

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KEUHKOAHTAUMATAUTIA  
SAIRASTAVAN OMAHOIDON OHJAUS  
AVOTERVEYDENHUOLLOSSA

Sillanpää Heidi

Opinnäytetyö

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2024

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Heidi Sillanpää	<b>Vuosi</b>	2024
<b>Ohjaaja</b>	Outi Mattila		
<b>Toimeksiantaja</b>	Hoitotyön tutkimussäitiö sr (Hotus)		
<b>Työn nimi</b>	Näyttöön perustuva keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaus avoterveydenhuollossa		
<b>Sivumäärä</b>	56 + 22		

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, toteutuuko keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaus Hotus-hoitosuosituskokonaisuuden mukaisesti ja selvittää hoitosuositusten käyttöönoton tukirakenteita terveysasemien avovastaanotoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää potilashoidon kehittämisessä, sillä potilailla on oikeus saada näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa hoitoa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä tutkimusta. Aineisto kerättiin huhti-toukokuussa 2024 sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella, johon vastasi terveysasemien avovastaanotoilla työskenteleviä hoitotyöntekijöitä (n=44) neljältä hyvinvointialueelta.

Tulosten mukaan Hotus-hoitosuosituskokonaisuus ”*Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt*” toteutuu terveysasemien avovastaanotoilla vaihtelevasti. Ohjaus toteutuu suosituksen mukaisesti parhaiten savuttomuuden tukemisessa ja myös lääkkeiden käytöstä keskustellaan hyvin, mutta erittäin tärkeä osa eli inhalaatiolääkkeiden ottotekniikan tarkistaminen tapahtuu liian harvoin. Sairausten oireiden, mielialan ja vajaaravitsemuksen mittareiden käyttö voisi olla runsaampaa. Läheiset tulisi myös ottaa enemmän hoitoon mukaan. Hoitosuositusten käyttöönottoa tukevia rakenteita havaittiin olevan terveysasemien avovastaanotoilla. Näyttöön perustuva potilasohjaus nähtiin erittäin tärkeänä ja hoitotyöntekijät olivat siitä kiinnostuneita. Estävänä tekijänä ilmeni, ettei sen kehittämiseen ollut tarpeeksi aikaa. Epäselvää oli myös se, kuka vastaa näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tarvitaan lisää hoitotieteellisten näyttöön perustuvien hoitosuositusten implementointia käytäntöön ja tätä voitaisiin organisaatioissa toteuttaa muun muassa luomalla yhtenäisiä näyttöön perustuvia toimintamalleja. Näiden avulla potilasohjaus olisi jäsentynyttä eivätkä käytännöt vaihtelisi tarpeettomasti. Organisaatiotasolla on tärkeää varmistaa, että on sovittu ketkä vastaavat näyttöön perustuvan toiminnan eri osa-alueista ja vahvistaa henkilöstön näyttöön perustuvan toiminnan osaamista koulutuksella.

Avainsanat                      Näyttöön perustuvat käytännöt, hoitosuositukset, keuhkohtaumatauti, itsehoito

Master of Well-being Analytics  
Master of Health Care

---

<b>Author</b>	Heidi Sillanpää	<b>Year</b>	2024
<b>Supervisor</b>	Outi Mattila		
<b>Commissioned by</b>	Nursing Research Foundation sr (NRF)		
<b>Title</b>	Evidence-based self-care guidance for patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary healthcare		
<b>Number of pages</b>	56 + 22		

---

The purpose of this thesis was to find out if the self-care guidance of patients with chronic obstructive pulmonary disease is implemented according to national evidence-based clinical guidelines for nursing (Hotus-guidelines) and to find out the supporting structures for implementation of clinical guidelines in primary healthcare. The aim of this thesis was to produce information which can be used to develop patient care, because patients have the right to receive evidence-based and effective care. The research method used in this thesis was quantitative. Research data was collected during April and May 2024 using an electronic Webropol questionnaire that was answered by healthcare professionals (n=44) from four wellbeing services counties.

Results found out that Hotus-guideline *"Contents of self-care guidance for patients with chronic obstructive pulmonary disease"* is realized variably in primary healthcare. Based on the results the patient guidance is realized best in support of non-smoking and the conversation about using the medication is good, but a very important part i.e. checking inhalation medication administration technique is carried out too rarely. The instruments used to scan symptoms of disease, mental health and malnutrition could be used more often. Family members should also be part of patient care more often. It was noticed that supporting structures for implementation of clinical guidelines exists within primary healthcare. Evidence-based patient guidance was considered extremely important, and healthcare professionals were interested in it. As a barrier it was noticed that there was not enough time for developing it. It was unclear who was in charge of developing evidence-based practice.

As a conclusion more implementation of evidence-based clinical nursing guidelines in practice is needed and this could happen in organizational level by creating uniform evidence-based practice models. By using these models, the guidance of patients would be structured and the practices would not vary needlessly. It is also important to make sure that it is clear at the organization who is taking care of different parts of evidence-based practice and strengthen the healthcare professionals' competences in evidence-based practice.

**Keywords** Evidence-based practices, clinical guidelines, chronic obstructive pulmonary disease, self-care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TERVEYDENHUOLTO .....	9
2.1	Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet ja näytön käyttöönotto terveydenhuollossa .....	9
2.2	Näyttöön perustuvat hoitosuositukset terveydenhuollossa .....	11
2.3	Keuhkohtaumataudin Hotus-hoitosuosituksen kokonaisuus.....	13
3	KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN OMAHOITO .....	14
3.1	Keuhkohtaumatauti sairautena .....	14
3.2	Keuhkohtaumataudin omahoidon ohjaus.....	16
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
5	MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	20
5.1	Toimeksiantajan kuvaus ja kohderyhmän valinta .....	20
5.2	Määrällinen lähestymistapa ja aineistonkeruu .....	21
5.3	Aineiston analyysi .....	23
6	TULOKSET.....	24
6.1	Hoitosuosituksen käyttöönottoa tukevat rakenteet terveysasemien avovastaanotoilla.....	24
6.2	Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen toteutuminen Hotus-hoitosuosituksen mukaan .....	30
6.2.1	Savuttomuus .....	32
6.2.2	Sairauden oireet ja psyykinen hyvinvointi .....	34
6.2.3	Lääkehoidon toteutus .....	35
6.2.4	Liikunta .....	36
6.2.5	Ravitsemus.....	38
6.2.6	Sairauden pahenemisvaiheen ehkäisy .....	39
6.2.7	Läheisen tiedon ja tuen tarpeet .....	39
6.3	Vastaajien sanallista pohdintaa .....	40
7	POHDINTA.....	42
7.1	Keskeisten tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	42
7.2	Eettiset lähtökohdat .....	47

7.3	Luotettavuuden tarkastelu .....	48
7.4	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämiskohteet .....	49
	LÄHTEET .....	51
	LIITTEET .....	56

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kansallisella tasolla käynnissä palveluiden uudelleen järjestäminen hyvinvointialueilla. Taustalla vaikuttaa väestön ikääntyminen ja hoidon tarpeen lisääntyminen samaan aikaan, kun henkilöstöresursseista on pulaa. Kustannukset ovat nousussa lisääntyneen tarpeen vuoksi, mutta samaan aikaan kustannuksia tulisi hillitä. Vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta haetaan muun muassa digitaalisilla palveluilla ja palvelujärjestelmän päivittämisellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024.) Vaikuttava toiminta terveydenhuollossa tuottaa potilaalle parempaa elämänlaatua esimerkiksi palvelun, ohjauksen tai lääkityksen avulla. Jotta vaikuttavuutta voidaan mitata tai todeta, niin tarvitaan tutkittua tietoa menetelmistä, jotka tuottavat terveyshyötyä. (Vaikuttavuuskeskus 2024.) Terveydenhuollossa hyödynnettävää tutkittua tietoa tuottavat ja levittävät lukuisat tahot kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hoitotyön tutkimussäätiö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Ruokavirasto ja UKK-instituutti.

