus 2009.) Tästä kiinnostuneena Pirkanmaan muistiyhdistys antoi tehtäväksi kartoittaa lääkkeettömän verenpaineen hoitokäytäntöjä perusterveydenhuollon toimipisteissä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin selvittää, millaisia hoitokäytäntöjä tällä hetkellä on lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoidossa ja pohjautuvatko käytännöt näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Jotta verenpaineasiakkaiden hoitotyötä pystytään kehittämään sekä lisäämään hoitosuosituksien käyttöä perusterveydenhuollossa, tieto suositusten tämänhetkisestä käytöstä on tarpeellista.

## 2 KOHDEORGANISAATIO

Pirkanmaan muistiyhdistys toimii Pirkanmaalla sekä Huittisissa ja se on yhdistys muistihäiriöisille, heidän omaisilleen ja ammattihenkilöstölle. Yhdistys antaa tietoa muistihäiriöistä ja niiden ennaltaehkäisystä sekä saatavilla olevista palveluista ja etuuksista. Keskeisenä toimintamuotona on jatkuva kehittämistyö muistisairauksien ennaltaehkäisyn, varhaisen toteamisen sekä hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi. Pirkanmaan muistiyhdistys hallinnoi Muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen edistäminen hanketta (MEVA). Hankkeen tarkoituksena on vähentää eteneviä muistisairauksia Tampereella, ympäristökunnissa sekä laajemmin Pirkanmaalla. Tavoitteena on luoda hankekaudella (2011–2014) pysyvä toimintakäytäntö perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuollon yksiköihin muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi. (Pirkanmaan muistiyhdistys ry 2013.)

Tutkimusten mukaan kohonnut verenpaine lisää vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin riskiä. (Käypä hoito -suositus 2009). Tämän vuoksi Pirkanmaan muistiyhdistyksestä ehdotettiin opinnäytetyön aiheeksi lääkkeettömän verenpainepotilaan hoitokäytäntöjen selvittämistä Pirkanmaan alueella.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytäntöjä viidessä terveydenhuollon toimipisteessä Pirkanmaan alueella.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millaisista asioista koostuu lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoito terveyskeskuksessa?
2. Minkälaiseen tietoon hoitajien antama lääkkeettömän verenpaineasiakkaan ohjaus perustuu?

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa, jota hyödyntämällä voidaan kehittää verenpaineasiakkaiden neuvontatyötä ja lisätä hoitajien tietoisuutta näyttöön perustuvien hoitosuositusten käytöstä ja hyödyllisyydestä. Hoitajien tietoisuutta lisäämällä edistetään myös Käypä hoito -suositusten käyttöä perusterveydenhuollossa.



## 4 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Tausta ja tarkoitus

Sydän- ja verisuonitaudit ovat merkittävin suomalaisten terveydentilaan vaikuttava sairausryhmä ja kohonnut verenpaine on yksi suomalaisten kansantaudeista. (Lamberg 2004, 7.) Vaikka suomalaisten verenpainearvot ovat laskeneet merkittävästi 1960-luvulta lähtien, verenpainetasot ovat kansainvälisesti edelleen korkeat. Viimeisen viiden vuoden aikana verenpaine ja suolan käyttö ovat uudelleen kääntyneet nousuun. (Jula ym 2013.) Myös kansainvälisesti verenpainetauti sairastetaan paljon. Arvion mukaan pelkästään Yhdistyneessä kuningaskunnassa 15 miljoonaa ihmistä sairastaa verenpainetauti. Määrän ennustetaan kasvavan, ylipainon ja väestön vähenevän aktiivisuuden myötä. Uusia verenpainetauti diagnooseja tulee viikossa tuhansittain. Sanotaankin, että verenpainetauti on saavuttanut epidemian mittasuhteet. (Rich 2011.) Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan korkea verenpaine aiheuttaa vuodessa yli 9 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa. (Jula ym 2013).

Verenpaine nousee iän mukana suurimmalla osalla suomalaisista. Keskimäärin joka toisella suomalaisella yli 30-vuotiaalla miehellä ja kahdella viidestä samanikäisestä naisesta on kohonnut verenpaine. Verenpaine on koholla, jos arvot ylittävät tason 140/90 mmHg tai käytössä on verenpainetta alentava lääkehoito. Noin puolet henkilöistä, joilla on kohonnut verenpaine, käyttää verenpainetta alentavaa lääkehoitoa ja noin 40 prosenttia hoidossa olevista alittaa lääkehoidolle asetetun verenpainetavoitteen alle 140/85 mmHg. Hoitotavoite saavutetaan usein lääkkeetöntä hoitoa ja lääkehoitoa tehostamalla. Suomalaisten elinikä piteneisi keskimäärin 8–10 vuodella, jos väestön verenpaine pysyisi iästä riippumatta ihanteellisella alle 120/80 elohopeamillimetrin tasolla. (Jula ym. 2013.)

Korkea verenpaine lisää erityisesti aivohalvausriskiä sekä kongnitiivisen funktion alenemista. Verenpainetauti aiheuttaa mittavia kustannuksia terveydenhuollolle ja potilaalle itselleen. Primaari verenpainetauti on kansanterveydellisesti merkittävä ongelma, sillä se on perimän ja elämäntapojen aiheuttama. (Lamberg 2004. 4,7.) Kohonneen verenpaineen hoidon kolme tärkeää osa-aluetta ovat varhain aloitettu ehkäisy, varhainen toteaminen ja tehokas hoito. (Jula ym. 2013.) Kohonneen verenpaineen alentaminen ja verenpainetaudin ennaltaehkäiseminen on tärkeä osa

perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien työtä. Hoitajilla on tärkeä rooli ennaltaehkäisevän työn tekijöinä, sillä jo pitkään on tiedetty elintapojen ja verenpaineen yhteys toisiinsa. (Jula 1999.)

Jotta verenpaineasiakkaiden hoito olisi tehokasta, hoitokäytänteiden tulisi pohjautua näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin. Verenpaineen hoidon Käypä hoito -suositus on laadittu 2009. Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on ollut muun muassa yhtenäistää ja tehostaa verenpaineasiakkaiden hoitoa. Edelleen verenpaineasiakkaiden hoitokäytännöissä on kuitenkin paljon alueellisia vaihteluja. (Alanen 2009.)

Hoitajien antamaa ohjausta on hoitotieteessä tutkittu paljon sekä Suomessa että kansainvälisesti. Työn tuloksellisuuden parantamiseksi uusia työtapoja pitäisi edelleen kehittää ja arvioida. Uusista työmalleista esimerkkinä ovat hoitajavastaanotot, joista voi löytyä vastaus myös hoitotakuun haasteisiin ja potilaiden vaatimuksiin paremmasta hoidosta. (Salin, Liimatainen, Holmberg-Marttila & Aalto 2012). Useissa tutkimuksissa hoitajavastaanotto- toiminta on todettu tehokkaaksi ja sen on todettu edistävän hoidon tavoitteiden saavuttamista. (New ym 2003, Mugarza ym 2008).

Opinnäytetyöhön kerättiin aineistoa kirjallisuuskatsauksen menetelmää käyttäen maaliskuuhun 2013. Haku tehtiin Medic ja Melinda tietokannoista. Hakusanoina käytettiin Medic-tietokannassa verenpaine\* and lääkkeetön\*, verenpaine\* and potila\*, verenpaine\* and hoito\*, verenpaine\* and hoidonohjaus and neuvonta ja toimintamal\*. Melinda tietokannassa tutkimuksia etsittiin hakusanoilla verenpaine, hoitomenetelmät ja ohjaus. Hakua päivitettiin kevään 2014 aikana.

Opinnäytetyön teoreettiseksi taustaksi valittiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta Alasen (2009), Lambergin (2004), Linnajärven (2010), Kurikan (2005), Nummenmaan (2007), Voutilaisen (2010), Peltosen (2000), Merirannan (2009) ja Roineen ym (2003) tutkimukset. Myös muita suomalaisia tutkimuksia on työssä käytetty. Esimerkkinä kansainvälisistä tutkimuksista hoitajavastaanottojen vaikuttavuutta koskeneet tutkimukset Schadewaldt & Schultz (2010), New ym (2003), Mugarza ym (2008), sekä Appel & Hopkins (2014) ja Elhani, Cleophas & Atiqi (2009) tutkimukset verenpaineeseen vaikuttavista elintavoista.

#### 4.1.1 Hoitosuosituksen käyttö perusterveydenhuollossa

Useimmissa länsimaissa laadittiin 1990-luvulla kansallisia ja paikallisia hoitosuosituksia. Hoitosuosituksen kehittämisen taustalla ovat useimmiten olleet huoli hoitokäytäntöjen alueellisesta vaihtelusta ja terveydenhuollon kustannusten kasvusta sekä tarve ohjata terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa. Myös lääketieteellisen tiedon määrän nopea kasvu ja terveydenhuollon ammattilaisten vaikeudet pysytellä ajan tasalla ovat luoneet tarpeen kehittää yhteneviä hoitosuosituksia. (Roine, Kaila, Mäntyranta, Nuutinen, Nuutinen, Auvinen & Mustajoki 2003.)

Lääkäriseura Duodecimin alla toimiva Käypä hoito-organisaatio kerää tietoa ja laatii suosituksia lääketieteellisin perustein. Käypä hoito -suositusten uskottavuus pohjautuu siihen, että ne ovat parhaiden asiantuntijoiden tekemiä. Suositusten tavoitteena on, että luotettavasti kerätyn ja tiivistetyn tiedon pohjalta pystytään tekemään hyviä hoito- ja organisaatiotason päätöksiä. (Saarni 2010, 97-98.) Käypä hoito -suositusta on kuitenkin arvosteltu siitä, että Käypä hoito -prosessi on liian pitkä ja raskas. Toisaalta juuri se takaa suositusten objektisuuden ja luotettavuuden. (Meer 2013.)

Tutkimustulosten hidaskäyttöön on ollut Käypä hoito -suositusten käytön hankaluutena. Vakiintuneista hoitokäytännöistä ei luovuta helposti ja uusien käytäntöjen omaksuminen vie aikaa. (Nummenmaa 2007, 118.) Pelkkä suositusten julkaiseminen ei riitä, vaan hoitokäytäntöjen muuttaminen vaatii suositusten aktiivista toimeenpanoa paikallistasolla. Vaikka terveydenhuoltohenkilöstön asenteet suosituksia kohtaan ovat myönteiset, ei suosituksia kuitenkaan tunneta kovin hyvin ja niiden käytössä on vaihtelua. Roineen ym (2003) tutkimuksen mukaan kolmesta sairaanhoitopiiristä vain Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli ottanut suositukset laajalti järjestelmälliseen käyttöön. (Roine ym 2003.)

Alasen (2009) tutkimuksessa hoitajat kokivat hoitosuosituksen hyvin myönteisinä ja hoidon laatua parantavina. Hoitajat pitivät Käypä hoito – suositusten kautta saatua tietoa luotettavana. Suositusten käyttöönotossa hoitajat kokivat tärkeäksi lääkäreiden ja johdon antaman tuen. (Roine ym 2003). Myös eri ammattiryhmien tehtäväkuvien määrittely edistää hoitosuosituksen onnistunutta käyttöönottoa. (Alanen 2009.)

Suosituksen toimeenpanoon liittyy monenlaisia esteitä ja edellytyksiä. Vaikka asennoituminen valtakunnallisia suosituksia kohtaan on myönteinen, niiden käyttöönottoa vaikeuttavat monet niin ammattilaisiin, hoitosuosituksiin, potilaaseen kuin organisaatioon liittyvät tekijät. Suositusten suuri määrä ja kiireinen työ ovat suositusten toimeenpanoa vaikeuttavia tekijöitä. Myös organisaation rakenteella ja kulttuurilla on merkitystä hoitosuositusten käyttöönotossa ja toimintakäytäntöjen yhdenmukaistamisessa. Terveyskeskuksissa pidetään toimeenpanon kannalta tärkeänä suositusten moniammatillista käsittelyä ja yhteisistä talon tavoista sopimista, mutta käytännössä niin ei tehdä. Terveyskeskuksen toimintakulttuurille tavanomaisempaa on yksintyöskentely ja ammattiryhmäkohtainen yhteistyö. Koska potilastyö on usein järjestetty ammattiryhmä- tai työyksikkökohtaisesti, ei organisaatioihin muodostu yhtenäisiä hoitolinjoja. Hoitotyön organisointi työyksiköittäin ja yksintyöskentelyn kulttuuri estää yhteisten hoitolinjojen - ja käytäntöjen kehittymistä terveyskeskuksessa. (Lehtomäki 2009.)

Roineen ym (2003) mukaan hoitosuositusten käyttöönottoon vaikuttaa ajan puutteen lisäksi myös usko siihen, että henkilökunta osaa asiansa ilman suosituksiakin. Yhteistyössä sovittu ja toteutettu hoito kuitenkin säästää sekä potilaiden että hoitavien yksiköiden vaivoja ja kustannuksia, koska tällöin päällekkäisiltä tutkimuksilta ja seurantakäynneiltä vältytään. Paikallisen näkökulman lisäksi suositusten käyttöönotossa tarvitaan yhteistyötä myös sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon välillä. Sairaanhoitopiirin yhteinen päätös ja sitoutuminen hoitosuositusten käyttöön, asiaa hoitavien vastuuhenkilöiden nimeäminen ja riittävät resurssit sekä tuki luovat onnistuneen pohjan päämäärätietoiselle suositusten käyttöönotolle. (Roine ym 2003.) Hoitosuositusten käyttöönottamisessa pitäisi enemmän hyödyntää hoitohenkilökunnan osaamista, sillä tutkimusten mukaan suositusten käyttöönotto tapahtuu usein passiivisesti. Monipuolisia menetelmiä suositusten käyttöön otossa ei hyödynnetä. (Miilunpalo, Toropainen & Moisio 2001.)

Koulutus on yleisesti käytetty suositusten toimeenpanokeino. Perinteinen luentomainen koulutus, joka toteutetaan erikseen lääkäreille ja hoitohenkilöstölle ilman kriittistä, reflektoivaa tiedon käsittelyä on kuitenkin riittämätöntä yhdenmukaistamaan hoito- ja toimintakäytäntöjä. Terveyskeskuksiin tulisi luoda erilaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja, joissa suosituksia käsitellään ja reflektoidaan yhdessä. Näin myös työntekijät motivoituisivat paremmin toimintamallin muuttamiseen. Myös potilaiden

suositustietoisuuden lisäämisellä voitaisiin edistää heidän vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuuksiaan omaan hoitoonsa. (Lehtomäki 2009.)

Miilunpalon ym 2002 tutkimuksessa todetaan huomattavia eroja terveystieteiden ja eri ammattiryhmien välillä siinä, miten valtakunnallisia suosituksia käsitellään työyhteisöissä ja minkälaiset edellytykset työyhteisö luo yhteisten toimintakäytäntöjen kehittämiseksi. Tähän haasteeseen vaikuttavat niin terveystieteiden johdon kuin terveystieteiden toimintaa tukevien tahojen, esimerkiksi Stakesin, kuntaliiton ja sairaanhoitopiirien antama tuki. (Miilunpalo ym. 2002.)

Suosittelujen käyttöönottoa edistämässä ovat muun muassa Duodecimin Terveystieteen alueelliset hoitosuosittelut ja muu sähköinen tiedottaminen hoitosuosittelusta Terveystieteen kautta tai alueellisten videoneuvotteluiden avulla. Lisämahdollisuuksia antaa myös sähköinen potilaskertomus, jossa voidaan helposti integroida potilastietojen rinnalle hoitosuositus. Tällaisia malleja on jo nyt toteutettu. (Roine ym 2003.)

Hoitosuositteluita on välillä arvosteltu siitä, että ne perustuvat väestöä koskeviin tunnuslukuihin, keskiarvoihin ja todennäköisyyksiin. Vaikka kansanterveyden näkökulmasta tunnusluvut ovat oikeita ja arvokkaita, yksittäisen ihmisen kohdalla niitä ei sinällään voi käyttää. Jokaisessa asiakkaaseen kohdistuvassa interventiossa pitää huomioida asiakkaan tilanne ja osallistuttaa asiakas omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Absetz 2013.) Lopullinen hoitopäätös syntyy monen tekijän summana sekä lääkärin ja potilaan yhdessä tekemänä päätöksinä. Hoitosuosittelut kattavat vain pienen osan hoitopäätöksiin vaikuttavista tekijöistä. (Nummenmaa 2007, 121.) Käypä hoito -suositukset ovat nimenomaan suositteluita, lopullisen yksilötason hoitopäätöksen tekevät potilas ja lääkäri. (Saarni 2010, 98).

Suosittelusta julkaistaan potilaille suunnatut versiot. Potilaita tai potilasjärjestöjen edustajia ei hoitosuositteluryhmässä kuitenkaan ole. Potilasjärjestöjen mukaan ottaminen muuttaisi näkökulmaa ja toisi suositteluihin jotakin uutta. Potilaiden näkökulmasta voisi korostua hoidon vaikuttavuuden sijasta myös potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten vuorovaikutus. (Nummenmaa 2007, 112.) Osa potilaista voisi kokea myös vertaistuen merkityksellisenä tekijänä hoidon tavoitteiden saavuttamisessa.

Hoitosuosituksen toteutumista käytännössä voidaan seurata valtakunnallisella ja alueellisella tasolla. Perusterveydenhuollossa on alkanut 2013 CHESS- hanke, joka tuottaa tietoa Espoon, Helsingin, Kouvolan ja Vantaan alueilta Käypä hoito -suositusten käytöstä. Hankkeen avulla jalkautetaan suosituksia käytäntöön ja samalla kehitetään paikallisia käytäntöjä. (Malmivaara ym 2014.)