Terveydenhuoltolaki (2010) määrittää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön. Jotta näyttöä voidaan ottaa terveydenhuollossa käyttöön, siihen on yksikössä oltava otollisia tukirakenteita. Organisaation tulee olla kehittämismyönteinen, aktiivisesti levittää näyttöä käyttöön sekä vaatia sen käyttämistä. Johtajien ja esihenkilöiden rooli näytön implementoinnissa on merkittävä, sillä heidän tulee mahdollistaa tähän käytettävä aika ja inspiroida henkilöstöä omalla esimerkillään. Näyttöön perustuvien käytäntöjen ja ohjeiden laatiminen vaatii resursseja, henkilöstön osaamista ja sen johtamista. Henkilöstön taas tulee sitoutua näytön käyttämiseen, olla kiinnostunut osallistumaan yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseen sekä ylläpitää omaa ammattiosaamistaan. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 57–68.) Kansainvälisesti on tunnistettu samanlaisia tekijöitä implementoinnin onnistumiseen. Zhoun ym. (2023) laajan katsauksen mukaan hoitosuosituksen käyttöönoton esteitä ovat huono tuntemus suositusten sisällöistä sekä koulutuksen, resurssien ja rahoituksen puute. Suositusten käyttöönottoa taas edistää useimmiten koulutus hoitosuosituksen sisällöistä, vahva johtajuus ja johdon tuki.

Tässä opinnäytetyössä näytön käyttöönottoa tarkastellaan keuhkohtaumatautiin sairastavan potilaan omahoidon ohjaukseen liittyen. Keuhkohtaumatauti on

merkittävä ongelma sekä maailmanlaajuisesti että Suomessa. Se on yksi kolmesta yleisimmästä kuolinsyystä maailmassa (GOLD 2024a). Suomessa keuhkohtaumatautia sairastaa noin 200 000 henkilöä tai 5–10 % aikuisväestöstä (Filha 2021; Käypä hoito -suositus 2020). Vertailutietona mainittakoon, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2023a) mukaan Suomessa yli 30-vuotiaista miehistä 10 % ja 14 % naisista sairastaa astmaa, joka on samankaltaisesti oireileva keuhkosairaus. Suomessa suurin osa keuhkohtaumataudeista olisi vältettävissä, jos ihmiset eivät tupakoisi (Käypä hoito -suositus 2020). Vielä ei olla kuitenkaan saavutettu sitä tavoitetta, että Suomi olisi savuton, joten keuhkohtaumataudin etenemisen hidastaminen ja sairastuneen omahoidon tukeminen on oleellista (Hotus-hoitosuositus 2018, Käypä hoito -suositus 2020).

Koska terveydenhuollon toiminnan tulee olla vaikuttavaa (Vaikuttavuuskeskus 2024) ja näyttöön perustuvaa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326), niin on aiheellista myös tutkia, saavatko potilaat näyttöön perustuvaa ohjausta. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Hoitotyön Tutkimussäätiö (Hotus - [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)), joka tuottaa ja levittää Suomessa nimenomaan hoitotyöhön liittyvää näyttöön perustuvaa tietoa. Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut vuonna 2018 hoitosuositukskokonaisuuden: *"Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt"* ja tämä opinnäytetyö pyrki selvittämään, toteutuuko potilaan ohjaus suosituksen mukaisesti avoterveydenhuollossa. Lisäksi työssä tutkittiin hoitosuosituksien käyttöönoton tukirakenteita avoterveydenhuollossa. Keuhkohtaumatauti diagnosoidaan ja hoidetaan pääosin perusterveydenhuollossa ja potilaita myös ohjataan siellä, joten siksi opinnäytetyön tutkimus kohdistettiin terveysasemien avovastaanottoille (Käypä hoito -suositus 2020). Kyselytutkimus toteutettiin Webropol-kyselynä neljällä hyvinvointialueella ja kyselyyn vastasivat terveysasemien avovastaanottojen hoitotyöntekijät (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat).

Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjausta koskeva Hotus-hoitosuositukskokonaisuus on julkaistu kuusi vuotta sitten, joten sen tunnettavuus hoitotyössä pitäisi olla hyvä (Hotus-hoitosuositus 2018). Tämän vuoksi suosituksen sisältöjen implementoitumista (=juurtumista) potilasohjaukseen on mahdollista tutkia. Opinnäytetyöstä on hyötyä Hotukselle, koska hoitosuosituksien sisältöjen käyttöä käytännön työssä ei ole tällä tavalla aiemmin tutkittu. Tulokset antavat

Hotukselle tietoa, millä laajuudella hoitosuosituskokonaisuuden sisällöt ovat käytössä potilasohjauksessa tai minkä verran näytön implementointi käytäntöön on kesken.

Tämä opinnäytetyö valmistuu Lapin ammattikorkeakoulussa ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija koulutuksessa. YAMK-tutkinnon esittelyn mukaan hyvinvointianalyttikko kerää, tuottaa ja analysoi tietoa eri toimintatasoille (Lapin ammattikorkeakoulu 2022). Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi, kun hyvinvointialueet toteuttavat lain vaatimusta tutkitun tiedon (näytön) käyttämisestä päätöksenteossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024). Opinnäytetyö on tämän vuoksi ajankohtainen ja sen tuloksia voidaan käyttää herättämään ajatuksia minkä tahansa yksikön näyttöön perustuvasta toiminnasta.

## 2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TERVEYDENHUOLTO

Terveydenhuollossa käytettävä näyttö tarkoittaa parhaimmillaan järjestelmällisiin katsauksiin koottua tutkimustietoa aiheesta (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 15). Hoitotyön Tutkimussäätiön (2024d) mukaan näyttöön perustuvassa terveydenhuollossa toimintaa ohjaa tutkittu tieto. Vaikuttavuuskeskuksenkin (2024) mukaan vain luotettavan tiedon avulla voidaan kehittää palveluita, jotka tuottavat positiivista muutosta ihmisten terveydentilaan. Pelkkä tietämys tutkitun tiedon olemassaolosta ei riitä, vaan sen tulee aidosti olla osa terveydenhuollon toimintaa, jotta itse toiminta on näyttöön perustuvaa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2024d).

### 2.1 Näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteet ja näytön käyttöönotto terveydenhuollossa

Näyttöön perustuvan toiminnan kantavana tukirakenteena toimii organisaation toiminta. Toimintaympäristö voi tukea tai estää näyttöön perustuvaa toimintaa. (Korhonen ym. 2018, 56–58.) FinAME-asiantuntijuusmallia voidaan hyödyntää, kun organisaatiossa mietitään, mitä tehtäviä kullekin terveydenhuollon ammattilaiselle kuuluu näyttöön perustuvassa toiminnassa. Malli kuvaa terveydenhuollon ammattilaisten rooleja näyttöön perustuvassa terveydenhuollossa. Sen mukaan näyttöön perustuvaa toimintaa tukevassa organisaatiossa ylimmän johdon tulee perustaa myös oma johtamisensa näyttöön. Avainasemassa olevien henkilöiden pitää varmistaa, että he edistävät omalla toiminnallaan näytön käyttöönoton tukirakenteita. Johtohenkilöiden on tarpeellista esimerkiksi sisällyttää näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen mukaan organisaation strategiaan. Ylimmän johdon vastuulla on myös se, että henkilöstöllä on tarpeellinen osaaminen näyttöön perustuvasta toiminnasta. (Tuomikoski ym. 2023.)