Kohonneen verenpaineen hoidosta on laadittu Käypä hoito -suositukset 2009 ja niiden tavoitteena on tehostaa ja yhdenmukaista kohonneen verenpaineen ehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa. Tavoitteena on vähentää sydän- ja verisuonisairauksia ja niihin liittyviä kuolemia. Kohonneen verenpaineen hoito ja seuranta toteutetaan perusterveydenhuollossa lääkärin, potilaan ja hoitajan yhteistyönä. Hoitoa ja seurantaa ohjaavat valtakunnalliset suositukset, mutta toteutus ja suositusten käyttöönotto sovitaan usein paikallisesti terveyskeskuskohtaisesti. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Verenpaineen Käypä hoito -suosituksen käytössä ja verenpaineen hoitokäytänteissä on ollut eroavaisuuksia eri terveyskeskusten välillä, vaikka tutkimusten mukaan yhtenäiset ja näyttöön perustuvat hoitosuosituksia ovat onnistuneen verenpaineen hoidon edellytys. (Peltonen 2000, Alanen 2009.) Verenpaineen Käypä -hoito suositusten käytön lisäämiseksi niiden paikallista soveltamista ja eri ammattiryhmien tehtäväkuvien selventämistä pitäisi terveyskeskuksissa lisätä. (Peltonen 2000). Yhtenäistämällä hoitokäytäntöjä ja lisäämällä yhteistyötä organisaation sisällä kehitettäisiin myös verenpaineasiakkaiden hoitoa. (Alanen 2009.)

#### **4.1.2 Verenpaineasiakkaan hoitotyö lääkkeettömin keinoin**

Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan terveyden edistämiseksi terveysneuvonnalla on suuri merkitys. Ohjaus on keskeinen osa verenpaineen hoitoa. Jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävä on ohjata asiakkaita. Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska resurssien vähetessä hoitoajat lyhenevät ja ohjaukselle jää aina vähemmän aikaa. Hoitoaikojen lyhentymisen vaatii myös asiakkailta vastuunottamista oman terveytensä hoidosta. Käytännön toimien tueksi tarvitaan näyttöön perustuvia

ohjaustapoja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5, 145.)

Terveyttä edistävässä toiminnassa on tärkeää tiedon välittäminen. Tieto mahdollistaa tekemään terveyttä edistäviä valintoja. Ammattihenkilön välittämän tiedon pitää olla oikeata ja rehellistä sekä tutkimusnäyttöön perustuvaa. Onnistuneessa tiedon välityksessä tarvitaan myös vuorovaikutuksen onnistumista asiantuntijan ja asiakkaan välillä. Terveyden edistämisessä keskitytään usein sairauksien riskitekijöiden tunnistamiseen hyvinvoinnin lisäämisen sijasta. Vaarojen korostaminen ei ole kuitenkaan eettisesti hyväksyttävä tapa pyrkiä muuttamaan yksilön käytöstä. (Pietilä 2010, 24.)

Tutkimuksien mukaan hoitajilla on paljon potilasohjaukseen tarvittavaa tietoa, mutta myös selkeitä koulutustarpeita on tullut esille. Lisäksi tarvitaan enemmän taitoa saada potilaat mukaan hoitoonsa siihen sitoutuen. Terveydenhuollon resurssien vähetessä potilaiden sitouttaminen omasta terveydestään huolehtimiseen ja itsehoitoon on tärkeää. Potilaiden aktiivisuutta tukevalla työtavalla saavutetaan pidempiaikaisempi hyöty. Sekä Linnajärvi (2010) että Penttinen (2008) ovat kuitenkin todenneet hoitajilla olevan vaikeuksia tukea potilaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Potilaiden omaa osaamista ja motivaatiota tukemalla voidaan vähentää hoidon vaatimien voimavarojen tarvetta terveydenhuollossa. (Salin, Liimatainen, Holmberg-Marttila & Aalto 2012).

Laadukkaalla ohjauksella pystytään monin eri tavoin edistämään asiakkaan terveyttä ja vaikuttamaan suotuisiin elämäntapamuutoksiin. Elintavoilla on merkittävä yhteys verenpaineeseen ja hyvällä verenpaineen hoidolla on saavutettavissa mittavia yksilö- ja yhteiskuntatason hyötyjä. Tehostetulla neuvonnalla on todettu olevan merkitystä elämäntapaohjauksessa ja sitä kautta myös verenpaineen laskussa. (Lamberg 2004.) Terveysneuvonta tilanteiden suunnittelu etukäteen ja tavoitteiden laatiminen yhdessä potilaan kanssa on hoidon onnistumisen kannalta tärkeää. (Kurikka 2005, Peltonen 2000.) Myös sovittuna aikana toteutettu rauhallinen vastaanottotilanne on merkityksellinen terveysneuvonnan onnistumisessa. (Kurikka 2005).

Potilaat ovat usein varsin tyytyväisiä hoitajavastaanottoihin. Onnistunut hoitajavastaanotto kuitenkin edellyttää, että etenkin lääkärin tuki on saatavilla tarvittaessa ja hoidon sisällöstä on tehty selkeät ohjeistukset. (Salin ym 2012.) Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että asiakkaat ovat tyytyväisiä hoitajien antamaan ohjaukseen ja neuvontaan. Hoitajat ovat pystyneet parantamaan asiakkaiden

elämänlaatua ja yleistä terveydentilaa. Hoitajien käyttämät terveydenedistämiskeinot ovat olleet asiakkaan neuvonta ja opettaminen. Säännöllinen arviointi asiakkaan terveydentilasta ja mahdollisista riskeistä parantaa asiakkaan yleistä terveydentilaa. (Schadewaldt & Schultz 2010.) New ym 2003, tutkivat asiantuntijahoitaja-toimintamallien tehokkuutta diabeetikoilla, joilla oli kohonnut verenpaine tai kolesteroliarvot. Tutkimuksen mukaan useimmat hoitajavastaanotoille suunnitelmallisesti osallistuneet potilaat saavuttivat hoidolle asetetut tavoitteet kontrolliryhmää paremmin. Tässä tutkimuksessa löydettiin myös merkittävä yhteys kuolleisuuslukujen laskussa ryhmien välillä. Tulos korostaa potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamisen tärkeyttä ja hoitajien merkitystä potilaan tukijana. (New ym 2003.) Myös Mugarza ym (2008) totesi hoitajavetoisen toimintamallin tarjoavan tehokkaan mallin intensiiviseen verenpaineen seurantaan. Erityisesti potilailla, joilla on 2-tyypin diabetes ja munuaissairaus intensiivinen verenpaineen seuranta on hyödyllistä. (Mugarza ym 2008.)

Verenpaineen luotettava määrittäminen on keskeinen edellytys tehtäessä kohonneen verenpaineen hoitoa koskevia ratkaisuja. Asiakkaan omat, kotona tehdyt mittaukset ovatkin tärkeitä. Tulevaisuudessa terveydenhuollon vähenevät voimavarat johtanevat siihen, että ihmisten täytyy entistä enemmän ottaa vastuuta oman terveytensä edistämisestä. (Penttinen 2008, 22). Asiakaan itsehoidon tukemiseen kannattaa kiinnittää huomiota myös verenpainemittausten omaseurannassa. Hännisen (2014) tutkimuksen mukaa kotona mitatut lukemat ovat luotettavampia kuin vastaanotolla mitattu verenpaine. Kotimittauksilla saadaan luotettavampi ja kuvaavampi käsitys asiakkaan sydän- ja verisuonisairauksien vaarasta verrattuna vastaanotolla mitattuun verenpaineeseen. Verenpaine saattaa olla normaali vastaanotolla tehdyissä mittauksissa, vaikka se on koholla kotioloissa. Piilevä kohonnut verenpaine liittyy usein ylipainoon, kohonneisiin verensokeriin ja -rasvoihin ja muihin elintapavaaratekijöihin. Piilevää kohonnutta verenpainetta esiintyy 8 prosentilla suomalaisesta aikuisväestöstä. (Hänninen 2014.)

Asiakkaiden sitoutumista omaan verenpaineen hoitoonsa tukee hyvin sujuva yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Vaivaton puhelinyhteyden saaminen tarvittaessa, lyhyet jonot, pitkät hoitosuhteet, riittävät toimintaohjeet lääkeusunnoista ja kontrollikäynneistä sekä ajan tasalla olevat yhteystiedot terveystieteiden keskuksen hoitajaan ja lääkäriin parantavat yhteistyötä ja luovat turvallisuutta. Joskus yksinkertaisetkin järjestelyt parantavat hoitotulosta, sillä erään tutkimuksen mukaan verenpainepotilaiden



hoitoon sitoutuminen parani heidän saatuaan kirjallisen verenpaineenhoito-ohjeen ja verenpainekortin. (Meriranta 2009)

Lahdenperä (2002) tutki verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumista multimediaohjelman avulla. Ohjelman avulla laadittiin tavoitteet ja keinot painon vähentämiseksi sekä verenpaineen tavoitetasolle. Jotta useampi asiakas olisi onnistunut tavoitteissaan, olisi terveydenhuoltohenkilöstöltä vaadittu useampia kotikäyntejä sekä paneutumista asiaan. Välitavoitteiden saavuttaminen olisi motivoinut asiakkaita seuraavien tavoitteiden saavuttamisessa. (Lahdenperä 2002, 72.)

Lahdenperä (1997) sekä Penttinen (2008) tutkivat verenpainepotilaan hoitoon sitoutumisesta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa todettiin asiakkaiden omien voimavarojen sekä niihin vaikuttavien tekijöiden kuten perheen ja ystävien suuri merkitys hoidon onnistumisessa. Edellä mainituissa tutkimuksissa todettiin jälleen myös terveysneuvonnan haasteellisuus. Terveysneuvonnan tuloksellisuus todentuu paremmin niillä potilailla, jotka ovat jo valmiiksi motivoituneita ja sitoutuneita hoitoonsa sekä omaavat sosiaalisen verkoston. Usein eniten ohjausta ja tukea tarvitsevat, suuren sydän- ja verisuoniriskin omaavat keski-ikäiset miehet, ovat huonoimmin motivoituneita sekä ohjaukseen että elintapamuutoksiin. Usein myös heiltä puuttuu oma tukiverkosto.

### **4.1.3 Verenpaineeseen vaikuttavat elintavat**

Elintapojen ja käyttäytymisen välinen yhteys verenpainetaudin sairastuvuuteen on tunnettu jo pitkään. Lievät verenpainemuutokset pystytään usein hoitamaan pelkillä elintapamuutoksilla. Elintapamuutokset tarjoavat halvan ja tehokkaan keinon ehkäistä ja hoitaa iänmukaista verenpaineen nousua. Myös verenpaineen lääkehoidon vaikutuksia voidaan tehostaa elintapamuutoksilla. Elintapamuutosten tavoitteena on pienentää sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskiä. Siksi elintapaohjauksessa tulee kohonneen verenpaineen ohella huomioida muutkin sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijät. (Jula 1999.) Kohonneen verenpaineen hoito merkitsee pysyviä muutoksia ja sopeutumista yksilölliseen elämäntapaan. Omilla elämäntavoilla voi vaikuttaa sairauden kehittymiseen ja sen hoitoon. Kohonneelle verenpaineelle on kuitenkin tyypillistä oireettomuus. Jos asiakas kokee voivansa hyvin, hän ei välttämättä näe mitään syytä muuttaa elämäntapojaan ja hoitaa itseään. (Lahdenperä 1997, 13.)

Verenpaineen lääkkeettömään hoitoon kuuluu tärkeänä osana asiakkaan ohjaus kohti terveellisempiä elämäntapoja. Ohjauksessa huomioidaan verenpaineeseen vaikuttavia tekijöitä. Potilaan sydän- ja verisuonitautiriskiä kasvattavat korkean verenpaineen lisäksi mm. yli 55 vuoden ikä, vyötärölihavuus, dyslipidemia, tupakointi ja sydän- ja verisuonisairaudet suvussa. (Meriranta 2009). Elimistön tarpeet moninkertaisesti ylittävä natriumin saanti on tärkein verenpainetta kohottava tekijä. (Jula ym. 2013) Vähentämällä suolan saantia, lisäämällä fyysistä aktiivisuutta, laihduttamalla, kohtuullisella alkoholin käytöllä ja ylipäänsä noudattamalla terveellistä ruokavaliota voidaan tehokkaasti alentaa verenpainetta. Verenpainetta alentava ruokavalio, (the DASH, Dietary Approaches to stop Hypertension) joka sisältää hedelmiä, vihanneksia, vähärasvaisia maitotuotteita, vähentää ylipainoa ja kolesterolia. Myös lisäämällä proteiinin saantia ja käyttämällä monitydyttymättömiä rasvahappoja voidaan ehkä vaikuttaa verenpaineeseen, mutta tästä tarvitaan lisänäyttöä. (Appel & Hopkins 2014.)

Rasvan määrään ja laatuun kannattaa kiinnittää huomiota suosimalla kasviöljyä ja kohtuullista margariinin käyttöä sekä rasvattomia ja vähärasvaisia maitovalmisteita. Maitotuotteiden päivittäistä käyttöä lisäämällä on todettu olevan hyödyllisiä vaikutuksia verenpaineeseen. Amerikkalaisissa ravitsemussuosituksissa maitotuotteiden päivittäisiä saantisuosituksia onkin lisätty. (Keigan, Park, Cifelli, & Christopher 2013.) Kalaa suositellaan syötäväksi kahdesti viikossa. Lisäksi huomioidaan myös lakritsiuutetta sisältävien tuotteiden käyttämisen vähentäminen sekä verenpainepotilaan muu käytössä oleva lääkitys. (Käypä hoito-suositus 2009.)

Tutkimuksien mukaan (Meriranta 2009) potilaat arvioivat kohonneen verenpaineen riskitekijänä suuremmaksi kuin lääkärit. Potilaiden ja lääkärien mielestä aivohalvaus oli kohonneen verenpaineen huolestuttavin lisäsairaus. Lääkärit olivat tiedottaneet hyvin elintapamuutosten tärkeydestä, sillä yhdeksän potilasta kymmenestä sai lääkäriltä tietoa elintapamuutoksen tarpeellisuudesta ja he olivat myös toteuttaneet muutoksia ruokavaliossaan. (Meriranta 2009.) Elämäntapaohjausta annetaan kuitenkin usein rutiininomaisesti. Tutkimuksen mukaan maaseudulla työskentelevät lääkärit ja iältään vanhemmat lääkärit ovat aktiivisempia hoitamaan verenpainepotilaita ei-lääkehoidollisin menetelmin. (Elhani, Cleophas & Atiqi 2009.)

Noin puolet potilaista oli lääkärin antaman elämäntapaohjauksen jälkeen lisännyt liikuntaa ja ilmoittanut laihduttaneensa. Potilaan puoliso vahvisti potilaan toteuttamat elintapamuutokset. Lääkäri sopi hoitotavoitteesta potilaan kanssa säännönmukaisesti vain

kolmasosassa tapauksista. Hyvässä hoitotasapainossa oleva verenpainepotilas (24 % miehistä ja 30 % naisista) oli korkeintaan lievästi ylipainoinen ja tiesi itsekin olevansa tavoitepainossa. Potilaiden käsitys omasta ihanneverenpaineesta oli lääkäreiden ilmoittamaa hoidon tavoitepainetta alhaisempi. Lääkäreiden ja potilaiden käsitykset kohonneen verenpaineen hoidosta eroavat vielä toisistaan ja säännönmukainen sopiminen hoitotavoitteista puuttuu. Verenpainepotilailla näyttäisi kuitenkin olevan riittävästi tietoa verenpaineesta tasavertaiseen hoidosta sopimiseen. (Meriranta 2009).

## 5 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimuksen lähestymistapa oli kartoittava, sillä tavoitteena oli selvittää lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytänteitä viidessä eri perusterveydenhuollon toimipisteessä Pirkanmaalla. Kokonaisotosmääräksi arvioitiin noin 95. Kyselytutkimus suunnattiin työssään verenpaineasiakkaita hoitavalle henkilökunnalle, joka koostui pääasiassa sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista.

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja teorioista, käsitteiden määrittely ja hypoteesien esittäminen sekä koehenkilöiden valinta ja otantasuunnitelmat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat kirjallisuuskatsauksen kattavuus mittausvälineen perustana ja mittausvälineen rakentaminen. Aineiston pitää soveltua määrälliseen mittaamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittava ilmiö pyritään hajottamaan mitattaviksi osioiksi, esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiksi. Kysymykset ja vastaukset muutetaan muuttujiksi, jotka saavat tiettyjä arvoja. Ennen analysointia vastaukset tallennetaan havaintomatriisiksi, johon vastaukset tulevat numeroina. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 84.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmät tehdään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. Tulokset voidaan kuvailla esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.)

### 5.2 Aineiston keruu

Aineiston keruumenetelmän valintaa ohjaa se, minkälaista tietoa etsitään ja keneltä sitä etsitään. Myös käytettävissä oleva aika ja muut voimavarat vaikuttavat menetelmän valintaan. Kyselylomakkeet ovat yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kyselylomakkeen etuna pidetään sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja voidaan kysyä monia asioita.

Kyselytutkimukseen liittyy kuitenkin myös heikkouksia. Aineistoa voidaan pitää pinnallisena eikä ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Myös annetut vastausvaihtoehdot voivat tuoda väärintymmärryksiä tai vastaajat eivät ole tarpeeksi perehtyneitä aihealueeseen. Myös vastaamattomuus voi nousta joskus suureksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomakkeen laatiminen vaatii tekijältään hyvää teoreettista perehtyneisyyttä tutkittavaan aiheeseen. (Ronkainen ym. 2011, 114). Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu helpottaa aineiston käsittelyä ja saattamista tallennettuun muotoon sekä analysointia. Hyvän lomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii tutkijalta monenlaista tietoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 185,195. )

Kyselylomakkeen voi laatia itse tai käyttää jo olemassa olevaa mittaria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114-118.) Kysymyksissä voidaan käyttää avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä ja asteikkoihin perustuvaa kysymystyyppiä. Kyselyn voi kerätä posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna kyselynä, jossa tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-200.) Sähköisen kyselyn etuja ovat taloudellisuus, nopeus, joustavuus, helppous ja ympäristön säästäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 120-121.) Lomakkeen valmistelussa esitutkimuksen käyttäminen eli pilotointi auttaa kysymysten tarkastelussa ja tarvittaessa korjaamisessa. (Hirsjärvi ym 2009, 204).