Holopainen ym. (2013, 80) nostavat esiin, että hoitotyön johtajat toimivat linkkinä näyttöön perustuvan hoidon kehittämisessä. Esihenkilö mahdollistaa kehittämiselle sopivan ilmapiirin ja organisoii kehittämiselle aikaa työyksikössä. FinAME-asiantuntijuusmallissa korostuu esihenkilön rooli muun muassa näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen levittämisessä ja toimintatapojen vakiinnuttami-

sessä. Lähiesihenkilöltä edellytetään myös, että hän varmistaa hoitotyöntekijöiden osaamisen näyttöön perustuvassa hoitotyössä. (Tuomikoski ym. 2023.) Positiivisia vaikutuksia on sillä, että esihenkilöllä on aiempaa kokemusta esihenkilötyöstä, hän on suorittanut johtamisopinnot sekä hänellä on tutkimusosaamista. Näiden avulla esihenkilö voi poistaa näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton esteitä. Esihenkilön tulee toimia myös esimerkkinä ja toteuttaa näyttöön perustuvaa toimintaa itse. (Näyttövinkki 2020.) Lundenin (2022) väitöskirjan tutkimustuloksissa ilmeni kuitenkin, että hoitotyön johtajat olivat epävarmoja omasta tutkimusosaamisestaan eivätkä he olleet aktiivisia näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnissa. He olivat kyllä kiinnostuneita näyttöön perustuvasta toiminnasta ja tiesivät vastuunsa sen edistämisessä, mutta kokivat, ettei aikaa ollut tarpeeksi.

Esihenkilötoiminnan rinnalla yhtä tärkeää on hoitotyöntekijöiden oma halu uusien asioiden oppimiseen (Holopainen ym. 2013, 80). FinAME-asiantuntijuusmallin mukaan jokainen hoitotyötä tekevä osallistuu näytön levittämiseen, käyttöönottoon ja sen vakiinnuttamiseen. Hyvinvointialueella esimerkiksi asiantuntijasairaanhoitajat toimivat oman asiantuntijuusalueensa moniammatillisissa työryhmissä sekä juurruttavat, seuraavat ja arvioivat käytäntöjen toteutumista. Kliinissä hoitotyössä toimivat työntekijät levittävät näyttöä omassa yksikössään ja muun muassa sitoutuvat näytön käyttöön ja tunnistavat kehittämistarpeita yksikössään. (Tuomikoski ym. 2023.) Lundenin (2022) väitöskirjatutkimuksessa tuli esiin, että alle puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista koki oman toimintansa perustuvan näyttöön ja he arvioivat kollegansa toiminnan olevan vielä harvemmin näyttöön perustuvaa.

Tutkitun tiedon käyttäminen työyksikössä on suunnitelmallista toimintaa. Hoitotyön tutkimussäätiön (2024a) kehittämää FinYHKÄ-toimintamallia voidaan hyödyntää, kun kehitetään näyttöön perustuvia toimintamalleja ja otetaan niitä käyttöön. Tässä mallissa toimintayksikön tasolla tunnistetaan nykykäytännön kehittämistarve, suunnitellaan toimintatavan muutosprosessi, luodaan yhtenäinen toimintamalli ja arvioidaan jatkossa uuden mallin toimivuutta. Mallin mukaan näyttöön perustuvassa päätöksenteossa tulee käyttää hyödyksi potilaalta saatua tietoa, näyttöä ja näyttöön perustuvia yhtenäisiä toimintamalleja, hoitotyöntekijän asiantuntemusta ja toimintaympäristöä, jossa potilas kohdataan.

Correan ym. (2020) metakatsauksessa tarkasteltiin 25 systemaattisen katsauksen tuloksista, mitkä olivat estäviä ja edistäviä tekijöitä hoitosuosituksen implementoinnissa käytäntöön. Estävinä tekijöinä havaittiin, että työnjako implementoinnissa ei ollut selvää, hoitosuosituksen olemassaolosta ei tiedetty ja epäiltiin myös, että niitä on vaikea ottaa käytäntöön arjessa. Ammattihenkilöt luottivat kokemukseensa enemmän kuin hoitosuosituksen suosituksiin ja koettiin myös osaamisvajetta tutkimustaidoissa. Potilailla esteenä nähtiin se, jos heillä ei ollut motivaatiota tai osaamista hoitosuosituksen noudattamiseen. Näytön käyttöönottoa tukevinä asioina nähtiin selkeä kommunikaatio ja roolinjako ammattilaisten ja johdon välillä, terveydenhuollon henkilöstön positiivinen asenne muutoksiin ja näyttöä kohtaan. Henkilökunta tarvitsee myös riittävästi aikaa uusien käytäntöjen edistämiseen ja on varmistettava, että koulutusta suosituksista saadaan tarpeeksi. Potilaiden näkökulmasta suosituksen käyttöönottoa edistävät heille laaditut johdonmukaiset hoitosuunnitelmat.

Tutkimuksessa mukana olevien hyvinvointialueiden strategioista selvitettiin, miten näyttöön perustuva toiminta on niissä tuotu esiin. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen (2024) strategiassa luvataan, että *”Henkilöstö osallistuu ja kehittää vaikuttavaa toimintaa sekä johtaminen tukee osaamisen kehittämistä. Tieto, tutkimus ja käytännön kokeilut ohjaavat kohti vaikuttavia toimintamalleja”*. Vantaan ja Keravan hyvinvointialue (2022) sanoittaa, että *”Kehitämme osaamistamme jatkuvasti ja perustamme toimintamme tutkittuun tietoon. Koulutamme esihenkilöitä henkilöstöjohtamiseen.”* Pirkanmaan hyvinvointialue (2024) toteaa seuraavaa: *”Palvelutoimintamme perustuu tarpeeseen, näyttöön ja tutkittuun tietoon. Tuemme ja kannustamme henkilöstöämme kehittymään osaajina.”* Ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialue (2024) korostaa, että *”Huolehdimme henkilöstön riittäväyydestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja sitoutuneisuudesta. Johtamistamme ja palvelujen kehittämistä ohjaa henkilöstön osallistaminen toiminnan jatkuvaan parantamiseen sekä toimintatapojen yhtenäistämiseen.”*

## 2.2 Näyttöön perustuvat hoitosuositukset terveydenhuollossa

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim käynnisti Käypä hoito -projektin vuonna 1994 jatkumona projektille, joka selvitti terveydenhuollossa käytössä olleita laatumittareita. Silloin luotiin määritelmä hoitosuositukselle: *”Hoitosuositus tarkoittaa*

*tieteellisesti perusteltua eli kattavaan kirjallisuuskatsaukseen perustuvaa kannottoa tutkimus- tai hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen.*” (Mäkelä 1995.) Nykyään Duodecim on julkaissut yli 100 kansallista Käypä hoito -suositusta. Ne perustuvat tieteelliseen näyttöön ja on laadittu hoidon laadun parantamista varten. Suositusten käytön ajatuksena on se, että potilaat saavat hoitoa samanlaiseen käytäntöön pohjautuen. (Duodecim Käypä hoito 2022; Duodecim Käypä hoito 2023.) Duodecimin Vältä viisaasti -suositukset nostavat esiin sellaisia terveydenhuollon toimia, jotka ovat yleisesti käytössä, mutta eivät ole vaikuttavaa toimintaa. Näihin toimiin hukkaantuu myös taloudellisesti paljon resursseja. (Honkanen, Jousimaa, Komulainen, Kunnamo & Sipilä 2019.)