Tämän tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeen avulla, koska tavoitteena oli saada tietoa riittävän suurelta kohderyhmältä (N=95). Kyselylomake laadittiin osaksi itse kirjallisuuskatsauksen pohjalta, mutta lomakkeessa käytettiin hyödyksi myös Alasen (2009) tutkimuksessaan käyttämiä kysymyksiä. Kyselylomake esitettiin kuudella hoitajalla. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin tarvittavia korjauksia kysymyksiä muokkaamalla ja avoimia vastauskohtia vähentämällä.

Kyselylomakkeen rakenne oli kaksiosainen (Liite 2). Ensimmäisessä osassa, kysymyksillä 1-5, kartoitettiin hoitohenkilökunnan taustatietoja, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, työkokemus, ja toimipiste. Lomakkeen toisessa osassa, kysymyksillä 6-28, kartoitettiin verenpaineasiakkaan lääkkeettömiä hoitokäytäntöjä terveyskeskuksessa. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan, joka selvitti, millaisista asioista koostuu

verenpaineasiakkaan hoito, haettiin vastauksia kyselylomakkeen kysymyksillä 19-28. Toiseen tutkimusongelmaan, joka kartoitti, minkälaiseen tietoon hoitajien antama verenpaineasiakkaan ohjaus perustuu, etsittiin vastauksia kysymyksillä 8-14.

Kyselylomake laadittiin sähköisellä e-lomake editorilla. (<https://lomake.tamk.fi/v3/lomake/koti.php>). Sähköinen kyselylomake valittiin käyttöön sen edullisuuden, ympäristöystävällisyyden ja vastaajien helpon tavoitettavuuden vuoksi. Kyselylomaketta laadittaessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että vastausten analysointi sujuisi ongelmitta. Sen vuoksi kyselylomakkeessa päädyttiin käyttämään suurimmassa osassa vastauksissa pudotusvalikkoja, joista vastaaja valitsi itselleen sopivimman vaihtoehdon. Vastaukset tallentuivat numeraalisina arvoina taulukkomuotoon. Kyselylomakkeeseen jätettiin kaksi avointa kysymystä. Analysoinnin helpottamiseksi avoimia kysymyksiä ei käytetty enempää ja toisaalta myös kyselyyn vastaajat suosivat nopeasti täytettäviä vastausvaihtoehtoja. Kyselylomakkeen saatekirje (Liite 1) ja linkki e-lomakkeelle lähetettiin yhteyshenkilöille, viiteen eri toimipisteeseen. Yhteyshenkilöt välittivät sähköpostiviestin eteenpäin organisaatiossaan verenpainepotilaita hoitavalle hoitohenkilökunnalle. Vastausten kertymistä e-lomakkeelle seurattiin keruun ajan. Vastausaikaa annettiin noin kaksi viikkoa. Ensimmäisellä vastauskerralla vastauksia ei saatu riittävästi, joten kysely linkkeineen lähetettiin henkilökunnalle uudelleen.

### **5.3 Aineiston analyysi**

Aineiston käsittely ja analysointi aloitettiin mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. Määrällisen tutkimuksen mukaisesti aineistoon tutustuttiin tekemällä vastauksista yksinkertaisia prosenttitaulukoita ja jakaumia. Aineiston analyysin toisessa vaiheessa tulkittiin saatuja havaintoja teoreettiseen taustaan hakemalla yhtäläisyyksiä ja eroja. Kolmannessa vaiheessa aineistosta muodostettuja havaintoja tarkasteltiin tietyn ajattelukehikon tai idean pohjalta. (Ronkainen ym. 2011, 124-125.) Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi voi olla joko induktiivista tai deduktiivista. Induktiivisessa sisällön analyysissä tutkijan pyrkimys on paljastaa odottamattomia seikkoja, ei testata teoriaa. (Kyngäs & Vanhanen 1997.) Avoimia kysymyksiä tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Analyysin jälkeen tulokset

selvitetään ja tulkitaan sekä tuloksista pyritään laatimaan synteesejä. Synteetit kokoavat yhteen pääasiat ja antavat vastaukset asetettuihin ongelmiin. Johtopäätökset perustuvat laadittuihin synteeseihin. (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 230.)

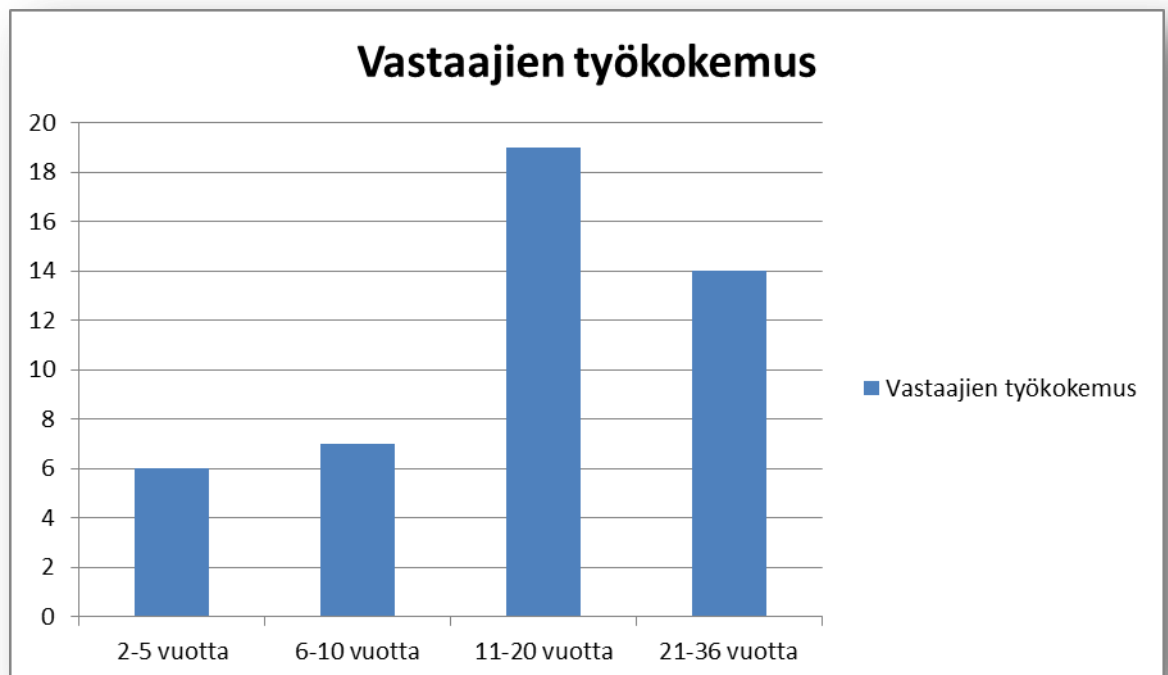
Tässä tutkimuksessa kyselylomake vastausvaihtoehtoinen laadittiin huolellisesti, jotta analyysivaiheen toteuttaminen kävisi ongelmitta. Sähköisen kyselylomakkeen laadintavaiheessa huomioitiin, että aineisto saadaan helposti hallittavaan muotoon. Tulosten analysointi aloitettiin heti keruuvaiheen jälkeen. Vastausmatriisi käytiin huolellisesti läpi ja tarkistettiin, että kaikki vastaukset ovat numeraalisessa muodossa ja tilastoitu taulukkoon oikein. Osassa kysymyksistä vastaukset saatiin luettavaan muotoon suoraan e-lomakkeen kautta ilman Excelin käyttöä, koska kyselylomake oli alun perin rakennettu helposti tilastoitavaksi. Aineiston kuvailua ja tilastointia varten taustamuuttujista vastaajien ikä ja työkokemus luokiteltiin uudelleen, niin että vastauksia on helpompi lukea. Kaksi avointa kysymystä analysoitiin sisällön analyysin avulla. Avoimissa kysymyksissä vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi, sen jälkeen etsittiin pääluokat, joiden alle vastaukset luokiteltiin.

Ristiintaulukoinnin avulla voidaan verrata taustatietojen muuttujien suhdetta tiettyihin kysymyksiin. Ristiintaulukointi on menetelmänä havainnollinen eikä aseta ehtoja muuttujien mittaustasolle, kunhan muuttujia ei ole liian montaa. (Heikkilä 1998, 175). Tässä tutkimuksessa taustatiedoista valittiin ristiintaulukointia varten ikä, ammattinimike ja toimipiste, joita verrattiin tiettyihin vastauksiin. Koska neljä vastaajaa oli jättänyt kertomatta toimipisteensä, heistä tehtiin kuudes ryhmä. Vastaajien iän suhdetta verrattiin tietämykseen kohonneen verenpaineen käytöstä omassa organisaatiossa sekä koulutustarpeeseen. Vastaajien ammattinimikettä verrattiin Käypä hoito -suositusten tuntemiseen. Vastaajien toimipistettä verrattiin Käypä hoito -suositusten käyttöön, Käypä hoito -suosituksesta kertomiseen uusille työntekijöille sekä verenpaineasiakkaiden kirjaamiseen ja päivittämiseen liittyviin kysymyksiin. Tuloksissa ei kuitenkaan haluttu tarkemmin eritellä eri toimipisteiden välisiä hoitokäytäntöeroja, koska eri yksiköiden välisten erojen selvittäminen ei ollut tutkimuksen tarkoitus. Sen ei myöskään ajateltu edistävän Käypä hoito -suositusten tietoisuuden ja hoitokäytänteiden kehittämistä.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 46 hoitotyöntekijää viidestä eri organisaatiosta. Vastausprosentti oli 48%. Vastaajista lähes kaikki olivat naisia (n=45). Vastaajien keski-ikä oli 44 vuotta, vaihteluvälin ollessa 25-64 vuotta. Enemmistö vastaajista ( n= 25) oli ammatiltaan terveydenhoitajia, sairaanhoitajia oli ammatiltaan 19. Vaihtoehdon joku muu, oli valinnut kaksi. Vastaajien kokemus hoitoalalla työskentelystä vaihteli 2 vuodesta 36 vuoteen. Vastaajista suuri osa 39% (18) oli työskennellyt yli 20 vuotta hoitoalalla. (Kuvio 1.)



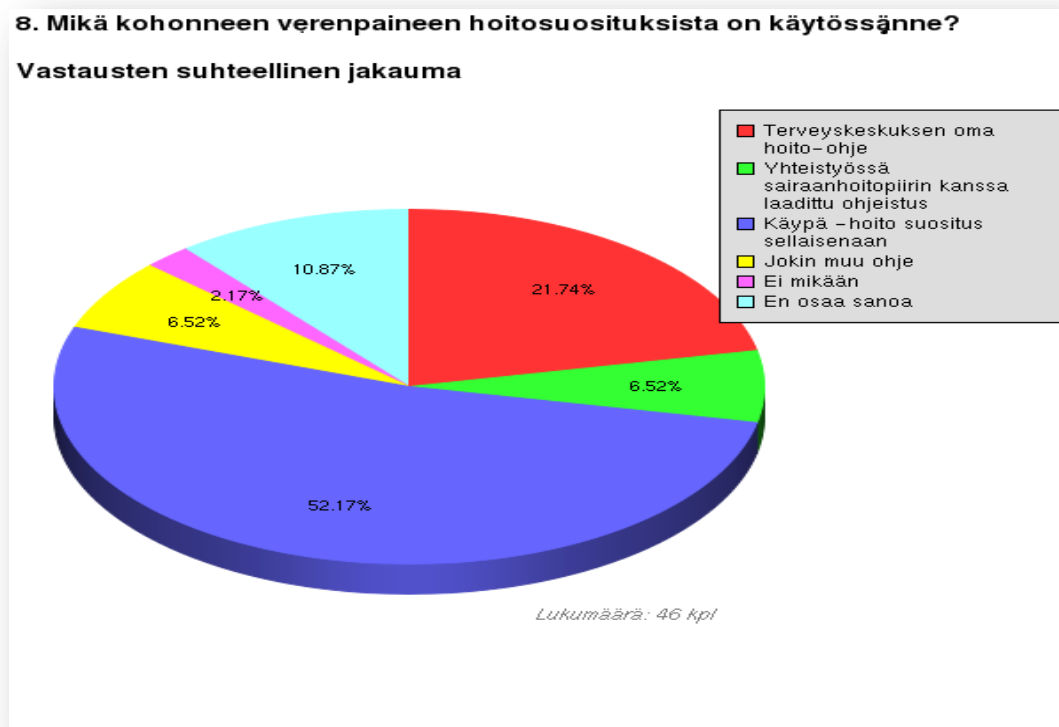
KUVIO 1. Työkokemus hoitoalalta.

Vastaajien ilmoittamat terveydenhuollon toimipisteet olivat Ylöjärvi (n=11), Kangasala (n=11), Lempäälä (n=11), Nokia (n=5) ja työterveys (=4). Vastaajista neljä oli jättänyt kyseisen kohdan tyhjäksi.



## 6.2 Verenpaineasiakkaiden hoitokäytännöt toimipisteissä

Toimipisteiden hoitokäytäntöjä kartoitettiin kysymyksissä 6-29. Vastaajista suurin osa (54%) kohtasi vastaanotollaan verenpaineasiakkaita päivittäin. Useimmiten (87%) verenpaineasiakkaiden hoito ja ohjaus perustui ennalta sovittuun ajanvaraukseen. Vain 13% vastaajista hoiti verenpaineasiakkaat osana avointa vastaanotto toimintaa. Terveystenhoitajat käyttivät sairaanhoitajia hieman enemmän ennalta sovittua ajanvarauskäytäntöä. (Liite 4, kuvio 1.) Käypä hoito -suositus oli käytössä noin puolella (52%) toimipisteistä. Lähes puolella oli käytössä jokin muu kuin Käypä hoito -suositus, joko toimipisteissä oli laadittu oma verenpaineenhoito ohjeistus (22%) tai se oli tehty yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa (7%). Vastaajista osa (11%) ei tiennyt, pohjautuuko verenpaineasiakkaiden hoito hoitosuositukseen. (Kuvio 2.) Ristiintaulukoimalla organisaatio ja Käypä hoito -suosituksen käyttö huomattiin jonkin verran eroavaisuuksia toimipisteiden välillä. (Liite 4, kuvio 2.)

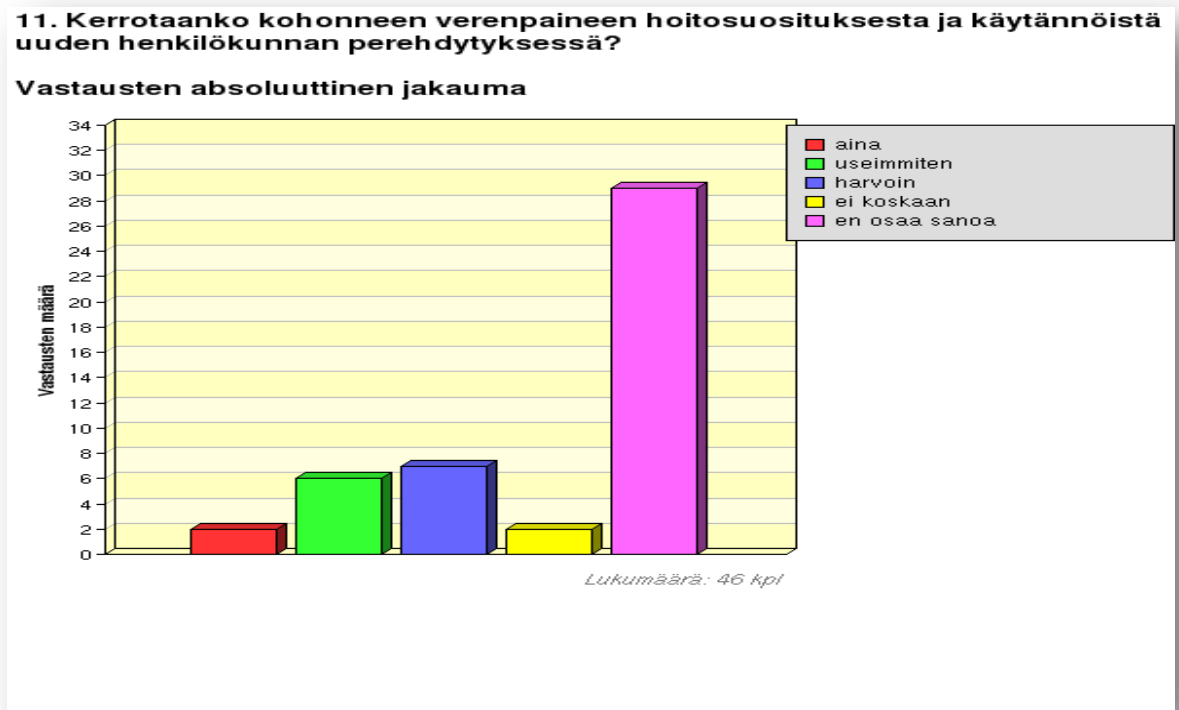


KUVIO 2. Toimipisteiden käyttämä verenpaineen hoitosuositus.

Vastaajista suurin osa (52%) ei tiennyt onko heidän toimipisteessään nimetty vastuuhenkilöä tai ryhmää päivittämään kohonneen verenpaineen hoitosuositusta ja 33% vastanneista tiesi, että vastuuhenkilöä ei ole nimetty. Hoitosuosituksen päivittämiseen oli nimetty vastuuhenkilö vain pienessä osassa (15%) toimipisteistä. ( Liite 4, kuvio 3.)

Työnjaon lääkäreiden ja hoitajien välillä koettiin olevan selkeä (67%) verenpaineasiakkaiden hoidossa. Kuitenkin kohtuullisen iso osa (26%) vastaajista ei osannut sanoa onko vastuu asiakkaiden hoidon jakamisesta selkeä.

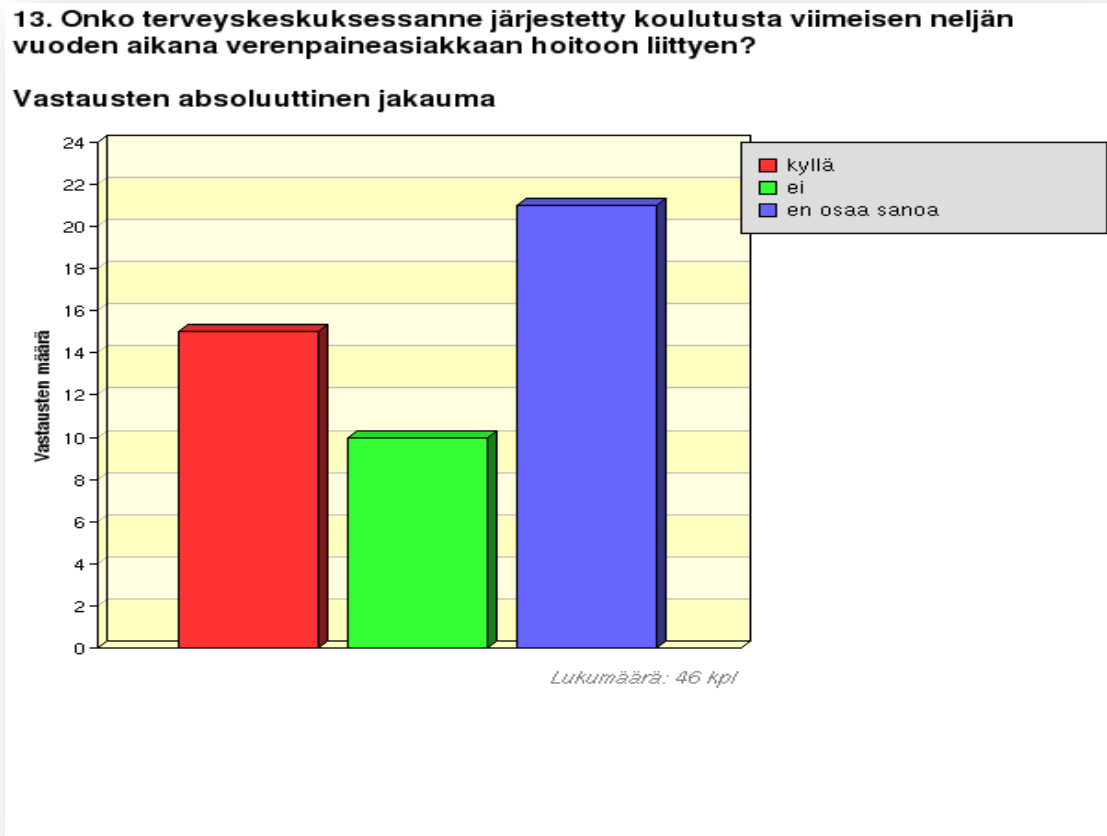
Vastaajilta kysyttiin kerrotaanko kohonneen verenpaineen hoitosuosituksista ja käytännöistä uuden henkilökunnan perehdytyksessä. Suurin osa vastaajista (63%) ei tiennyt, kuuluuko kohonneen verenpaineen hoitokäytänteistä kertominen uuden henkilökunnan perehdytykseen. Vain kaksi vastaajaa totesi perehdytykseen aina kuuluvan myös verenpaineen hoitokäytänteistä kertomisen. (Kuvio 3.) Uusien työntekijöiden perehdyttämisessä verenpaineasiakkaiden hoitokäytänteisiin oli jonkin verran toimipistekohtaisia eroavaisuuksia. (Liite 4, kuvio 4). Vaihtoehto en osaa sanoa, oli kuitenkin eniten käytetty vastausvaihtoehto kaikkien toimipisteiden kohdalla.



KUVIO 3. Kohonneen verenpaineen hoitosuositukseen perehdyttäminen.

Verenpaineen Käypä hoito -suositus on tunnettu, sillä vastaajista suurin osa (59%) koki osaavansa sen hyvin. Iso osa vastaajista (35%) koki omissa tiedoissaan myös puutteita. Ristiintaulukoimalla ammattiryhmä ja työntekijän kokemus Käypä -hoitosuosituksen osaamisesta, todettiin sairaanhoitajien kokevan enemmän osaamista Käypä hoito -suosituksen tuntemisessa kuin terveydenhoitajien. Terveydenhoitajat kokivat myös enemmän tarvetta verenpaineen hoitoon liittyvään koulutukseen. (Liite 4, kuvio 5.) Myös iällä ja Käypä hoito -suosituksen käytön tuntemisella todettiin olevan merkitystä. Vanhemmat ikäryhmät olivat nuoria tietoisempia Käypä hoito -suosituksen käytöstä verenpaineasiakkaiden hoidon perustana. (Liite 4, kuvio 6.)

Vain 33% vastaajista tiesi, että omassa toimipisteessä on järjestetty viimeisen neljän vuoden aikana koulutusta verenpaine asiakkaan hoitoon liittyen. Lähes puolet (46%) vastaajista ei osannut sanoa onko koulutusta järjestetty ja 22% totesi, että koulutusta ei ole ollut. Enemmistö kyselyyn vastanneista (78%) koki, että verenpaineen hoitoon liittyvä koulutus olisi tarpeellinen järjestää. (Kuvio 4.) Kaikissa ikäryhmissä koettiin tarvetta koulutuksen järjestämiseen. (Liite 4, kuvio 7.)



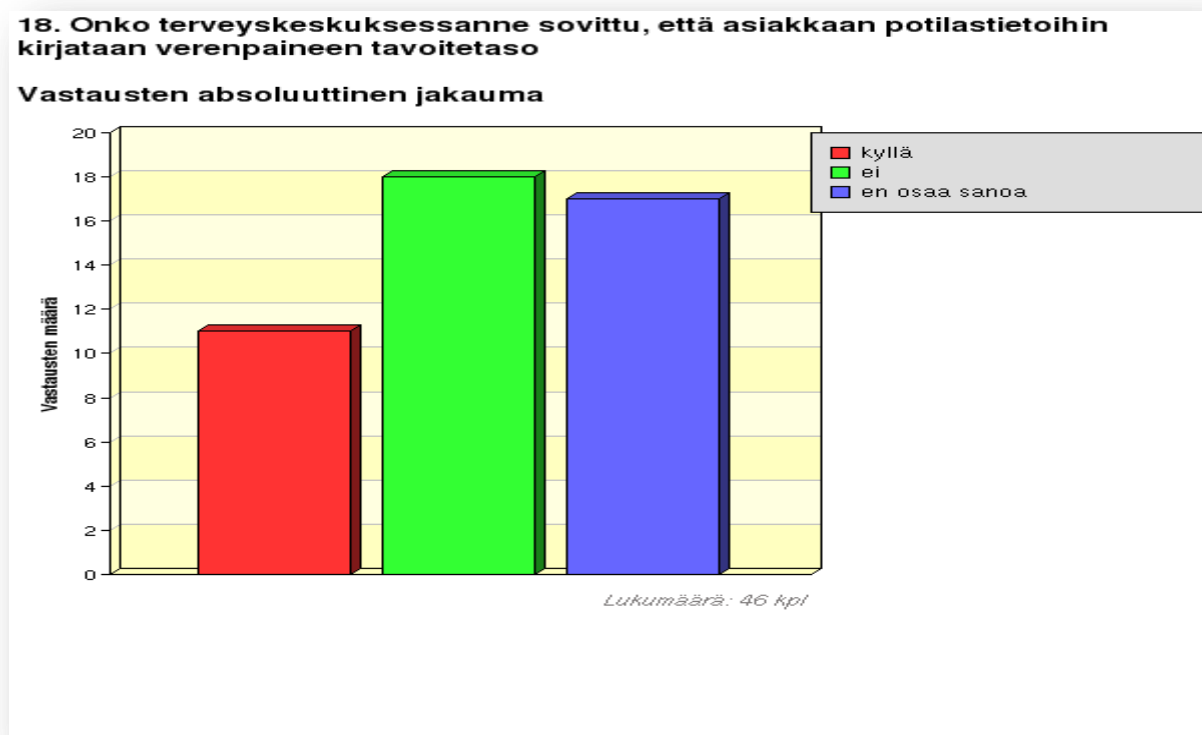
KUVIO 4. Verenpaineasioihin liittyvän koulutuksen järjestäminen viime vuosina.

Vastaajilta kysyttiin verenpaineen hoitoon liittyvän kirjallisen materiaalin käyttämisestä ja hyödyntämisestä asiakkaiden ohjauksessa. Useimmiten kirjallista materiaalia ohjauksen tukena käytti suurin osa vastaajista (59%) ja harvoin kirjallista materiaalia jakoi 30 % vastaajista. Potilasohje, jota toimipisteissä eniten (59%) jaettiin kirjallisena materiaalina, oli sydänliiton ohje. Käypä hoito -suosituksen potilasohjetta käytti 22% vastaajista. Potilasohjaukseen käytettävää materiaalia ei käyttänyt lainkaan 7% vastaajista.

Toimipisteiden vastaanottotiloissa kohonneen verenpaineen hoitosuosituksista oli laitettu tietoa esille julisteina ja kirjallisina ohjeina vain alle puolessa (48%) kyselyyn osallistuneista. Suuressa osassa (41% ) toimipisteistä tietoa verenpaineen nykysuosituksista ei ollut esillä asiakkaiden odotustiloissa.

### 6.3 Verenpaineen kirjaamiskäytännöt

Potilaskertomukseen kirjaamisessa oli vaihtelevia käytänteitä ja vastaajien keskuudessa oli tietämättömyyttä siitä, onko kirjaamiskäytännöistä sovittu vai ei. Suuressa osassa toimipisteistä (39%) ei oltu yhdessä sovittu asiakkaan verenpaineen tavoitetason kirjaamista potilaskertomukseen. Iso joukko vastaajista (37%) ei myöskään tiennyt onko tavoitetason kirjaamisesta sovittu. Verenpaineen kirjaamiskäytännöistä sopimisessa oli jonkin verran toimipistekohtaisia eroavaisuuksia. (Liite 4, Kuvio 8.) Verenpaineen hoitosuunnitelman ja verenpainemittauksen seurantavälin kirjaamisesta oltiin tietoisempia, sillä seurantaväli kirjattiin potilaskertomukseen 52% toimipisteistä. Kuitenkin 26%:sta toimipisteistä ei seurantaväliä kirjattu, ja loput vastaajista eivät tienneet kirjattiinko vai ei. (Kuvio 5)



KUVIO 5. Verenpaineen tavoitetason kirjaaminen asiakkaan sairaskertomukseen.

Vastaajien toimipisteissä suuressa osassa (43%) ei oltu sovittu, että asiakkaan potilaskertomukseen kirjataan sydän –ja verisuonitautien kokonaisriski. Melkein yhtä suuri joukko vastaajia (41%) ei tiennyt, onko asiasta sovittu vai ei.

#### 6.4 Verenpaineasiakkaiden terveysneuvonta

Vastaajilta kysyttiin käytetäänkö terveysneuvonnan edistämiseksi apuna erilaisia elämäntaparyhmiä. Ryhmien käyttö on vähäistä, sillä tupakasta vieroitusryhmiä järjestettiin säännöllisesti vain harvassa (10%) toimipisteessä. Suurimmalla osalla toimipisteistä (48%) tupakasta vieroitusryhmien järjestäminen oli satunnaista tai ryhmiä ei järjestetty lainkaan (24%). Painonhallinta ryhmiä pidettiin enemmän. Vastaajista 41% kertoi ryhmiä pidettävän säännöllisesti ja 46% satunnaisesti.

Elintapaohjauksen antamista verenpaineasiakkaalle pidettiin tärkeänä, sillä melkein kaikki vastaajat (97%) kokivat ohjauksen tärkeänä verenpaineasiakkaan hoidossa. Enemmistö vastaajista (70%) kertoikin käyttävänsä elintapaohjausta usein verenpaineasiakkaan kohtaamisessa.

Kyselylomakkeessa oli avoin kohta, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan oma näkemyksensä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat hoitajan antaman elämäntapaohjauksen onnistumiseen. (Taulukko 1) Suurin osa (78%) vastaajista oli täyttänyt tämän kohdan. Vastaukset luokiteltiin kolmeen eri luokkaan; asiakkaaseen, hoitajaan ja ohjaustilanteisiin liittyviin kategorioihin.

Asiakkaaseen liittyviä asioita, jotka vaikuttavat eniten verenpaineohjauksen onnistumisessa mainittiin asiakkaan oma motivaatio (n=24). Jotta verenpaineen ohjaustilanne onnistuisi asiakkaan pitää olla kiinnostunut asiasta ja omasta terveydestään. Yksi vastaaja oli huomionnut asiakkaan motivaatioon vaikuttavana tekijänä myös omaisten motivaation asiaa kohtaan. Omaisten kiinnostus läheisen terveydentilasta vaikutti myös asiakkaan kiinnostukseen omasta terveydestään. Muita asiakkaaseen liittyviä tekijöitä mainittiin asiakkaan kyky ottaa vastaan uutta tietoa ja tiedon määrä. (n=5) Tietoa ei saa tulla liikaa yhdellä kertaa. Myös asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne (n=2), johon vaikuttivat esimerkiksi perhe, talous ja terveys määrittivät sitä, miten onnistunut ohjaustilanteesta tulee. Lisäksi yhdessä asiakkaan kanssa sovitut tavoitteet (n=3) ja yksilölliset ohjeet olivat ohjauksen onnistumisessa tärkeitä. Asiakkaan huomioiminen tasavertaisena (n=2) ohjaustilanteessa ja ohjeiden siirtäminen (n=1)

asiakkaan arkeen sopiviksi auttavat verenpaineohjauksen onnistumisessa. Ohjauksen konkretisoituminen käytännönläheisten esimerkkien avulla (n=1) mainittiin tärkeänä.

Hoitajaan liittyviä tekijöitä mainittiin hoitajan oma vireystila (n=1) ja motivaatio (n=3) kohtaamisen aikana. Myös ohjaukseen varatulla ajalla (n=4) oli merkitystä. Vastaanotto tilanteessa pitää olla riittävästi aikaa asiakkaan kohtaamiseen ja asioiden läpikäymiseen. Säännöllisen ja jatkuvan seurannan (n=1) tärkeys mainittiin verenpainehoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Hoitajilta vaaditaan myös kykyä havainnoida antamansa tiedon oikea määrä (n=5), jotta asiakas ei saa liikaa tietoa yhdellä kertaa. Hoitajan tietotaidot (n=2) sekä positiivinen (n=1), reflektiivinen ohjausasenne (n=1) edistävät ohjaustilanteen onnistumista. Myös hoitajan antama kirjallinen ja yhdenmukainen ohjausmateriaali (n=4) oli tärkeä onnistumisen edellytys. Hoitajan ja asiakkaan välisestä henkilökemiasta ja oikeanlaisesta ohjausotteesta terveysneuvontatilanteessa kirjoitti yksi vastaaja.

*”Työntekijänä osaan lukea asiakasta ja kertoa asiaa hänelle sopivalla tavalla. Jotkut asiakkaat tarvitsevat napakkaa ohjantaa, toiset kirjallista materiaalia, toiset keskustelevampaa kommunikointia.”*

Tilanteeseen liittyviä hoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat rauhallinen ohjaustilanne (n=1), riittävän pitkä vastaanottoaika (n=4), annetun tiedon sopiva määrä (n=1) asiakkaan voimavarat huomioiden.

TAULUKKO 1. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Asiakkaasta johtuvat onnistuneen ohjauksen tekijät	Hoitajasta johtuvat onnistuneen ohjauksen tekijät	Tilanteesta johtuvat onnistuneen ohjauksen tekijät
Asiakkaan motivaatio (n=24) Omaisensa motivaatio (n=1)	Hoitajan motivaatio (n=3) ja vireystila (n=1)	Rauhallinen ohjaustilanne (n=1)
Kyky ottaa vastaan tietoa (n=5)	Hoitajan taito antaa oikea määrä tietoa (n=5)	Riittävän pitkä vastaanottoaika (n=4)
Elämäntilanne (n=2)	Tunne, että on riittävästi aikaa ohjata (n=4)	
Yhdessä sovitut tavoitteet (n=3)	Positiivinen (n=1) ja reflektiivinen (n=1) asenne	
Tasavertainen kohtelu (n=2)	Hoitajan tietotaidot (n=2)	
Ohjeiden siirtäminen asiakkaan arkeen, käytännönläheisyys (n=2)	Ohjausmateriaalin käyttäminen (n=4)	
	Henkilökemia (n=1)	

Uudet verenpaineasiukkaat ohjautuivat useimmiten (54%) lääkärin vastaanotolta hoitajan ohjaus- ja neuvontakäynnille. Sen lisäksi uusia verenpaineasiakkaita ohjautuu vastaanotoille kotimittauksien (11%) ja toisen hoitajan (9%) ohjaamina. Myös vaihtoehdon jotenkin muuten oli valinnut iso joukko vastaajia (26%).

Verenpainemittareita lainattiin kotiin melkein kaikissa (93%) terveyskeskuksissa. Myös useimmissa (87%) toimipisteissä asiakkaiden käytössä oli oma verenpaineenmittauspiste.



## 6.5 Verenpaineasiakkaiden ohjauksen kehittäminen

Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin kysymys, johon vastaajat saivat halutessaan kirjata toiveita verenpaineasiakkaan hoitokäytäntöihin omissa toimipaikassaan. Vastaajista 43% vastasi viimeiseen kysymykseen. Vastaukset luokiteltiin neljään ryhmään, jotka ovat hoitokäytännöt, materiaali, koulutus ja työntekijäresurssit.

Vastauksissa (n=8) toivottiin yhteisiä, päivitettyjä käytäntöjä, jotka olisivat kaikkien tiedossa. Yhteiset linjaukset (n=2) verenpainepotilaiden hoidossa olivat myös tärkeitä. Potilaskertomuksiin toivottiin (n=2) selkeästi kirjattuja verenpaineen hoitosuunnitelmia ja asiakkaan verenpaineentavoitetasoja.