Hyvä fysioterapiakäytäntö -hanke käynnistyi vuonna 2004. Hankkeen käynnisti Suomen Fysioterapeutit Ry ja sen tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvia fysioterapiasuosituksia. Suosituksia on julkaistu kolme kappaletta ja niiden käyttö yhtenäistää valtakunnallista fysioterapiatoimintaa sekä kehittää fysioterapeuttien osaamista. (Duodecim terveystietä 2023.)

Hoitotyön tutkimussäätiö perustettiin vuonna 2006 ja se tuottaa hoitotieteellisiä tutkimukseen perustuvia hoitosuosituksia ja näyttövinkkejä. Ensimmäinen Hoitosuositus julkaistiin vuonna 2008 ja tällä hetkellä niitä on 22. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2024b.) Näyttövinkit ovat tiivistelmiä kansainvälisistä järjestelmällisistä katsauksista ja hoitosuosituksista (Hoitotyön tutkimussäätiö 2024c). Hoitosuositusten käytön tavoitteena on se, että potilaan saama ohjaus on tasa-arvoista, kun kaikilla hoitotyöntekijöillä on samat tiedot saatavillaan. Tällöin ohjaus ei perustu vaihteleviin käytäntöihin, vaan se perustuu parhaaseen tutkimustietoon. (Siltanen ym. 2023, 4.)

Karma ym. (2015) tutkivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2012 miten hyvin hoitosuosituksia noudatettiin erikoissairaanhoidossa. Tutkimukseen otettiin mukaan 31 Käypä hoito -suositusta, kolme Hoitotyön tutkimussäätiön suositusta ja yksi fysioterapiasuositus. Suositusten toteutumista tutkittiin potilastietojärjestelmän ja sairauskertomustietojen kautta. Tutkittujen suositusten sisällöstä valittiin noin 5–6 yksittäistä ohjetta ja näiden toteutumista etsittiin potilaskertomuksesta. Valituista Käypä hoito -suosituksista 87 prosenttia toteutui hoidossa hyvin. Hoitotieteelliset suositukset toteutuivat hoidossa kaikki eri tavalla:

*Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä* -suositus ei juuri lainkaan, *Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen* välttävästi ja *Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus* kiitettävästi. Fysioterapiasuositus *Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisystä* toteutui tyydyttävästi. Tutkimuksessa todettiin lopuksi, että suositusten käytön tarkkailua helpottaisi, jos suositukseen olisi valmiiksi liitetty suositus seurattavista laatuksiteereistä.

### 2.3 Keuhkohtaumataudin Hotus-hoitosisuosituskokonaisuus

Vuonna 2018 julkaistu Hotuksen hoitosisuosituskokonaisuus *Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt* koostuu seitsemästä hoitosisuosituksesta. Suositukset käsittelevät savuttomuutta, sairauden oireita ja psyykkistä hyvinvointia, lääkehoitoa, liikuntaa, ravitsemusta, pahenemisvaiheen ehkäisyä ja läheisen tiedon sekä tuen tarpeita. Hoitosisuositukset sisältävät tutkittua tietoa aiheesta, näkökulmia keskusteluun sekä hoitosisuosituslauseita potilasohjauksen tueksi. Esimerkki suosituslauseesta: *"Kannusta keuhkohtaumatautia sairastavaa tupakoinnin lopettamiseen ja savuttomana pysymiseen, sillä keuhkohtaumatautia sairastavilla tupakointi on ilmeisesti yhteydessä suurempaan riskiin kuolla tai joutua suunnittelemattomasti sairaalahoitoon (B)"* (Hotus-hoitosisuositus 2018.)

Keuhkohtaumatautia sairastavan ohjausta koskevat suositukset olivat ensimmäiset hoitotyön suositukset, joita pilotoitiin Kustannus Oy Duodecimin päätöksentuki EBMEDS-palvelussa. Sähköinen päätöksentuki on alun perin ollut lääkäreiden käytössä ja vuodesta 2020 lähtien Hoitotyön sähköinen päätöksentuki -hanke selvitti EBMEDS-palvelun mahdollisuuksia hoitotyössä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2023.) Hanke päättyi onnistuneena, sillä seurauksella, että jatkossa Hotuksen hoitosisuosituksia integroidaan osaksi EBMEDS-palvelua (Hoitotyön tutkimussäätiö 2024e). Tämä tuo hoitotyön suosituksia helpommin käytännön työhön käyttöön.

### 3 KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN OMAHOITO

#### 3.1 Keuhkohtaumatauti sairautena

Keuhkohtaumatauti (COPD) on nykyään yksi kolmesta yleisimmästä kuolinsyyistä maailmassa. Maailmanlaajuisesti se aiheutti 3,23 miljoonaa kuolemaa vuonna 2019. Valtaosa, 90 prosenttia, kuolemista tapahtui matalan ja keskiluokan tulotason maissa. Korkean tulotason maissa 70 prosenttia keuhkohtaumatautiin sairastumisesta johtuu tupakasta, alemman tulotason maissa myös ilmanlaadulla on merkittävää vaikutusta. Sairastavien määrän ennustetaan kasvavan maailmalla, koska altistus riskitekijöille jatkuu ja väestö vanhenee. (GOLD 2024a; WHO 2023.)

Suomalaisista noin 200 000 sairastaa keuhkohtaumatautia ja Suomessa siihen kuolee vuosittain noin 1000 ihmistä. Tauti on yleisintä yli 65-vuotiailla miehillä ja suurin vaikuttava tekijä taudin synnyssä on tupakointi. Keuhkohtaumatautia saattaa aiheuttaa myös muille haitallisille aineille altistuminen esimerkiksi työelämässä tai passiivinen tupakointi. Keuhkohtaumatauti alkaa hitaasti ja aiheuttaa tyypillisinä oireina hengenahdistusta, yskää ja limaisuutta. Samoja oireita esiintyy myös astmassa, siksi tautia ei voi todeta suoraan lääkärin tutkimuksella tai laboratoriotutkimuksella, vaan se vaatii myös taustatietojen selvittämistä ja keuhkotutkimuksia. Keuhkohtaumatauti on etenevä sairaus, mutta tupakoivan henkilön kohdalla tupakoinnin lopettaminen parantaa taudin ennustetta. (Holmström ym. 2022, 852–856; Käypä hoito -suositus 2020.)

Keuhkohtaumataudin oireet vaihtelevat yksilöllisesti lievästä vaikeaan. Krooninen keuhkoputken tulehdus aiheuttaa jatkuvaa limannousua keuhkoista, uloshengitys on hidastunut ahtautuneiden keuhkoputkien vuoksi ja liitännäissairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat erinäisiä oireita. (Käypä hoito -suositus 2020.) Keuhkohtaumataudin etenemisen hidastaminen ja pahe-nemisvaiheiden ennaltaehkäisy on sairauden hoidossa oleellista. Alun oireiden jälkeen tauti vaikeutuu, aiheuttaen lisääntyvää raskuushengenahdistusta ja keuhkorakkuloiden tuhoutumisesta seuraa elimistöön jatkuvaa hapenpuutetta. Pahe-nemisvaiheessa sairaalahoitoa vaativa tilanne on merkki huonosta ennusteesta. (Holmström ym. 2022, 852–856.)

Keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksen (2020) mukaan taudin syntymistä voidaan ehkäistä parhaiten savuttomuudella, joten ennaltaehkäisevät toimet ovat tärkeässä roolissa. Vuonna 2016 uudistettu tupakkalaki tähtää siihen, että Suomessa tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö loppuisi vuoteen 2030 mennessä (Suomen ASH Ry 2023). Tupakointi on Suomessa vähentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuonna 1980 aikuisväestössä miehistä 34 % ja naisista 17 % poltti tupakkaa. 40 vuotta myöhemmin (2020) enää 12 % miehistä ja 9 % naisista tupakoi. (Savuton Suomi 2030 -verkosto 2023.) Tiedetään, että keuhkohtaumatautia sairastavien määrät seuraavat tupakointitottumuksia 20 vuotta jäljessä (Käypä hoito -suositus 2020). Tämän tiedon vahvistaa myös Backmanin ym. (2020) Ruotsissa tekemä tutkimus. He selvittivät, että COPD:n esiintyvyys oli laskenut Ruotsissa 1994–2009 välillä ja tämä lasku seurasi tupakoinnin vähentämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2023) asettaman tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän mukaan suomalaisten savuttomuuden saavuttamiseksi tarvitaan edelleen lisätoimia, vaikka suunta on ollut positiivinen. Työryhmän vuoden 2023 raportista käy ilmi, että terveydenhuollon aktiivinen rooli nähdään merkittävänä nikotiinituotteiden vieroittamispalvelujen toteuttamisessa. Lisäksi työryhmä esittää, että hyvinvointialueilla tulisi olla tarjolla monipuolisia vieroitusmenetelmiä nikotiinituotteiden käytön lopettamiseen ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi saada koulutusta hoitokäytännöistä. Lainsäädäntöön ehdotetaan edelleen jatkuvia tupakkaveron korotuksia, ikärajan nostoa 20-vuoteen, sekä savuttomien ympäristöjen lisäämistä. Toimenpiteet tähtäävät väestön terveyden edistämiseen ja niillä pyritään kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terve väestö on myös yksi edellytys Suomen talouden kasvuun. Nämä suomessa esitetyt suositukset ovat vastaavia Backmanin ym. (2020) kanssa, sillä he esittivät tutkimuksessaan, että tarvitaan lisää toimia nuorten tupakoinnin aloittamisen estämiseksi sekä poliittisia toimia tupakoinnin kieltämiseksi yhteiskunnassa.

### 3.2 Keuhkohtaumataudin omahoidon ohjaus

Keuhkohtaumataudin diagnoosin varmistumisen jälkeen potilas tarvitsee riittävästi tietoa sairaudestaan. Suomessa sairauden diagnosointi tapahtuu perusterveydenhuollossa ja vain osa potilaista lähetetään erikoissairaanhoidon (Siltanen ym 2020). Sairaanhoidajan antamaa ohjausta tarvitsee potilas sekä hänen läheisensä. Kirjallinen materiaali tukee ohjausta ja potilas hyötyy myös kolmannen sektorin toimijoiden tarjoamista palveluista. (Harju & Katajisto 2021, 136.) Laadukkaalla näyttöön perustuvalla omahoidon ohjauksella on mahdollisuus vaikuttaa yksilön näkökulmasta potilashoidon tuloksiin sekä yhteiskunnallisesti terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitsemiseen (Korhonen ym. 2018, 16–23). Gutiérrez Villegas, Paz-Zulueta, Herrero-Montes, Parás-Bravo & Madrazo (2021) selvittivät systemaattisessa katsauksessaan, että suurimmat kustannukset keuhkohtaumataudista aiheutuivat pahenemisvaiheiden aiheuttamista sairaalahoidoista ja niiden aikana käytetyistä lääkkeistä. Epäsuorasti sairaudella oli merkitystä yksilölle ja perheelle myös siten, että sairastunut henkilö joutui työkyvyttömäksi ja menetti tulotasonsa. Tällä on merkitystä myös työnantajalle ja yhteiskunnalle. Tutkimuksen perusteella suositeltiin miettimään, mihin resursseja COPD:n osalta suunnataan. Kun potilas hallitsee sairautensa omahoidon ja on motivoitunut siihen, hänen on mahdollista välttyä sairauden pahenemisvaiheilta ja mahdollisilta liitännäissairauksilta (Harju & Katajisto 2021, 137–138).

Keuhkohtaumataudin omahoidossa oleellinen merkitys on elämäntapojen muutoksella. Tupakoinnin lopettaminen on ainoa keino, jolla keuhkoputkien ahtautumista voi keuhkohtaumataudissa vähentää. Lisäksi lääkehoito, liikunta ja ravitsemus liittyvät oleellisesti taudin etenemiseen ja sen aiheuttamiin haittoihin. (Terveyskylä 2022.) Siltanen ym. (2020) toivat esiin Suomessa tehdyssä tutkimuksessaan, että potilaat saivat kyllä ohjausta tupakoinnin lopettamisesta, liikunnasta ja lääkehoidosta, mutta henkisen tuen tarve ja väsymys jäivät huomiotta. Potilasohjauksen laatuun yleisesti vaikutti myös se, ohjattiinko potilasta perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa ohjaus oli järjestelmällisempää kuin perusterveydenhuollossa ja astma/COPD-hoitaja ohjasi potilasta säännöllisemmin kuin muut hoitajat. Ruotsissa Sandelowsky, Krakau, Modin, Ställberg ja Nager (2019) tutkivat keuhkohtaumatautipotilaiden ohjausta 24 terveysasemalla Tukholmassa. Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden

tiedon tarve oli suurinta ravitsemuksessa ja sairauden omahoidossa, kohtalaisesti tarvittiin tietoa itse sairaudesta sekä liikunnasta. Potilailla oli eniten tietoa lääkehoidosta ja tupakoimattomuudesta. Kaikkiaan tutkimus osoitti, että potilaat saivat vähemmän ohjausta terveydenhuollon ammattilaisilta kuin he kokivat tarvitsevänsä. Tuen tarvetta oli erityisesti keskivaikeaa keuhkohtaumatauti sairastavilla.

Tupakoinnin lopettamisesta ja savuttomana pysymisestä pitäisi keskustella COPD:tä sairastavan kanssa ainakin vuosittain. Keskustelussa tulisi selvittää asukivuosien määrää, nykyistä poltettujen savukkeiden määrää ja potilaan motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen. (Hotus-hoitosuositus 2018.) Puheeksi otto on jokaisen ammattilaisen tehtävä (Käypä hoito -suositus 2020). On tiedossa, että jo pelkkä asian esille ottaminen lisää lopettamisen onnistumisen mahdollisuuksia. Jotta hoitotyöntekijöiden olisi helppo ottaa puheeksi tupakasta vieroittautuminen, niin työyksiköissä pitäisi olla yhtenäinen käytäntö siitä, millä tavoin potilasta ohjataan lääkkeellisesti ja millaista tukea muuten on mahdollista tarjota. Hyödyllistä on käyttää motivoivaa haastattelutekniikkaa, jotta potilas itse löytäisi omasta elämästään syitä lopettaa ja tunnistaisi omia henkilökohtaisia esteitään. (Rouhos & Ekroos 2021, 414–417.)

Pahenemisvaiheiden estämisessä ja oireiden hallinnassa lääkkeiden oikeaoppisella käytöllä on merkitystä, mutta kansainvälisen GOLD-raportin mukaan kaksi kolmasosaa inhalaatiolääkkeiden käyttäjistä tekee jonkin virheen laitetta käyttäessään (GOLD 2024b). Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää ymmärtää erilaisista lääkeinhalaattoreista ja niiden toiminnasta, sillä lääkehoidon ohjaus on oleellinen osa potilasohjausta. Jos potilas kokee lääkehoitonsa hankalaksi, se voi laskea motivaatiota ja hoitoon sitoutumista. (Hotus-hoitosuositus 2018.) Potilaalle tulisikin tarjota opastusta lääkeinhalaattorin käyttöön aloitusvaiheessa ja tarkistaa lääkkeenottotekniikkaa säännöllisin väliajoin (GOLD 2024a, 20–21). Tärkeää on käyttää tarkistamiseen potilaan omia inhalaattoreita (GOLD 2024b, 55). Lisäksi potilaalla tulee olla ymmärrys siitä, että pahenemisvaiheiden ehkäisyssä monilla asioilla lääkehoidon lisäksi on merkitystä: liikunnalla, savuttomuudella ja infektioiden torjunnalla (Hotus-hoitosuositus 2018).