Työntekijöiden vaihtuminen (n=1) sekä lääkärien ja hoitajien resurssipula (n=2) hankaloittavat verenpaineasiakkaiden hoitoa ja seuranta. Hoitajaresurssia (n=1) toivottiinkin lisää. Myös säännöllisesti toimivat elintapaohjauksen ryhmät (n=2) nähtiin tärkeinä, mutta vaativat myös lisää henkilökunnan aikaa. Myös asiakkaiden käytössä olevien verenpainemittauspisteiden sijaintiin (n=1) pitäisi kiinnittää enemmän huomiota, sillä ne sijaitsevat usein liian levottomissa ja ahtaissa tiloissa.

*”Lempäälässä hyvät verenpainehoito-ohjeet ja työjako lääkäreiden kanssa sujuu hyvin. Ehkä säännöllisesti aloitettavat tupakanvieroitus/laihdutusryhmät esim. kerran vuodessa olisivat tärkeitä.”*

Kirjallista materiaalia verenpainehoidon ohjaukseen toivottiin enemmän (n=3). Jaettavan materiaalin toivottiin olevan yhtenäisempää. Tällä hetkellä työntekijöillä on käytössä kaikilla eri esitteitä. Myös hoitajat (n=2) itse kokivat, että heillä on parannettavaa materiaalin jakamisessa asiakkaille.

Verenpaineen hoitokäytännöistä toivottiin lisää koulutusta (n=5) koko hoitohenkilöstölle. Koulutuksen toivottiin olevan säännöllisesti toistuvaa (n=1). Lisäksi toivottiin ohjeistusten päivittämistä ja keskustelua sovituisista linjauksista (n=1) omissa terveyskeskuksessa, sillä *”Kaikki eivät välttämättä tiedä uusien ohjeiden olemassaolosta.”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Sen lisäksi hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaa myös American Nurses Associationin vuonna 1995 julkaisemat hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217.)

Itsemääräämisoikeus ja tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuus ovat tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tutkimustyön tulee olla myös oikeudenmukaista, niin että tutkittaviksi valikoidut ovat tasa-arvoisia. Anonymiteetti on keskeinen asia tutkimustyössä. Tutkimustietoja ei luovuteta ulkopuolisille ja vastaajien henkilöllisyys ei saa paljastua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tähän tutkimukseen haettiin tarvittavat luvat organisaatioiden käytäntöjen mukaisesti joko ylihoitajilta, ylilääkäriltä tai perusturvalautakunnalta. Kyselylomakkeen muokkaamiseen ja mittarin kysymysten osittaiseen käyttöön saatiin lupa ylihoitaja Seija Alaselta.

Tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan. Tutkimuksella selvitettiin perusterveydenhuollon toimipisteiden hoitokäytäntöjä ja sen avulla lisätään hoitohenkilökunnan tietoisuutta näyttöön perustuvien verenpainesuositusten käytöstä. Tutkimustuloksissa ei vertailtu terveysasemia keskenään eikä vastaajia voida tunnistaa tutkimuksen teon missään vaiheessa. Tutkimukseen vastanneiden anonymiteettia paransi yhteyshenkilöiden käyttäminen sähköpostitse tehtävän kyselyn välittämisessä tutkittaville. Tutkimuksen tekijä ei pystynyt itse vaikuttamaan tutkimukseen vastaajien valintaan.

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee miettiä, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja mitä tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimusetiikan mukaan tarpeettomien haittojen riskit on minimoitava.

Varsinkin hoitotieteellisessä tutkimuksessa liikutaan usein herkillä aihealueilla, joiden käsittely voi aiheuttaa tunnereaktioita. Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksena on sen tuottama hyödyllisyys. Aina hyöty ei kohdistu tutkittavaan henkilöön vaan tuloksia voidaan hyödyntää muualla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217.) Tämän tutkimuksen tulosten avulla pystyttiin lisäämään hoitohenkilökunnan tietoisuutta verenpaineasiakkaiden hoitokäytännöistä ja Käypä hoito -suosituksesta. Tietoisuutta lisättiin myös siitä, että kohonnut verenpaine on riskitekijä myöhemmän iän muistisairaudelle. Muistuttamalla tästä riskitekijästä perusterveydenhuollon työntekijöitä voidaan edistää myös sairastumisriskin omaavien kansalaisten ohjauskäytäntöjä. Tutkimuksella pystyttiin lisäksi korostamaan verenpaineasiakkaiden laadukkaan ja suunnitelmallisen hoidon tärkeyttä. Myös organisaatioiden hoitokäytäntöjen tarkastelu ja tarvittavien parannusehdotusten kirjaaminen edistää verenpaineasiakkaiden hoitotyön kehittämistä. Pienilläkin korjauksilla parannetaan laatua, esimerkiksi yhtenäistämällä ohjausmateriaali ja sopimalla kirjaamiskäytännöistä. Tutkimuksen avulla hoitajia saatiin myös miettimään omia ohjausmenetelmiään ja työtapojaan verenpaineasiakkaiden hoidossa.

Tutkimuksen luotettavuutta voi kvantitatiivisessa tutkimuksessa arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus. Ulkoinen validiteetti tarkastelee sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tulosten yleistettävyyden vuoksi on tärkeää kuinka hyvin tutkimusjoukko edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Tämä tutkimus koski vain Pirkanmaalla sijaitsevia terveydenhuollon toimipisteitä, joten saatuja tuloksia ei voida yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. Tutkimuksen validiteettiin kuuluvia asioita ovat myös hyvän tieteellisen käytännön mukaan toimiminen tutkimuksen teon eri vaiheissa. Tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Ronkainen ym. 2011, 152.) Tämän tutkimuksen teon jokaisessa vaiheessa pyrittiin toimimaan hyvän tieteellisen käytännön mukaan avoimuutta ja rehellisyyttä korostaen.

Tässä tutkimuksessa vastausten määrä (48%) muodostui kohtuulliseksi, vaikka isompi vastausprosentti olisi parantanut tutkimuksen validiteettia. Tähän osattiin kuitenkin varautua, sillä sähköisen kyselylomakkeen heikkoutena voi olla vastausprosentin

jääminen pieneksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Sähköpostia kertyy paljon ja kyselylomake saatekirjeineen voi jäädä muun postin sekaan. Lisäksi useita kyselyjä voi tulla kohderyhmälle samaan aikaan. Tämänkin kyselytutkimuksen aikana osalla vastaajista oli useampia tutkimuslomakkeita vastattavanaan. Haasteena oli myös se, että tutkimusentekijä itse ei lähettänyt sähköpostilinkkiä tutkimukseen osallistuville hoitajille, vaan välittäjänä käytettiin organisaatioiden yhteyshenkilöitä. Tutkimuksen tekijä pystyi itse seuraamaan vastausten kertymistä e-lomake-editorille ja vain siitä päättämään, että kyselyä on jaettu eri organisaatioihin sovitusti. Tutkimukseen osallistuneista vastaajista yli puolet (54%) kohtasi verenpaineasiakkaita päivittäin, ja muutkin useita kertoja viikossa, joten kyselylomake tavoitti oikean kohderyhmän. Hyvänä asiana pidetään myös sitä, että jokaisesta tutkimukseen valitusta organisaatiosta saatiin vastauksia.

Tutkimusten reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittauksen luotettavuus kuvastaa, kuinka yhdenmukaisesti mittaus on suoritettu ja kuinka tarkasti mittari toimii. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Tämän tutkimuksen reliabiliteettia paransi mittarin toimivuus. Mittarilla pystyttiin selvittämään tutkimuskysymyksiin liittyviä asioita johdonmukaisesti ja tutkimuskysymyksiin saatiin kattavasti vastauksia. Sähköisen lomakkeen avulla mittauksen yhdenmukainen suorittaminen oli helppoa ja tulokset tallentuivat valmiiksi vastausmatriisiin. Alasen (2009) tutkimuksessaan käyttämän kyselylomakkeen hyödyntäminen oman kyselylomakkeen rakentamisessa säästi aikaa ja helpotti sen saamisessa toimivaksi.

## **7.2 Tulosten tarkastelu**

Tutkimuksessa etsittiin vastauksia lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoidon sisältöä ja hoitajien antamaa ohjausta koskeviin kysymyksiin. Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä selvitetiin, millaisista asioista koostuu lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoito viidessä eri perusterveydenhuollon toimipisteessä Pirkanmaalla, toinen tutkimuskysymys kartoitti minkälaiseen tietoon hoitajien antama lääkkeettömän verenpaineasiakkaan ohjaus perustuu.

Hoitajien antama verenpaineen ohjaus perustui vain noin puolella tutkimukseen vastanneista toimipisteistä käytössä olevaan Käypä hoito -suositukseen. Merkittävä osa vastaajista ei tiennyt, mikä kohonneen verenpaineen hoitosuositus on käytössä. He eivät osanneet sanoa mihin tietoon perustavat antamansa ohjauksen (11%). Käypä hoito -suosituksen käyttöosuus vain noin puolessa toimipisteistä on yllättävän pieni, kun huomioidaan, että suositus on ollut voimassa useita vuosia ja näyttöön perustuva hoitotyö on viimeaikoina saanut entistä enemmän huomiota. Tulos on kuitenkin yhteneväinen aikaisempien tutkimuksien kanssa. (Peltonen 2000, Alanen 2009.) Verenpaineen Käypä hoito -suosituksen käytössä ja verenpaineen hoitokäytännöissä on ollut eroavaisuuksia eri terveyskeskusten välillä, vaikka tutkimusten mukaan näyttöön perustuvat hoitosuositukset ovat tuloksellisen verenpainehoidon edellytys. Myös Käypä hoito -suositusten siirtymisen käytännön työhön on todettu muissakin tutkimuksissa olevan hidasta. (Nummenmaa 2007). Tämän on arveltu johtuvan osaksi siitä, että terveyskeskuksien toimintakulttuurille on tavanomaista työskentely yksin ja ammattiryhmäkohtaisesti. (Lehtomäki 2009). Käypä hoito -suosituksen käyttöä hidastaa tutkimuksien mukaan myös usko siitä, että henkilökunta osaa asian muutenkin sekä kiire. (Roine ym 2003.)

Tässä tutkimuksessa osalla toimipisteistä oli käytössä itse tai yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa laadittu verenpaineen hoito-ohjeistus. Tämä kertoo, että verenpaineen hoitoa on organisaatiossa mietitty ja verenpaineasiakkaiden hoito perustuu yhdessä sovittuun ohjeistukseen. Kuitenkin yhtenäisemmät hoitokäytännöt edistäisivät ja auttaisivat verenpaineasiakkaiden hoidon kehittämisessä. (Alanen 2009.) Hoitohenkilökunnalle ja vaihtuville sijaisille yhtenäiset käytännöt helpottaisivat työn tekemistä. Myös asiakkaalla on oikeus saada samansuuntaista hoitoa toimipisteestä riippumatta ja hoitoa, joka pohjautuu näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin. Käypä hoito -suositus on ajantasainen ja kattavuudessaan sisältää ohjeistuksen myös potilaille. Sen sijaan toimipisteiden omat ohjeistukset jäävät helposti päivittämättä, eivätkä aina ole helposti löydettävissä.

Verenpaineasiakaan hyviin hoitokäytäntöihin kuuluu, että hoito pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon, joka on ajantasaista ja päivitettyä. Tulosten mukaan suurimmassa osassa toimipisteistä ei kuitenkaan oltu nimetty vastuuhenkilöä päivittämään verenpaineen hoitosuosituksia (52%). Asiasta oli myös paljon tietämättömyyttä, sillä iso osa vastaajista (33%) ei osannut sanoa, onko vastuuhenkilö nimetty vai ei. Vastuuhenkilön

määrittäminen olisi kuitenkin tärkeää, sillä esimerkiksi Roineen ym. (2003) tutkimuksen mukaan vastuuhenkilöiden nimeäminen sekä riittävät resurssit ja tuki edistävät suositusten käyttöönottoa. Myös uuden henkilökunnan perehdytyksessä hoitosuosituksen osalta oli tietämättömyyttä, sillä suurin osa vastaajista (63%) ei tiennyt kuuluuko kohonneen verenpaineen hoitokäytännöistä kertominen uuden henkilökunnan perehdytykseen. Tietämättömyydestä voidaan päätellä, että verenpaineiden hoitokäytännöistä ei kerrota uuden työntekijän perehdytyksessä. Tämä osaltaan selittää myös tuloksissa näkyvän iän vaikutuksen tietämykseen Käypä hoito -suositusten käytöstä. Nuorempien työntekijöiden joukossa eniten vastauksia sai vaihtoehto, en osaa sanoa. Vanhemmissa ikäryhmissä tätä vaihtoehtoa ei käytetty lainkaan. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen käytössä olevan suosituksen käyttöön olisi ensiarvoisen tärkeää jatkuvuuden takaamiseksi asiakkaiden ohjauksessa. Sekä uudella työntekijällä että verenpaineasiakkaalla on oikeus saada tietoa käytössä olevasta suosituksesta ja näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Työpaikoilla ehkä kuitenkin kuvitellaan, että nuoremmat työntekijät omaavat tarpeellisen tiedon, koska koulutuksesta on vähemmän aikaa. Terveydenhuollon peruskoulutukseen ei kuitenkaan välttämättä sisälly erilaisten Käypä hoito -suositusten osaaminen ja toisaalta tietoa on niin paljon, että kaikkea ei pysty koulutuksessa omaksumaan. Oman organisaation toimintatavat tulevat tutuksi vain perehdyttämällä tai työkokemuksen kautta.

Eri ammattiryhmien välinen selkeä työnjako ja työtehtävien määrittäminen verenpaineen hoidossa on tutkimusten mukaan tärkeä hoitosuosituksen käyttöä edistävä tekijä. (Alanen 2009.) Tässä tutkimuksessa suurin osa vastaajista koki työnjaon olevan selkeä lääkäreiden ja hoitajien välillä verenpaineasiakkaiden hoidossa (67%). Kuitenkin kohtuullisen iso osa (26%) vastaajista ei osannut sanoa, onko vastuu asiakkaiden hoidon jakamisesta selkeä. Selkeä työnjako ammattiryhmien välillä helpottaisi ja tehostaisi hoitajien ja lääkäreiden työtä. Myös asiakkaalle sujuva yhteistyö ammattihenkilöiden välillä lisäisi luottamusta omaa hoitoaan kohtaan.

Vaikka tutkimukseen osallistuneista suurin osa (59%) koki tuntevansa verenpaineen Käypä hoito -suosituksen hyvin, enemmistö kuitenkin toivoi, että verenpaineen hoitoon liittyvää koulutusta järjestettäisiin säännöllisesti. Joka ikäryhmässä koettiin tarvetta koulutuksen järjestämiseen. Terveydenhoitajat kokivat sairaanhoitajia enemmän koulutustarvetta verenpaineen Käypä hoito -suosituksen suhteen. Tässä tutkimuksessa

hoitajat toivoivat erityisesti keskustelua ja yhteisiä sovittuja linjauksia oman toimipisteen hoitokäytännöistä. Aiemmissakin tutkimuksissa juuri refleктоivan ja kriittisen tiedon käsittelyn on todettu edistävän uuden tiedon saattamista käytäntöön. (Lehtomäki 2009.) Luentomainen koulutus ei riitä eikä ole tehokasta yhdenmukaistamaan hoito- ja toimintakäytäntöjä. Myös Miilunpalon ym. (2001) ja Roineen ym. (2003) tutkimuksessa todetaan, että hoitosuosituksen käyttöönoton parantamiseksi pitäisi käyttää monipuolisempia menetelmiä ja yhdessä henkilökunnan kanssa työstää toimintakäytäntöjä.

Toisella tutkimuskysymyksellä selvitettiin lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoidon sisältöä terveyskeskuksessa. Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoito sisältää potilasohjauksen, johon vaikuttavat niin kirjallisen materiaalin käyttö, kuin henkilökunnan aiheeseen saama koulutus sekä kirjaamiskäytännöt. Myös verenpaineasiakkaiden itsehoidon tukeminen on tärkeä osa asiakkaiden ohjausta.

Potilasohjauksen tukena hyödynnettiin kirjallista materiaalia hyvin. Suurin osa hoitajista käytti kirjallista materiaalia ohjauksen tukena usein (59%). Ohjausmateriaali ei kuitenkaan ollut yhtenäistä, vaan käytössä oli useampia eri ohjeita saman terveyskeskuksenkin sisällä. Eniten ohjausmateriaalina käytettiin sydänliiton ohjetta. Käypä hoito -suosituksen potilasohjetta käytti vastaajista vain osa (22%). Ohjausmateriaaliin toivottiin yhteneväisyyttä niin, että asiakkaille jaettava materiaali olisi samanlaista kaikilla hoitajilla. Ohjausmateriaalin yhtenäistämiseen yksittäinen hoitaja tuskin ryhtyy. Yhtenäisen ja laadukkaan materiaalin kokoaminen vaatii yhteisen päätöksen ja vastuu hoitajan nimeämisen tähän tehtävään. Työ kuitenkin kannattaa, sillä ohjausmateriaalin jakamisen ja verenpainekortin antamisen on todettu motivoivan verenpaineasiakkaita omaan hoitoonsa sitoutumisessa. (Meriranta 2009.) Myös ohjausmateriaalin yhtenäistäminen lisää verenpaineasiakkaiden hoidon suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta.

Tutkimuksessa selvisi, että vain harvoissa (48%) toimipisteissä hyödynnetään vastaanottotiloja verenpainehoidon ohjauksessa ja suositusten markkinoimisessa asiakkaille. Isossa osassa toimipisteistä verenpaineen nykysuosituksia ei ollut vastaanottotiloissa esille. Tätä kannattaisi kuitenkin selvästi enemmän hyödyntää, sillä on todettu, että potilaiden suositustietoisuutta lisäämällä voidaan edistää heidän vaikuttamis-

ja osallistumismahdollisuuksia omaan hoitoonsa. (Lehtomäki 2009.) Vastaanottotiloissa esillä olevan materiaalin pitää olla ajantasaista. Vanhentuneet julisteet eivät edistä hoitotyön arvostusta. Verenpaineasiakkaiden hoidon hyvä laatu ja suunnitelmallisuus pitäisi näkyä myös laadukkaiden julisteiden ja kirjallisten ohjeiden muodossa. Asiakkaiden vastaanotto ja odotustiloja pitäisi enemmän hyödyntää terveyden edistämisen näkökulmasta. Markkinointi terveellisten elämäntapojen puolesta on osa hoitajien työtä.