Tiedetään, että vaikeaa keuhkohtaumatautia sairastavista sairaalahoitoon tai kuntoutuslaitokseen päätyneistä potilaista 25 prosenttia on vajaaravittuja (Käypä hoito -suositus 2020). Huono ravitsemustila lisää kuolleisuutta. Vastaanottokäynnillä tulisikin seuranta ravitsemustilaa ja kiinnittää potilaan huomiota siihen. Tahaton painonlasku, alhainen BMI ja vähentynyt lihasmassa ovat merkkejä heikosta ravitsemustilasta. Potilas tarvitsee yksilöllistä ravitsemusohjausta jo ennen kuin hän on ajautunut vajaaravitsemustilaan. (Hotus-hoitosuositus 2018.)

Kroonista keuhkosairautta sairastavan rasituksen sieto voi olla alentunut ja tyyppillinen oire on hengenahdistus. Sairauden oireet ymmärrettävästi saattavat johtaa siihen, että henkilö välttää liikkumista pahenevan hengenahdistuksen pelossa. Tämä kuitenkin alentaa suorituskykyä entisestään. (Katajisto & Laitinen 2021, 494.) Potilas tarvitsee kannustusta säännölliseen liikkumiseen ja aktiiviseen elämäntapaan välttääkseen liikkumattomuuden vaikutukset elämänlaatuun (Hotus-hoitosuositus 2018). Kuntien vastuulla on järjestää keuhkohtaumatauti-potilaille liikunnallista kuntoutusta. Kansainvälisten suositusten mukainen liikunnallinen keuhkokuntoutus sisältää fysioterapeutin ohjausjakson 8–12 viikkoa, voima- ja kestävyysharjoituksia, ravitsemusohjausta, tietoa sairaudesta ja jatko-suunnitelman opittujen asioiden ylläpitämiseksi kuntoutusjakson jälkeen. On osoitettu, että suunnitelmallinen keuhkokuntoutus parantaisi potilaan suorituskykyä, vähentäisi oireita ja pahenemisvaiheita sekä vähentäisi masennusta ja ahdistuneisuutta. (Katajisto & Laitinen 2021, 492–496.)

Kuten Siltanen ym. (2020) tutkimuksellaan selvittivät, niin keuhkohtaumatautia sairastavan mielialasta ja väsymyksestä keskusteli potilaiden kanssa säännöllisesti vain muutamia hoitajia ja lääkäreitä. Psykykinen hyvinvointi kuitenkin on sidoksissa myös potilaan motivaatioon sitoutua sairauden omahoitoon. Hotuksen hoitosuositukskokonaisuus (2018) nostaa potilaan mielialan ja uupumuksen esiin yhtenä hoitosuosituksen osana. Siinä ohjataan seulomaan masennusta ja ahdistuneisuutta esimerkiksi BDI-21 ja GAD-7-mittareilla säännöllisesti. Sairastuneen lisäksi krooninen sairaus kuormittaa myös hänen läheisiään. Hoitotyöntekijöiden tulisi tunnistaa heidän tiedon ja tuen tarpeensa, jotta heillä olisi osaamista ja voimavaroja tukea sairastunutta sairauden eri vaiheissa.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, toteutuuko keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaus Hotus-hoitosuositusten mukaisesti ja samalla selvittää hoitosuositusten käyttöönoton tukirakenteita terveysasemien avovastaanotoilla.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Hotukselle tietoa siitä, missä määrin keuhkohtaumatautia sairastavan hoitosuosituskokonaisuus on implementoitu käytäntöön. Tiedosta on hyötyä, kun Hotuksessa kehitetään näytön levittämistä käytäntöön. Saatua tietoa voidaan hyödyntää myös hyvinvointialueilla potilashoidon kehittämisessä, sillä potilaalla on terveydenhuoltolain (2010/1326 § 1:8) mukaan oikeus saada näyttöön perustuvaa hoitoa.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaus toteutuu Hotus-hoitosuosituskokonaisuuteen perustuen terveysasemien avovastaanotoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
- 2) Millaisia tukirakenteita hoitosuositusten käyttöönotolle on olemassa terveysasemien avovastaanotoilla?

## 5 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

### 5.1 Toimeksiantajan kuvaus ja kohderyhmän valinta

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Hoitotyön tutkimussäätiö sr. Se on perustettu vuonna 2006 ja sen yhteydessä toimivat myös Maailman Terveysjärjestön (WHO) hoitotyön yhteistyökeskus ja Suomen JBI yhteistyökeskus. Hoitotyön tutkimussäätiön toiminnan tarkoituksena on edistää väestön terveyttä luomalla edellytyksiä näyttöön perustuvalla terveydenhuollolla. Toiminnassa on tärkeää hoitotieteellisten suositusten ja näyttövinkkien luominen eli tutkimustiedon tiivistäminen käytettävään muotoon. Hoitosuositusten laatiminen ja tiedon levittäminen ei kuitenkaan aina takaa sitä, että näyttö tulisi käyttöön. Hotuksen tekemä työ tukee näytön käyttöönottoa, mutta lopulta siitä vastaavat palveluntuottajat. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2021.)

Keuhkohtaumataudin diagnostiikkaa ja hoitoa toteutetaan pääosin perusterveydenhuollossa terveysasemilla ja sen vuoksi tutkimus kohdennettiin sinne (Käypä hoito -suositus 2020). Kyselytutkimus toteutettiin neljällä eri hyvinvointialueella (Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueet) ja vastaajina toimivat terveysasemien avovastaanottojen kaikki hoitotyöntekijät. Hyvinvointialueet valittiin maantieteellisesti eri puolilta Suomea. Opinnäytetyön tutkimus olisi ollut mahdollista toteuttaa pilottina vain yhdellä hyvinvointialueella, mutta minua kiinnosti mahdollisuus vertailla tuloksia eri alueiden välillä. Kohderyhmän laajuuteen vaikutti myös se, ettei tutkimusta suunniteltaessa ollut tiedossa, miten keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden ohjaus on eri hyvinvointialueilla organisoitu. Etukäteen oli tiedossa, että osassa terveysasemista kaikki hoitotyöntekijät ohjaavat kaikkia potilasryhmiä. On myös terveysasemia, joissa nimetty astma/COPD-hoitaja tekee tätä tehtävänkuvaa. Jos olisi valittu vain yksi hyvinvointialue, niin vastaajien määrä olisi saattanut olla pieni sen vuoksi, että vain yksittäiset hoitotyöntekijät ohjaavat keuhkohtaumatautia sairastavia.

## 5.2 Määrällinen lähestymistapa ja aineistonkeruu

Tässä opinnäytetyössä oli alusta alkaen selvää, että tutkimus toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, koska haluttiin saada vastauksia suurelta joukolta. Määrällisessä tutkimuksessa tarvitaan riittävän suuri vastaajamäärä, jotta vastausten perusteella on mahdollista luotettavasti kuvata eri asioiden välisiä suhteita. Suuria vastausmääriä on mahdollista kerätä kyselylomakkeella, joka on yksi kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Kyselylomakkeella pyritään numeerisesti suureen edustavaan otokseen ja tutkimuskysymyksiin vastataan numeerisen tiedon pohjalta. (Heikkilä 2014a, 15; Heikkilä 2014b.) Haasteena kyselylomakkeessa saattaa olla se, että vastauksia saadaan vähäinen määrä (Vilkkä 2021b, 94).

Kyselylomake suunniteltiin siten, että kysymyksillä saadaan vastauksia kahteen opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Kysymykset olivat pääosin strukturoituja ja niihin oli pakollista vastata. Väittämien vastausvaihtoehtoina käytettiin suurimaksi osaksi Likertin asteikkoa. Lisätietojen saamiseksi käytettiin muutamia avoimia vastausvaihtoehtoja tarkentavina kysymyksinä. (Heikkilä 2014a, 49–51.)

Kaikki osallistujat vastasivat taustatietoja koskeviin kysymyksiin sekä ensimmäisen osion kysymyksiin, jotka liittyivät näyttöön perustuvaan potilasohjaukseen. Nämä kysymykset tuottivat vastauksia siihen, millaisia tukirakenteita hoitosuositusten käyttöönotolle on olemassa terveysasemien avovastaanotolla. Toiseen osioon etenivät ne vastaajat, jotka vastasivat ohjaavansa keuhkohtaumatautipotilaita edes joskus. Vastaavasti kysely päättyi niiden vastaajien osalta, jotka ilmoittivat, etteivät milloinkaan ohjaa keuhkohtaumatautipotilaita. Toisen osion kysymykset selvittivät vastauksia siihen, miten keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaus toteutuu Hotus-hoitosuosituskokonaisuuteen perustuen terveysasemien avovastaanotolla hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Kysymysten laadinnassa käytettiin muun muassa Hotus-hoitosuosituskokonaisuuden *”Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt”* suosituslauseita.

Kyselylomakkeen laadintaan panostettiin, sillä tiedossa oli, että huolellinen valmistelu vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen erittäin paljon ja toisaalta huono tutkimuslomake voisi pilata tutkimuksen. Lomaketta suunniteltaessa on tutustuttu

kirjallisuuteen ja varmistettu, että kysymykset vastaavat tutkimusongelmiin. Lomakkeen ulkoasu tehtiin houkuttelevaksi, kysymykset suunniteltiin yksiselitteiseksi ja loogisesti eteneviksi. Suositusten mukaisesti kyselylomaketta esiteltiin kuusi YAMK-opiskelijaa, joilla oli sosiaali- ja terveysalan ammattitutkinto taustalla. Palautteiden perusteella ei poistettu yhtään kysymystä, mutta muutamien kysymysten vastausvaihtoehtoihin tehtiin pieniä muutoksia. (Heikkilä 2014a, 45–47; Vehkalahti 2014, 48; Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 26–30.)

Aineiston keräämistä varten hankittiin tutkimuslupa neljältä hyvinvointialueelta: Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilta. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella lupa haettiin vain Vantaalle, koska työskentelin silloin Keravalla, enkä voinut ohjeiden mukaan toteuttaa tutkimusta omassa työyksikössäni. Hyvinvointialueet myönsivät tutkimusluvan kaikille alueensa terveysasemille (paitsi Keravalle).

Tutkimuksen aineisto kerättiin Webropol-ohjelmistolla toteutetulla sähköisellä kyselylomakkeella (Liite 3). Kyselyyn vastaaminen oli anonyymiä, eikä tutkimuksessa kerätty suoria henkilötietoja. Koska taustatietoja yhdistelemällä vastaajia olisi ollut teoriassa ollut mahdollista tunnistaa, niin tutkimuksen vastaajista muodostui henkilörekisteri. Siksi tutkimusta varten laadittiin tietosuojailmoitus (Liite 2), joka jaettiin vastaajille. (Kuula-Luumi 2018; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 11–12.)

Tutkimuksen perusjoukkona olivat kaikki valittujen terveysasemien avovastaanotoilla työskentelevät hoitotyöntekijät ja siten kyseessä oli kokonaistutkimus, eli kaikki haluttiin vastaajiksi (Heikkilä 2014a, 31). Kyselytutkimus toteutettiin hyvinvointialueilla eri aikaan tutkimuslupaprosessien erilaisten käsittelyaikojen vuoksi. Ensimmäiset kyselytutkimukset aloitettiin 15.4.2024 ja toiset 13.5.2024. Kaikilla alueilla oli nimettynä yksi yhteyshenkilö, joka jakoi tutkimukseen liittyvät materiaalit: saatekirjeen (Liite 1) ja tietosuojailmoituksen (Liite 2). Webropol-kyselyn linkki oli saatekirjeessä. Kahden viikon vastausajan jälkeen kyselyn vastaamisajakaik jatkettiin kaikilla hyvinvointialueilla. Yhteyshenkilö hoiti muistuttamisen opinäytetyöntekijän pyynnöstä.

Terveysasemien avovastaanotoilla työskenteli noin 1210 hoitotyöntekijää, joille kysely toimitettiin vastattavaksi. Webropol-alustalta nähtiin, että vastaajat avasivat kyselyn 96 kertaa ja vastaaminen aloitettiin 74 kertaa. Vastauksia saatiin 45 kappaletta. Kyselyn aluksi vastaajat vahvistivat haluavansa osallistua tutkimukseen. Yksi vastaaja ilmoitti, ettei halua osallistua tutkimukseen ja 44 vastaajaa osallistui. Jokaiselta hyvinvointialueelta vastattiin kyselyyn, mutta kahdella alueella vastausmäärä jäi erityisen vaatimattomaksi. Vastaajamäärän jäätyä kokonaisuudessaan pieneksi, tuloksia ei voitu opinnäytetyössä käsitellä hyvinvointialueittain, eikä vertailla alueita toisiinsa.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineisto kerättiin Webropol-kyselylomakkeella ja aineiston analyysissä hyödynnettiin Webropolin valmista raportointiominaisuutta. Microsoft Officen Excel laskentataulukko-ohjelmalla dataa analysoitiin lisää ja sillä luotiin graafiset kuviot. Tarkoituksena oli käyttää Microsoft Officen Power BI-ohjelmaa myös aineiston analyysiin, mutta raakadatan siivoaminen käytettävään muotoon muodostui liian haastavaksi ja heräsi pelko siitä, että data vääristyy käsittelyssä, joten sitä riskiä opinnäytetyössä ei voitu ottaa.

Kyselytutkimuksen aineistoa käsitellään kvantitatiivisesti ja tämän opinnäytetyön tutkimuksen analyysissä pyritään selittämään tutkimuksen tuloksia, jotta saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2014, 193-194, 224). Aineiston kuvailuun on käytetty prosenttiosuuksia ja tunnuslukuja kuten keskiarvoja, mediaania ja keskihajontaa (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 92). Tuloksia on havainnollistettu taulukoilla ja graafisilla kuvioilla. Kuvioissa on suosittu pylväsdiagrammeja, joiden avulla tietoa saadaan tehokkaasti havainnollistettua lukijalle ja niillä on visuaalisesti helppo osoittaa vertailua eri muuttujien välillä (Hirsjärvi ym. 2014, 328-329).

## 6 TULOKSET

Vastaajien taustatiedot raportoidaan taulukossa 1. Vastaajilta selvitettiin myös, millä hyvinvointialueilla he työskentelevät, mutta sitä ei eritellä tuloksissa pienen vastaajamäärän vuoksi. Vastaajista valtaosa on sairaanhoitajia. Hieman vajaa puolet on työskennellyt hoitoalalla yli 15 vuotta ja saman verran vastaajista 6–15 vuotta, joten työkokemusta vastaajilla on runsaasti. Vastaajat työskentelevät useissa eri työtehtävissä. Lähes kaikki työskentelevät kiireettömällä hoitajan vastaanotolla ja myös hoidon tarpeen arviointi kuuluu suurella osalla työtehtäviin. Reilu puolet tekee töitä kiirevastaanotolla ja neljännes asiantuntijaroolissa.