Verenpaineasiakkaiden laadukas hoito sisältää myös hyvät kirjaamiskäytännöt. Tämän tutkimuksen mukaan verenpainehoidon kirjaamiskäytännöissä on kuitenkin kehitettävää, sillä potilaskertomukseen kirjaamisessa oli vaihtelevia käytäntöjä. Oli myös epätietoisuutta, onko verenpainehoidon kirjaamiskäytännöistä talon sisällä sovittu lainkaan. Suurimmassa osassa toimipisteistä ei oltu sovittu verenpaineen tavoitetason kirjaamisesta potilaskertomukseen. Verenpaineen hoitosuunnitelman ja verenpaineen mittauksen seurantavälin kirjaaminen oli sovittu vain noin puolessa (52%) toimipisteistä. Myös potilaan sydän- ja verisuonitautien kokonaisriskin kirjaamisessa oli puutteita. Tutkimustulos hoitotavoitteista sopimisen ja kirjaamisen suhteen on samansuuntainen kuin Merirannan (2009) tutkimuksessa, jossa todettiin, että hoitotavoitteista sovittiin lääkärin ja potilaan kanssa vain kolmasosassa tapauksista. Säännönmukaisesti hoitotavoitteista ei sovita ja usein potilaiden ja lääkärin käsitykset verenpaineen hoidosta eroavat toisistaan. Verenpainepotilailla on usein riittävästi tietoa sairaudestaan, jotta hoidosta voitaisiin sopia tasavertaisesti. (Meriranta 2009). Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat toivoivat sairauskertomuksiin selkeästi kirjattuja hoitosuunnitelmia ja verenpaineen tavoitetasoja. Tämä toive on yhteneväinen Salinin ym. (2012) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin hoitajavastaanottojen olevan onnistuneimpia ja toimivampia silloin, kun hoidon sisällöstä on tehty selkeät ohjeistukset. Hoitajan työ tehostuu, kun hoitosuunnitelma on selkeästi kirjattu ja myös asiakas on siitä tietoinen.

Lääkkeettömän verenpaineen hoitoon kuuluu olennaisena osana elintapaohjaus. Lähes kaikki tutkimukseen vastanneet pitivät elintapaohjausta tärkeänä osana verenpaineasiakkaiden hoitoa. Elintapaohjauksessa erilaisten ryhmien käyttö on tällä hetkellä vähäistä ja ohjaus tapahtuu hoitajavastaanotoilla. Ryhmien käytön vähenemiseen on vaikuttanut resurssien vähyys. Verenpaineasiakkaiden ohjauskäynnit perustuivat suuremmaksi osaksi ennalta sovittuina aikoina toteutettuihin vastaanottoihin (87%).



Hoitajalle ja asiakkaalle ennalta sovittu aika on usein mielekkäämpi. Myös aikaisempien tutkimuksien mukaan rauhallinen ja ennalta sovittu vastaanottotilanne on hoidon onnistumiseksi tärkeä. (Kurikka 2005).

Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoito perustuu ohjaustilanteen onnistumiseen. Tutkimukseen vastanneet mainitsivat asiakkaan motivaation yhtenä tärkeänä ohjauksen onnistumiseen vaikuttavana tekijänä. Myös asiakkaan kyky ottaa vastaan tietoa, elämäntilanne ja yhdessä sovitut tavoitteet vaikuttavat ohjaustilanteen onnistumiseen. Hoitajan oma motivaatio ja vireystila sekä riittävän pitkä vastaanottoaika edistävät ohjaustilanteen onnistumista. Vastaajat kirjasivat tärkeäksi myös hoitajan reflektiivisen asenteen ja taidon antaa oikea määrä tietoa asiakkaan voimavaroihin nähden. Myös aiemmissa tutkimuksissa Lahdenperä (1997) ja Penttinen (2008) ovat todenneet asiakkaan omat voimavarat merkittäväksi tekijäksi asiakkaan hoitoon sitoutumisessa. Merirannan tutkimuksessa (2009) korostettiin myös hyvin sujuvaa yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Yhteistyön sujumiseen vaikuttivat vaivaton puhelinyhteyden saaminen tarvittaessa, lyhyet jonot, pitkät hoitosuhteet, riittävät toimintaohjeet lääkeusunnoista ja kontrollikäynneistä sekä ajan tasalla olevat yhteystiedot terveyskeskuksen hoitajaan ja lääkäriin. (Meriranta 2009)

Terveydenhuollon resurssien vähetessä asiakkaiden vastuu oman terveytensä edistämisestä on entistä tärkeämpää. Tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa asiakkaiden omahoitoa tuettiin lainaamalla verenpainemittareita myös kotiin. Asiakkaiden käytössä oli terveyskeskuksissa yleensä myös verenpaineen mittauspiste, joskin sen sijainnissa nähtiin usein parantamisen varaa. Verenpaineen omaseuranta on tärkeää, sillä kotimittaukset ovat usein luotettavampia verrattuna vastaanotolla mitattuun verenpaineeseen. On todettu, että kotimittauksilla saadaan parempi käsitys asiakkaan sydän- ja verisuonisairauksien vaarasta. (Hänninen 2014.) Verenpaineasiakkaiden omahoitoa pitäisi kuitenkin kehittää suunnitelmallisemmaksi. Hoitaja ja asiakas voisivat yhdessä laatia hoitosuunnitelman välitavoitteineen ja yhteydenottoineen. Aiemmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu hoitajilla olevan vaikeuksia tukea potilaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Linnajärvi 2010, Penttinen 2008).

Eri tutkimusten mukaan hoitajilla on todettu olevan merkityksellinen rooli asiakkaiden terveyden edistämisessä. (Mugarza ym 2008, New ym 2003). Hoitajavastaanoitoilla säännöllisesti käyneet asiakkaat saavuttavat parhaiten hoidolle asetetut tavoitteet. (New 2003.) Hoitajien merkityksen ennalta ehkäisevän työn tekijöinä on tulevaisuudessa

ennustettu lisääntyvän, sillä terveydenhuollon resurssien vähetessä ja lääkäreiden työn kasvaessa yhä enemmän asiakkaita ohjautuu hoitajien vastaanotoille. Myös hoitajavastaanotoilla kiire lisääntyy ja hoitoajat lyhentyvät. Sen vuoksi on tärkeää, että hoitajien antama ohjausaika käytetään tehokkaasti asiakkaan terveyden edistämiseksi. (Salin ym 2012.) Vastaanottojen pitää olla suunnitelmallisia ja pohjautua näyttöön perustuvaan tietoperustaan. Ikäihmisten lisäksi verenpainetta sairastavat yhä nuoremmat ja valveutuneemmat asiakkaat, jotka haluavat tietää, mihin tietopohjaan heidän hoitonsa perustuu. Hoitajien oman sekä asiakkailta saaman arvostuksen vuoksi hoitokäytäntöjä pitää kehittää. Jokaisen hoitajan on hyvä myös omalla kohdallaan miettiä ohjauskäytäntöjään ja oman työnsä tuloksellisuutta. Miten annettu ohjaus auttaa päämäärien saavuttamisessa ja onko se suunnitelmallista myös asiakkaan mielestä? Ja ennen kaikkea, mihin annettu ohjaus perustuu? Onko se työpaikalla vuosia jatkunut perinne vai tutkittua tietoa? Käytäntöjen muuttaminen paremmaksi ei aina ole ajasta ja resurssista kiinni vaan siitä, että uskaltaa arvioida tekemäänsä työtä rehellisesti.

### **7.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet**

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää verenpainepotilaiden omaseuranta ja sen kehittämismahdollisuuksia. Yhdessä hoitajan kanssa laaditun kirjallisen hoitosuunnitelman avulla omaseuranta voitaisiin kehittää suunnitelmallisemmaksi ja tavoitteellisemmaksi. Asiakas sitoutuisi kantamaan vastuun verenpaineseurannastaan ja yhteydenotot omaan hoitajaan olisivat sovitusti hoitosuunnitelman laadintavaiheessa ja siinä mietityn aikataulun mukaan sekä tarvittaessa. Yhteydenotto voisi olla esimerkiksi soitto asiakkaalle, käynti vastaanotolla tai ryhmätoimintaan osallistuminen. Asiakkaalla olisi kokonaisvastuu omasta hoidostaan sovitun hoitosuunnitelman mukaan. Välitavoitteet ja päämäärä olisi selkeästi kirjattu ja asiakas niihin sitoutunut. Osan käynneistä voisi hoitaa puhelimitse tai tietotekniikkaa apuna käyttäen. Asiakkaiden tietoteknisten taitojen lisääntyessä voidaan entistä enemmän hyödyntää sähköistä tiedonsiirtoa yhteydenpidossa asiantuntijoihin.

Tutkimuskohteena myös ryhmien käyttöä ja tuloksellisuutta verenpaineasiakkaiden terveyden edistämiseksi olisi mielenkiintoista selvittää. Elämäntaparyhmien pitämistä on resurssien vähyyden vuoksi supistettu monella paikkakunnalla. Kuitenkin

ryhmätoiminnalla voitaisiin tehdä tuloksellista terveyttä edistävää työtä ja tukea verenpaineasiakkaiden itsehoitoa. Ryhmään pääsisi tietyin kriteerein ja siihen sitouduttaisiin. Ryhmätoiminnan sisältö olisi etukäteen mietitty ja se koostuisi niin tiedon kuin liikunnan lisäämiseen tähtäävistä tavoitteista. Ennen ryhmän alkua mitattaisiin verenpaine, paino ja asiakkaan oma kokemus terveydestään. Ryhmän toimittua jonkin aikaa suoritettaisiin uudet mittaukset. Tavoitteena olisi, että ryhmän toiminta jatkuisi itseohjautuvana liikunnan ja yhdessä olon merkeissä.

MEVA-hankkeen kannalta kiinnostava kehittämisenäkökulma olisi arvioida, miten muistisairauden riskitesti motivoi kohonneen verenpaineen hoitotavoitteiden saavuttamisessa. Riskitestin käyttäminen verenpaineasiakkaan ohjaustilanteessa herättelisi asiakasta näkemään muistisairauksien ja korkean verenpaineen välisen yhteyden ja lisääntyneen riskin. Muistisairauksien riskitestin voisi hyvin ottaa työkaluksi ja osaksi verenpaineasiakkaan terveysneuvontaa. Muistitestiä voisi käyttää verenpaineasiakkaan terveysriskejä kartoitettaessa esimerkiksi ensimmäisellä ohjauskerralla. Muistitestin mukaanottamista osaksi verenpaineasiakkaan alkukartoitusmittauksia voisi hyvin pohtia tulevissa koulutustilaisuuksissa.

Tutkimustulosten pohjalta kehitettäviä asioita perustervedenhuollossa ovat myös yhteisistä käytännöistä ja linjauksista sopiminen niin käytettävän hoitosuosituksen kuin kirjaamisen ja perehdyttämisen suhteen. Lisäksi käytössä olevan ohjausmateriaalin yhtenäistämisessä olisi parannettavaa. Kehittämisehdotuksena suositellaan toimipisteisiin verenpaineen hoidosta vastaavan hoitajan nimeämistä, jonka vastuulla olisi yhtenäisen ja hoitosuosituksiin perustuvan ohjausmateriaalin kokoaminen hoitohenkilökunnalle ja asiakastiloihin. Vastuuhenkilön toimenkuvaan kuuluisi myös uusien työntekijöiden perehdyttäminen verenpaineenhoitokäytänteisiin. Myös lääkärin ammattiryhmästä olisi hyvä nimetä vastuuhenkilö, joka huolehtisi uusien lääkärin perehdytyksen verenpaineen hoitokäytäntöihin.

Verenpaineen hoitosuosituksista toivottiin myös koulutusta koko henkilökunnalle. Koulutustilaisuudessa pitäisi nostaa oman toimipisteen hoitokäytännöt avoimeen keskusteluun ja sopia yhteisistä linjauksista. Erityisesti avoin keskustelu hoitosuunnitelmien kirjaamisesta tavoitetasoineen olisi tärkeää.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä verenpaineen hoitokäytänteitä perusterveydenhuollossa sekä suunniteltaessa hoitohenkilökunnan verenpainekoulutusta ja sen sisältöä. Kohonnut verenpaine on selkeä riskitekijä myöhemmän iän muistisairaudelle ja kaikki tieto hoidon ja ohjauksen kehittämiseksi auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ja sitä kautta myös sairastumisriskin omaavia kansalaisia. Tutkimuksen avulla voidaan myös herätellä jokaista hoitajaa miettimään omaa asennoitumistaan ja ohjaukseen käytäntöjään verenpaineasiakkaiden hoidossa. Myös suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden lisääminen verenpaineasiakkaiden seurantakäyntien suhteen on henkilökohtainen haaste jokaiselle hoitajalle. Tämän tutkimuksen tulokset annetaan organisaatioiden käyttöön sekä esitellään Pirkanmaan muistiyhdistyksessä ja sen hallinoidun Meva -hankkeen ohjausryhmässä, johon kuuluu eri organisaatioiden hoitotyön asiantuntijoita.

## LÄHTEET

Absetz, P. 2013. Blogikirjoitus. Luettu 24.10.2013.

[www.collaborativecaresystemsfinland.com](http://www.collaborativecaresystemsfinland.com)

Alanen, S. 2009. Implementing an Evidence-based Hypertension Guideline into Finnish Primary Care Nursing. Turun yliopiston julkaisuja.

Appel, L. & Hopkins, J. 2014. Lifestyle Modification as a Means to Prevent and Treat High Blood Pressure. Journal of the American society of nephrology. Luettu 12.1.2014

[http://jasn.asnjournals.org/content/14/suppl\\_2/S99.full](http://jasn.asnjournals.org/content/14/suppl_2/S99.full)

Elhani,S., Cleophas,T.J and. Atiqi, R. 2009. Lifestyle interventions in the management of hypertension: a survey based on the opinion of 105 practitioner. Neth Heart J. 2009 January; 17(1): 9–12. [http://jasn.asnjournals.org/content/14/suppl\\_2/S99.full](http://jasn.asnjournals.org/content/14/suppl_2/S99.full). Luettu 12.1.2014.

E-lomake linkki <https://lomake.tamk.fi/v3/lomake/koti.php>.

Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki 1998.

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna 2009.

Hänninen, M-R. 2014. Masked hypertension in Finland. An independent cardiovascular risk factor? Ennustaako piilevä verenpaine sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa? THL Research 118/2014.Turun yliopiston tiedote. <http://www.thl.fi/doc/fi/> Luettu 10.2.2014.

Jula, A. 1999. Kohonneen verenpaineen lääkkeetön hoito. Duodecim 1999; 115:950-6.

Jula, A., Metsärinne, K & Syväne, M. 2013. Maailman terveyspäivä 7. huhtikuuta muistuttaa kohonneen verenpaineen ja suolankäytön haitoista. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 5.4.2013. Luettu 12.2.2014 <http://www.thl.fi/doc/fi/33243>

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K., Sanoma Pro Oy. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Keigan, M Park and Cifelli, J Christopher. 2013. Nutrition Reviews: Dairy and blood pressure: a fresh look at the evidence. Vol. 71(3):149-157

Kurikka, T. 2005. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus terveydenhoitajille. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Käypä hoito - suositus. Kohonnut verenpaine. <http://www.kaypahoito.fi/> Päivitetty 23.11.2009. Luettu 6.4.2013.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T ja WSOY Oppimateriaalit. Ohjaaminen hoitotyössä. 2007. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H., & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11, no1/1999.

Lahdenperä, T. 1997. Verenpainepotilaiden hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. 1997. Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Lahdenperä, T. 2002. Verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumisen arviointi ja edistäminen multimediaohjelman avulla. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto. Luettu 11.2.2014. <http://herkules oulu.fi/>

Lahdenperä, T., Kanste, O & Kyngäs., H. 2006. Hoitosuosituksen rakentaminen kohonnutta verenpainetta sairastaville. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Luettu 12.2.2014. <http://www.sairanhoitajaliitto.fi/>

Lamberg, M. 2004. Tehostettu neuvonta ja seuranta kohonneen verenpaineen lääkkeettöminä hoitomuotoina. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7758-4>. Luettu 3.12.2013.

- Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Malmivaara, A., Sipilä, R. & Komulainen, J. 2014. Perfect-hanke mukaan mittaamaan Käypä -hoito suositusten toteutumista. Luettu 10.2.2014. <http://www.thl.fi/fi>
- Meer, M. 2013. 2013. Minne menet, Käypä hoito? Suomalainen lääkärilehti. 18.04.2013. Luettu 11.2.2014. <http://www.laakarilehti.fi/>
- Meriranta, P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito. Hyvää hoitoa etsimässä. Kuopion yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Lääketiede 471. 2009. <http://epublications.uef.fi>. Luettu 4.12.2013.
- Miilunpalo, E, Toropainen, E and Moisio, P. 2001. Implementation of guidelines in primary health care. A challenge for the municipal health centres in Finland. UKK Institute for Health Promotion Research, Tampere, Finland. Scand J Prim Health Care 2001;19:227-231. Downloaded from informahealthcare.com by 188.238.77.51 . Luettu 09/06/13.
- Miilunpalo, S., Toropainen, E & Mäkinen, M. 2002. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveystieteissä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2002; 118(6):613-619. Luettu 11.2.2014. <http://www.duodecimlehti.fi/>
- Mugarza, J., Wilding, J., Woodward, A., Hayden, K & Gill, G. 2008. Achieving blood pressure control in patients with type 2 diabetes and diabetic renal disease by a nurse-led protocol based clinic. The British Journal of Diabetes and Vascular Disease 8, 279-284.
- New, J., Mason, J., Freemantle, N., Teasdale, S., Wong, L., Bruce, N., Burns J & Gibson J. 2003. Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT). A randomized controlled trial. Diabetes Care, 26(8), 2250-2255.

Nummenmaa, J. 2007. Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ.

Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettu 07.02.2014. <http://tampub.uta.fi/>

Penttinen, A. 2008. Terveysreseptin hyödyntäminen muutosten tukemisessa. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Peltonen, E. 2000. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta terveyskeskuksissa – kyselytutkimus hoitotyöntekijöille. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Pietilä, A-M. 2010, Terveiden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki. WSOYpro.

Pirkanmaan muistiyhdistys ry. Luettu 18.8.2013.

<http://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi>

Rich, M. 2011. Hypertension and lifestyle advice. Chief Executive Blood Pressure Association. [Nursing in Practice May/June 2011, Number 60](#) Luettu 12.1.2014.

Roine, R., Kaila, M., Mäntyranta, T., Nuutinen, L., Nuutinen, M., Auvinen, O & Mustajoki, P. 2003. Käypä hoito -suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. Duodecim 2003;119:399–406.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WSOYpro Oy.

Saarni, S.2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Yliopistollinen väitöskirja. Turun yliopisto lääketieteellinen tiedekunta ja terveyden –ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2010. Luettu 10.2.2014. <http://www.thl.fi/>

Salin, S., Liimatainen, T., Holmberg-Marttila, D & Aalto, P. 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. Suomen lääkärilehti 6/2012 vsk 67.



Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015.

<http://www.stm.fi>. Julkaisuja 2012:1. Luettu 5.8.2013.

Schadewaldt, V., Schultz, T.2010. A systematic review on the effectiveness of nurse-led cardiac clinics for adult patients with coronary heart disease. JBI Library of Systematic Reviews. JBL000222 2010;8(2):53-89

Voutilainen, A. 2010. Voimavara- ja potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Itäsuomen yliopisto.

## LIITTEET

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

### ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa Tampereen ammattikorkeakoulussa. Opiskeluuni kuuluu tärkeänä osana opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytänteitä ja samalla edistää Käypä hoito -suositusten käyttöä terveyskeskuksissa. Opinnäytetyöni tavoite on tuottaa tietoa, jota hyödyntämällä voidaan kehittää verenpaineasiakkaiden neuvontatyötä ja lisätä hoitajien tietoisuutta näyttöön perustuvien hoitosuositusten käytöstä ja hyödyllisyydestä. Opinnäytetyöni aiheen antoi Pirkanmaan muistiyhdistys ja tutkimus tehdään Pirkanmaan alueella viidessä terveydenhuollon toimipisteessä.

Tutkimusaineisto kerätään sähköisesti kyselylomakkeen avulla. Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen vastaamalla oheiseen kyselyyn. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että vastaat jokaiseen kysymykseen. Vastaajien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen teon missään vaiheessa, sillä vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Tutkimustulokset raportoidaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa.

Opinnäytetyöni ohjaa yliopettaja, TtT Sirpa Salin. Opinnäytetyön tekemiseen on saatu asianmukaiset luvat. Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voit ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijään.

Tutkimukseen vastaaminen vie vain vähän aikaa. Alla olevasta linkistä pääset osallistumaan kyselyyni ja vaikuttamaan verenpaineasiakkaiden hoidon kehittämiseen. Vastaathan nopeasti, sillä kyselyyn on mahdollista osallistua lokakuun loppuun asti!  
<https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/15244/lomake.html>

Arvokkaasta yhteistyöstä kiittäen  
Susanna Siuko  
terveydenhoitaja, ylempi AMK opiskelija  
puhelin

Liite 2. Kyselylomake. Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan  
hoitokäytännöt terveyskeskuksissa.

(1/4)

### Vastaajaa koskevat taustatiedot

Ympyröi sopivin vastausvaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varatulle tyhjälle riville.

1. Virkanimikkeesi
  - 1 sairaanhoitaja
  - 2 terveydenhoitaja
  - 3 jokin muu, mikä \_\_\_\_\_
2. Montako vuotta olet työskennellyt terveydenhuoltoalalla? \_\_\_\_\_ vuotta.
3. Minkä ikäinen olet? \_\_\_\_\_ vuotta
4. Oletko
  - 1 mies
  - 2 nainen
5. Terveysasema, jossa työskentelet \_\_\_\_\_

### Lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytännöt terveyskeskuksessa

6. Käykö verenpaineasiakkaita vastaanotollasi
  - 1 useita kertoja päivässä
  - 2 useita kertoja viikossa
  - 3 kerran viikossa
  - 4 harvemmin
7. Hoidatko verenpaineasiakkaasi
  - 1 ajanvarauksella
  - 2 osana avointa vastaanottoa
8. Mikä kohonneen verenpaineen hoitosuosituksista on käytössä? (voit valita useamman vaihtoehdon)
  - 1 Terveyskeskuksen oma hoito-ohje
  - 2 Yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa laadittu ohjeistus
  - 3 Käypä hoito –suositus sellaisenaan
  - 4 Jokin muu ohje
  - 5 Ei mikään
  - 6 En osaa sanoa
9. Onko terveyskeskuksessanne nimetty vastuuhenkilöä tai ryhmää huolehtimaan kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen päivittämisestä?
  - 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa

(2/4)

10. Onko verenpaineasiakkaiden hoidossa mielestäsi selkeä työnjako lääkäreiden ja hoitajien välillä terveyskeskuksessanne?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa
11. Kerrotaanko kohonneen verenpaineen hoitosuosituksesta ja käytännöistä uuden henkilökunnan perehdytyksessä?
- 1 aina
  - 2 useimmiten
  - 3 harvoin
  - 4 ei koskaan
  - 5 en osaa sanoa
12. Kuinka hyvin tunnet kohonneen verenpaineen Käypä hoito-suosituksen?
- 1 erittäin hyvin
  - 2 hyvin
  - 3 tiedoissani on puutteita
  - 4 en lainkaan
13. Onko terveyskeskuksessanne järjestetty koulutusta viimeisen neljän vuoden aikana verenpaineasiakkaan hoitoon liittyen?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa
14. Olisiko verenpaine-koulutuksen järjestämiseen tarvetta terveyskeskuksessanne?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa
15. Annatko asiakkaillesi kirjallisen ohjeen kohonneen verenpaineen hoidosta?
- 1 aina
  - 2 useimmiten
  - 3 harvoin
  - 4 en koskaan
  - 5 en osaa sanoa
16. Mikä potilasohje terveyskeskuksessanne on käytössä? (voi valita useamman vaihtoehdon)
- 1 Käypä hoito -suosituksen potilasversio
  - 2 sydänliiton ohje
  - 3 itse tehty potilasohje
  - 4 joku muu ohje
  - 5 ei mikään

(3/4)

17. Onko kohonneen verenpaineen hoitosuosituksista laitettu tietoa asiakkaille vastaanottotiloihin esimerkiksi julisteina ja kirjallisina ohjeina?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en tiedä
18. Onko terveyskeskuksessanne sovittu, että asiakkaan potilastietoihin kirjaetaan verenpaineen tavoitetaso?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa
19. Onko terveyskeskuksessanne sovittu, että asiakkaan potilastietoihin kirjaetaan verenpaineen seurantaväli eli hoitosuunnitelma?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa
20. Onko terveyskeskuksessanne sovittu, että asiakkaan potilastietoihin kirjaetaan sydän- ja verisuonitautien kokonaisriski?
- 1 kyllä
  - 2 ei
  - 3 en osaa sanoa
21. Kuinka säännöllisesti terveyskeskuksessanne järjestetään seuraavia elintapaohjauksen ryhmiä?
- A Tupakanvieroitusryhmiä?
- 1 säännöllisesti
  - 2 satunnaisesti
  - 3 ei lainkaan
  - 4 en osaa sanoa
- B Painonhallinta- ja ravitsemusryhmiä?
- 1 säännöllisesti
  - 2 satunnaisesti
  - 3 ei lainkaan
  - 4 en osaa sanoa
22. Kuinka usein annat kohonnuttua verenpainetta sairastaville asiakkaillesi elintapaohjausta?
- 1 usein
  - 2 melko usein
  - 3 silloin tällöin
  - 4 melko harvoin
  - 5 en koskaan

(4/4)

23. Kuinka tärkeänä pidät elintapaohjausta verenpaineasiakkaan hoidossa?

- 1 hyvin tärkeänä
- 2 melko tärkeänä
- 3 ei kovin tärkeänä
- 4 ei lainkaan tärkeää

24. Mitkä tekijät mielestäsi vaikuttavat antamasi elintapaohjauksen onnistumiseen?

---

---

---

25. Miten uudet verenpaineasiakkaat useimmiten ohjautuvat vastaanotollesi? (voit ympyröidä useamman vaihtoehdon)

- 1 lääkärin vastaanotolta
- 2 hoitajan vastaanotolta
- 3 kotimittausten johdosta
- 4 jotenkin muuten

26. Lainataanko terveyskeskuksestanne verenpainemittareita kotiin?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en tiedä

27. Onko terveyskeskuksessanne asiakkaiden käytössä oma verenpaineenmittauspiste?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en tiedä

28. Jos omassa terveyskeskuksessasi on parannettavaa verenpaineasiakkaiden hoitokäytänteissä, mihin toivoisit parannusta?

---

---

---

Kiitos, kun vastasit kyselyyn!

## Liite 3. Tutkimuslupahakemus

**Sopimus opinnäytetyön tekemisestä**

Sopimuksesta on tehty kappaleet opiskelijalle/opiskelijoille, työelämän edustajalle ja TAMKille.

**Opinnäytetyön tekijä/tekijät**

Nimi	Susanna Siuko	Koulutusohjelma	Terveyden edistäminen
Osoite		Suuntautumis- vaihtoehto	Terveydenhoitaja (ylempi AMK)
Puhelin		Sähköposti	susanna.siuko@health.tamk.fi
Nimi		Koulutusohjelma	
Osoite		Suuntautumis- vaihtoehto	
Puhelin		Sähköposti	
Nimi		Koulutusohjelma	
Osoite		Suuntautumis- vaihtoehto	
Puhelin		Sähköposti	

**Yritys/organisaatio**

Nimi	Pirkanmaan muistiyhdistys ry.	Vastuualue/ yksikkö	
Osoite	Kalevantie 1 33100 Tampere		
<b>Yhteyshenkilö/yhteyshenkilöt:</b>			
Nimi	Sirpa Kotisaari	Asema	hankekoordinaattori
Puhelin		Sähköposti	sirpa.kotisaari@saunalahti.fi
Nimi		Asema	
Puhelin		Sähköposti	

**Tampereen ammattikorkeakoulu/TAMK**

Osoite	Kuntokatu 3, 33520 Tampere		
Puhelin	03 245 2111	Fax	
<b>Opinnäytetyön ohjaaja/ohjaajat:</b>			
Nimi	Sirpa Salin	Puhelin	
Sähköposti	sirpa.salin@tamk.fi		
Nimi		Puhelin	

Sähköposti

**Tiedot opinnäytetyöstä**

Opinnäytetyön aihe/nimi	Tuttuakin tutumpaa, mutta miten oikeasti hoidetaan?
Tavoitteet	Tuottaa tietoa, jota hyödyntämällä voidaan kehittää verenpaineasiakkaiden neuvontatyötä ja lisätä hoitajien tietoisuutta näyttöön perustuvien hoitosuositusten käytöstä ja hyödyllisyydestä.
Tarkoitus	Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa lääkkeettömän verenpaineasiakkaan hoitokäytänteitä ja samalla edistää Käypä hoito -suositusten käyttöä terveystieteissä.
Lyhyt kuvaus toteuttamisesta	Tutkimusaineisto kerätään sähköisesti kyselylomakkeen avulla. Vastaajat saavat sähköpostiinsa linkin, josta pääsevät täyttämään e-lomake editorissa olevan kyselyn. Kyselyn vastaukset tulevat vain opinnäytetyön tekijälle.
Opinnäytetyön kustannukset ja niistä sopiminen	Postitus, kopiointikuluja noin 70 e ja matkakuluja noin 100e. Opinnäytetyön tekijä on valmistautunut maksamaan itse.
Yrityksen/organisaation osuus ohjauksessa	Tarvittaessa yhteydenotto Sirpa Kotisaareen.
Tekijänoikeudet	Opinnäytetyön tekijällä on työhönsä tekijänoikeus. Tähän tiedot mahdollisista poikkeusmenettelyistä, ks. liite 1.
Aikataulu (mm. opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika)	valmis kesään 2014 mennessä

Opinnäytetyön raportointi ja julkaiseminen	TAMKissa tehdyt opinnäytetyöt ovat julkisia ja opinnäytetyö tulee saataville joko Theseus-verkkokirjastoon tai TAMKin kirjastoon
Esittäminen	
Yrityksen/organisaation antama palaute opinnäytetyöstä	

**Opinnäytetyön raportoinnista sopiminen**



**Liitteet**

Opinnäytetyösuunnitelma	x
-------------------------	---

Sopijaosapuolet vahvistavat allekirjoituksellaan edellä mainitut opinnäytetyön tekemiseen liittyvät seikat. Muilta osin tähän sopimukseen sovelletaan liitteenä (liite 1) olevia TAMK:n yleisiä opinnäytetyön tekemistä koskevia ehtoja.

**Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitukset**

Päiväys	
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys

**Yrityksen/organisaation edustajan allekirjoitus**

Päiväys	
Yrityksen/organisaation edustajan allekirjoitus	Nimen selvennys

Päiväys	
Ohjaavan opettajan allekirjoitus	Nimen selvennys
Ohjaavan opettajan allekirjoitus	Nimen selvennys

**Ohjaavan opettajan/ohjaavien opettajien allekirjoitukset**



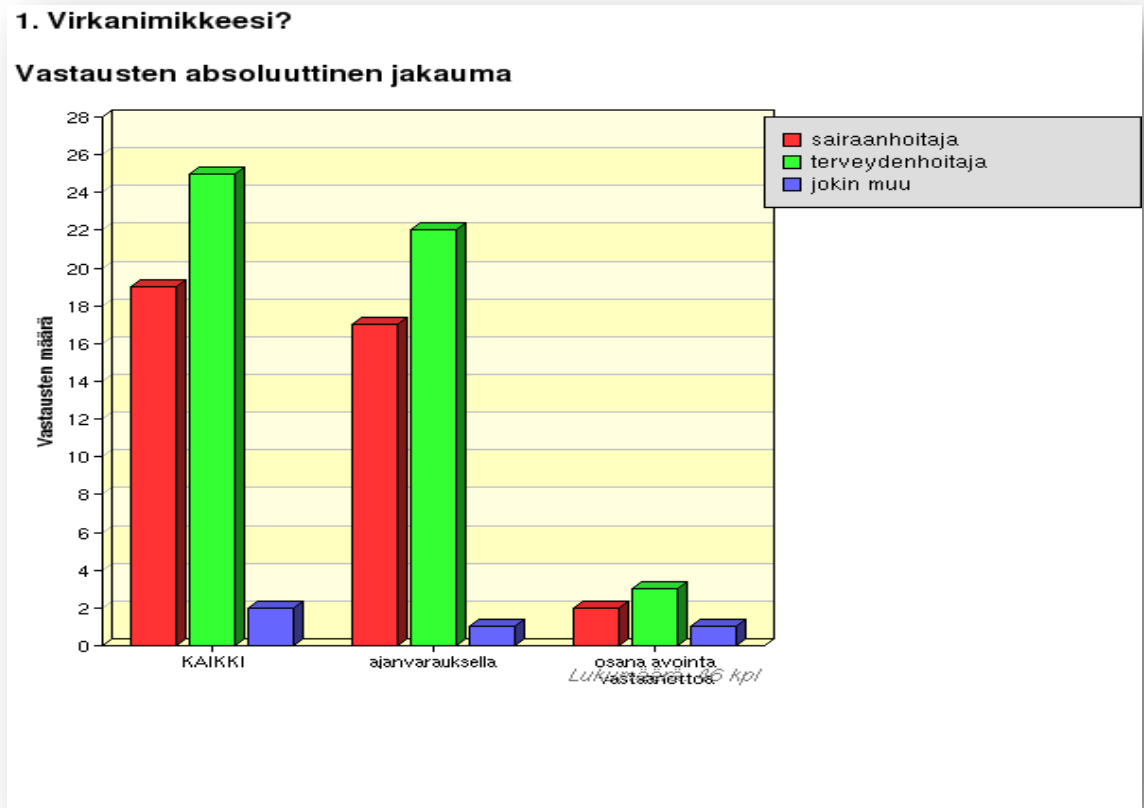
NOKIAN KAUPUNKI  
Terveyskeskus

HAKEMUS / LUPA  
Ylilääkäriin / ylihoitajan

tutkimuslupa

TUTKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	Suku- ja etunimet Siuko Susanna	Syntymäaika
	Kotiosoite	Postinro ja -paikka
	Sähköpostiosoite susanna.siuko@tamk.health.fi	Puhelin
	Oppilaitoksen / työnantajan nimi Tampereen ammattikorkeakoulu	
TUTKIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT	Tutkimuksen nimi Tuttuakin tutumpaa, mutta miten oikeasti hoidetaan. Verenpaineasiakas terveyskeskuksessa.	
	Mihin terveyskeskuksen toimintaan tai yksikköön tutkimus liittyy Verenpaineasiakkaiden hoitokäytänteisiin. Avoterveydenhuollon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat.	
	Tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Tavoitteena tuottaa tietoa, jota hyödyntämällä voidaan kehittää verenpaineasiakkaiden hoitoa. Sähköinen kyselylomake, jonka linkki lähetetään kohderyhmän sähköpostiin.	
	Tutkimuksen aikataulu Kysely tehdään loka-marraskuun aikana, työ on valmis kesään 2014 mennessä.	
	Tutkimuksen raportointi Tutkimuksesta tehdään kirjallinen opinnäytetyö, työtä esitellään opinnäytetyö seminaareissa.	
	Raportoinnin ajankohta Keväällä 2014	
ALLEKIRJOITUKSET	Ohjaajan tai taustaorganisaation edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelinnumero
	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelinnumero

PÄÄTÖS	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin	
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi	
	Päätöksentekijä	
	<input type="checkbox"/> Ylilääkäri <input type="checkbox"/> Ylihoitaja	

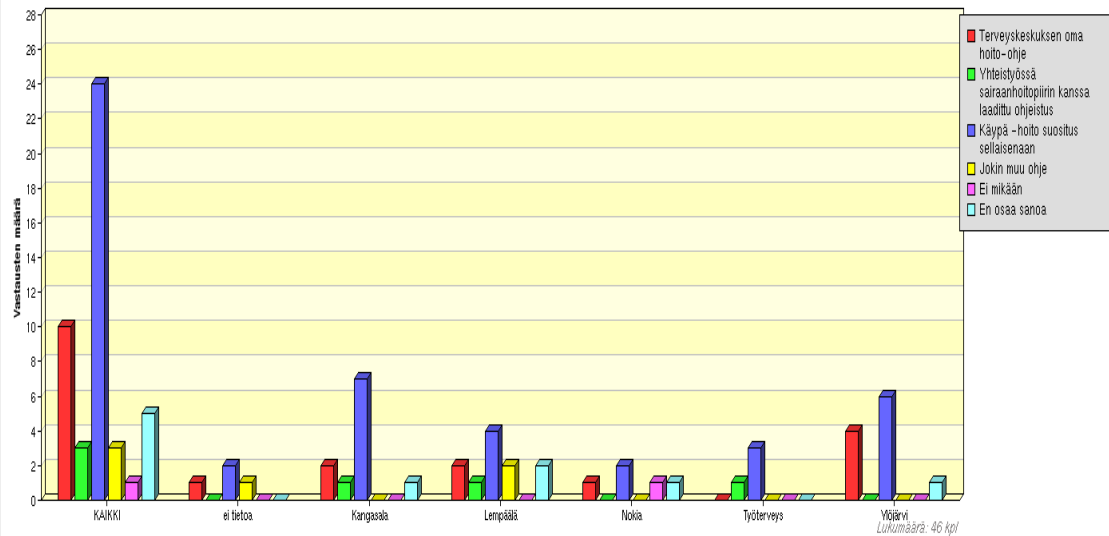


Kuvio 1. Miten hoidat verenpaineasiakkaasi?

(2/7)

## 8. Mikä kohonneen verenpaineen hoitosuosituksista on käytössä?

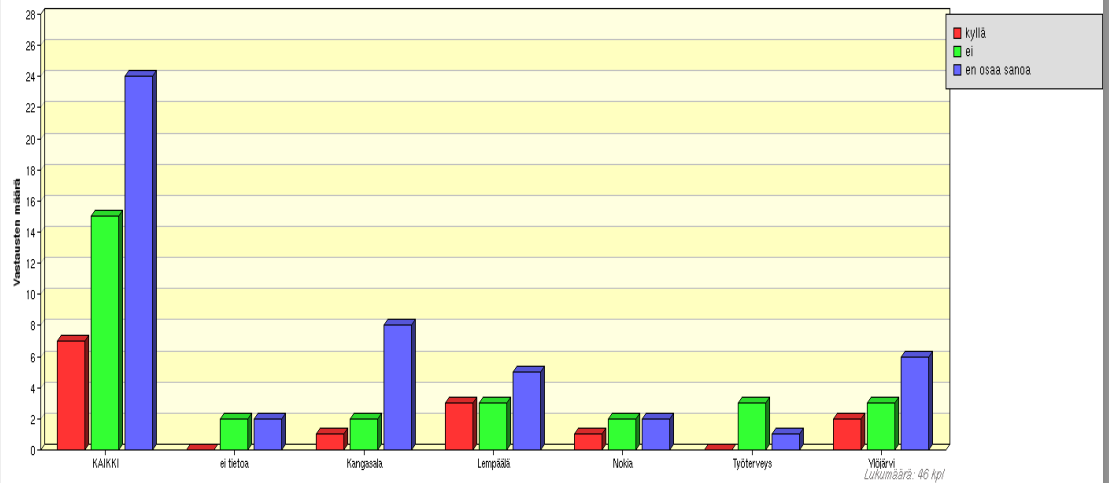
Vastausten absoluuttinen jakauma



Kuvio 2. Verenpaineen Käypä hoito –suosituksen käyttö ja toimipiste.

## 9. Onko terveyskeskuksessanne nimetty vastuhenkilöä tai ryhmää huolehtimaan kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen päivittämisestä?

Vastausten absoluuttinen jakauma

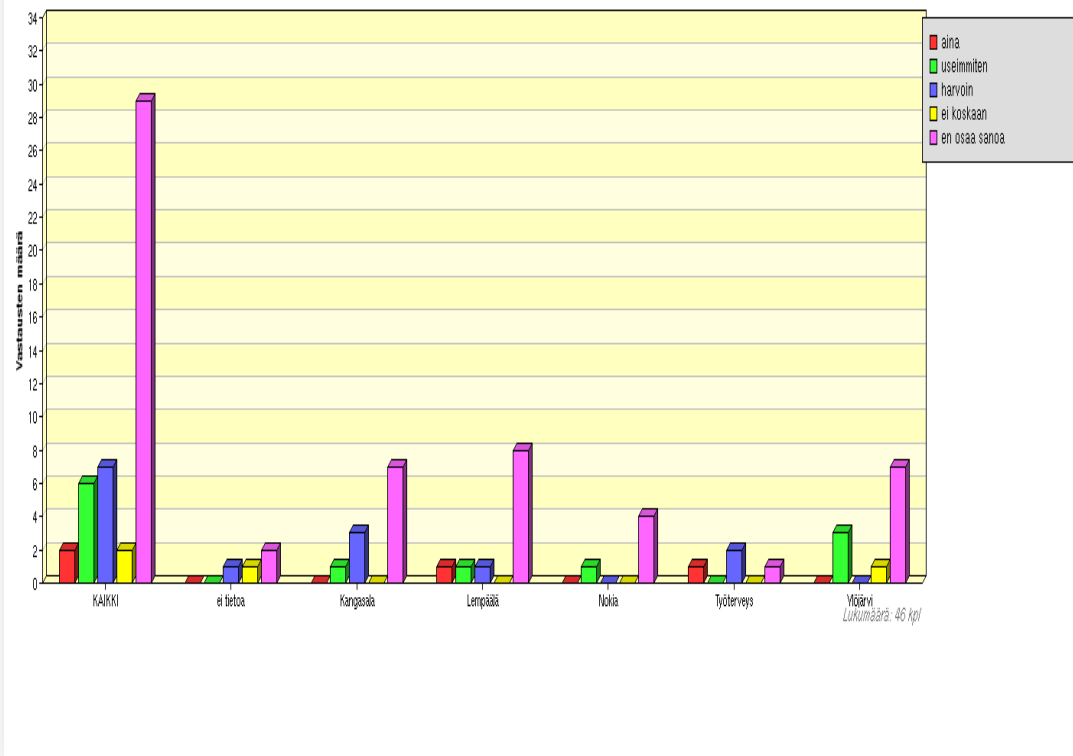


Kuvio 3. Hoitosuosituksen päivittämisen vastuhenkilöstä sopiminen ja toimipiste.

(3/7)

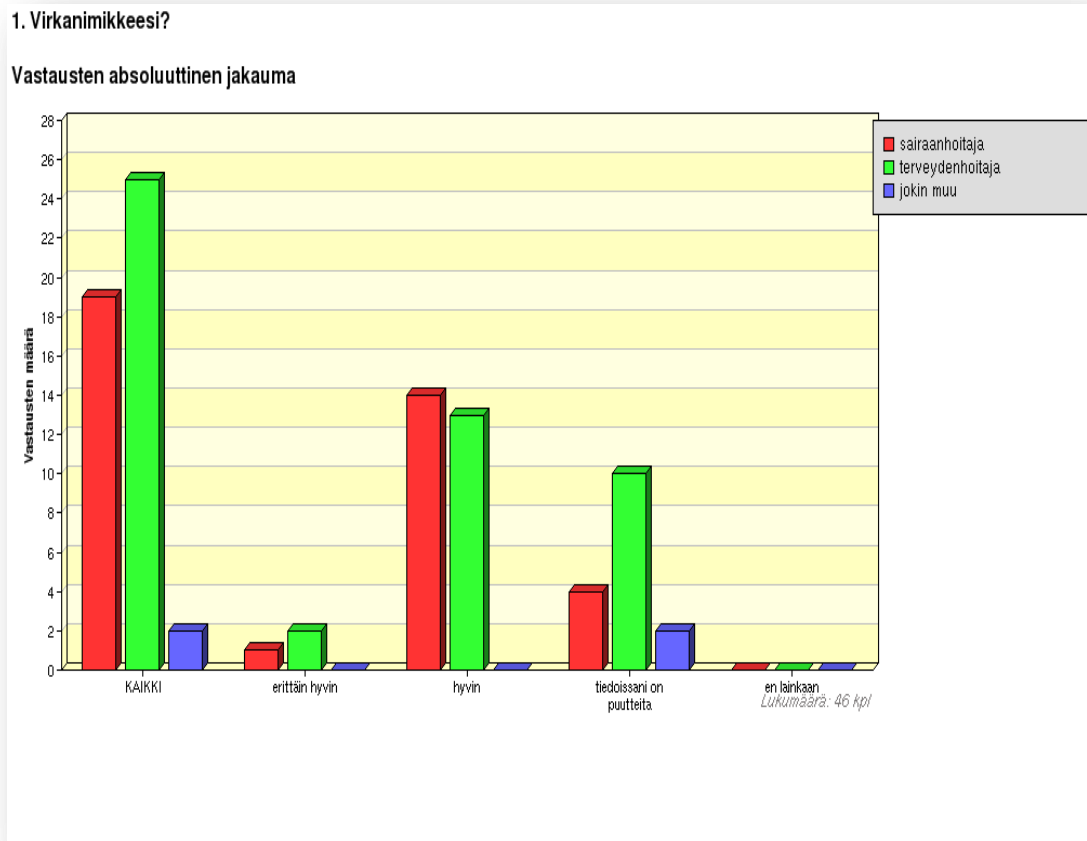
11. Kerrotaanko kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen ja käytännöistä uuden henkilökunnan perehdytyksessä?

Vastausten absoluuttinen jakauma



Kuvio 4. Kohonneen verenpaineen hoitokäytännöistä kertominen ja toimipiste.

(4/7)

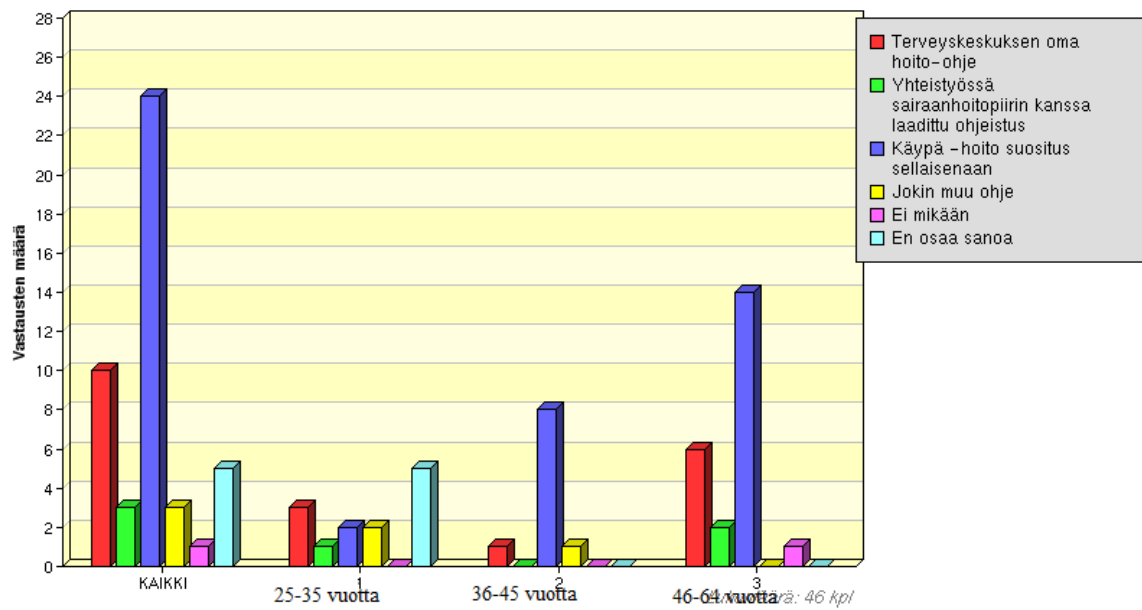


Kuvio 5. Virkanimike ja verenpaineen Käypä hoito –suosituksen tunteminen.

(5/7)

### 8. Mikä kohonneen verenpaineen hoitosuosituksista on käytössäsi?

#### Vastausten absoluuttinen jakauma



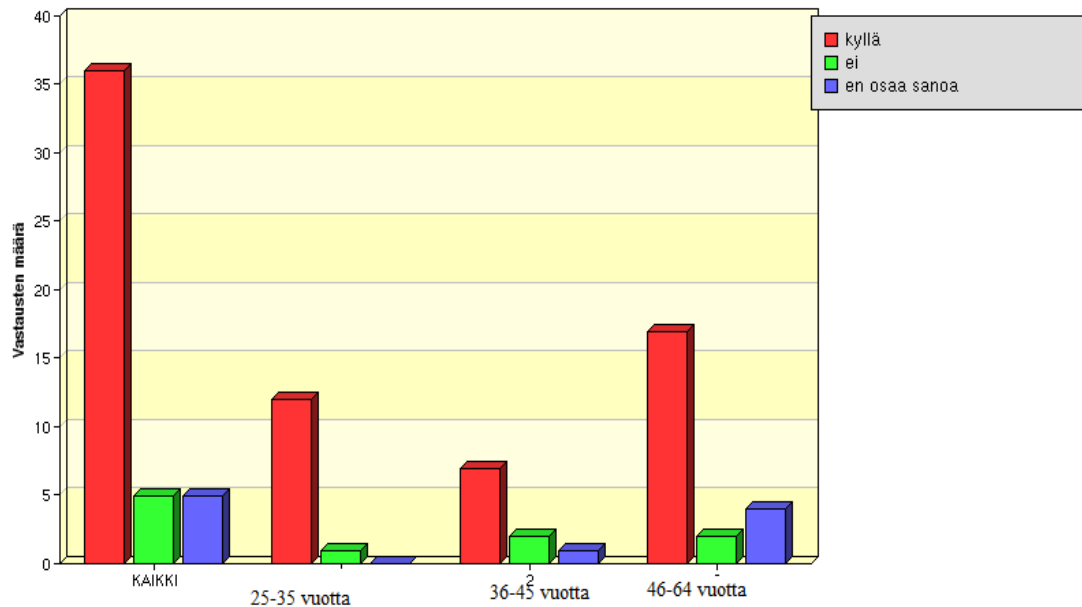
Kaavio. Kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen käyttö suhteessa ikään.

Kuvio 6. Kohonneen verenpaineen hoitosuosituksen käytöstä tietäminen suhteessa ikään.

(6/7)

#### 14. Olisiko verenpainekoulutuksen järjestämiseen tarvetta terveyskeskuksessanne?

##### Vastausten absoluuttinen jakauma



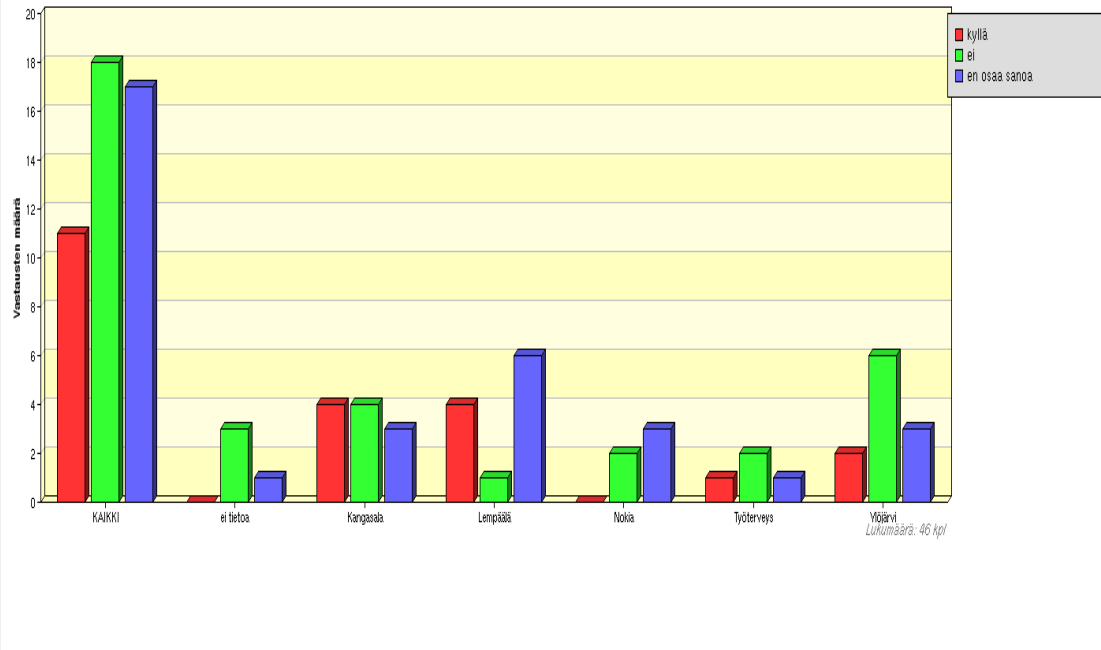
Kuvio 7. Ikä ja verenpaineasiakkaiden hoitoon liittyvä koulutuksen tarve.



(7/7)

18. Onko terveyskeskuksessanne sovittu, että asiakkaan potilastietoihin kirjataan verenpaineen tavoitetaso

Vastausten absoluuttinen jakauma



Kuvio 8. Verenpaineen tavoitetason kirjaaminen ja toimipiste.