Taulukko 1. Vastaajien koulutus, työkokemus hoitoalalla sekä työtehtävät terveysasemien avovastaanotoilla - tuloksissa esitetty vastaajamäärät (n) sekä prosenttiosuudet

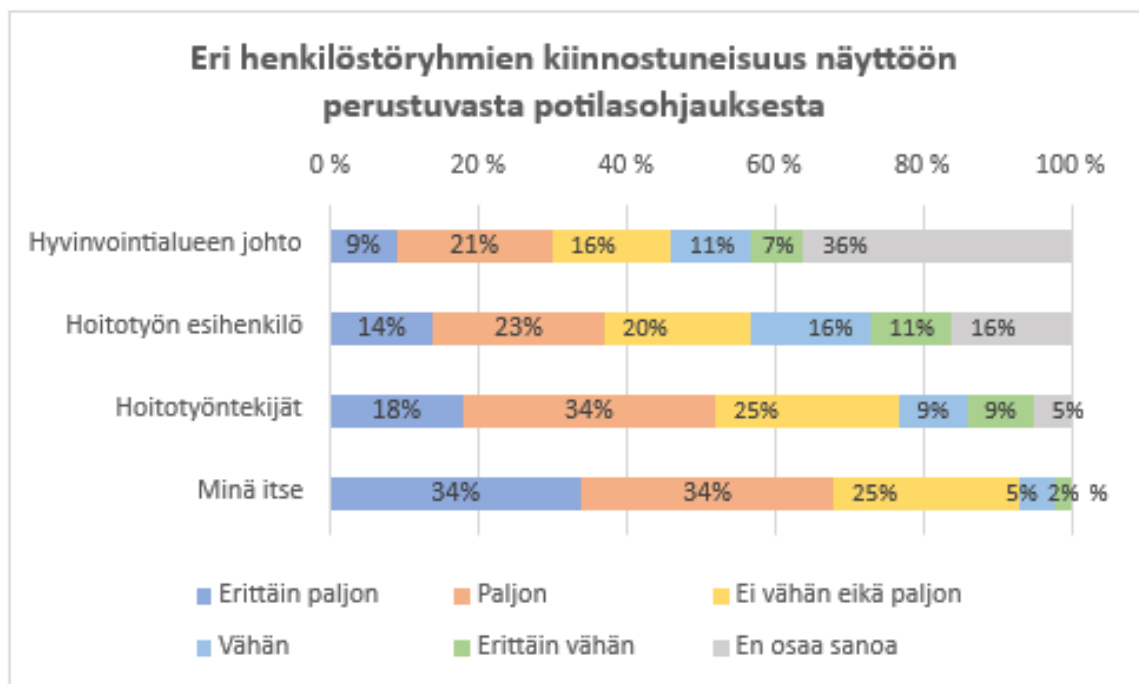
	määrä		määrä		määrä		määrä	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
<b>Koulutus</b>	<b>Sairaanhoitaja</b>		<b>Terveystenhoitaja</b>		<b>Sairaanhoitaja YAMK</b>		<b>Lähihoitaja/ perushoitaja</b>	
	29	66	9	20	4	9	2	5
<b>Työkokemus hoitoalalla</b>	<b>Yli 15 vuotta</b>		<b>11–15 vuotta</b>		<b>6–10 vuotta</b>		<b>alle 5 vuotta</b>	
	20	45	10	23	10	23	4	9
<b>Työtehtävä</b>	<b>Kiireetön hoitajan vastaanotto</b>		<b>Hoidon tarpeen arviointi</b>		<b>Kiirevastaanotto</b>		<b>Asiantuntijarooli</b>	
	40	91	30	68	25	57	12	27

### 6.1 Hoitosuosituksen käyttöönottoa tukevat rakenteet terveysasemien avovastaanotoilla

Kyselylomakkeen ensimmäisen osion kysymykset tuottivat vastauksia siihen, millaisia tukirakenteita hoitosuosituksen käyttöönotolle on olemassa terveysasemien avovastaanotolla. Näihin kysymyksiin vastasivat kaikki vastaajat (n=44). Lisäksi

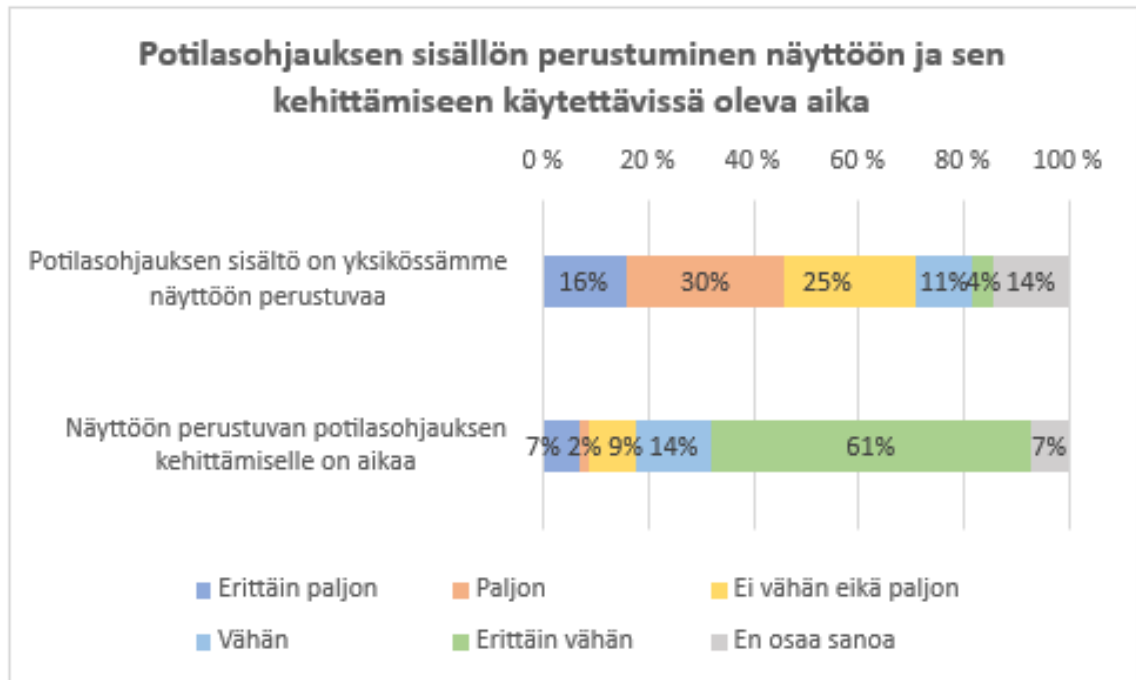
tietoa saatiin muutamista kysymyksistä, joihin vastasivat vain ne, jotka ohjaavat työssään keuhkohtaumatautipotilaita (n=29).

**Kiinnostus näyttöön perustuvaa potilasohjausta kohtaan.** Vastauksista käy selvästi ilmi se, että vastaajien mielestä he itse ovat eniten kiinnostuneita näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta, seuraavaksi eniten muut hoitotyöntekijät, sitten hoitotyön esihenkilö ja viimeisenä hyvinvointialueen johto. Tosin 36 % ei osaa sanoa, minkä verran hyvinvointialueen johto on kiinnostunut siitä ja 16 % vastaajista ei osaa tätä arvioida hoitotyön esihenkilön kohdalla. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Eri henkilöstöryhmien kiinnostuneisuus näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta, vastaajan näkemys

**Kokemus työyksikön näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta.** Noin puolet vastaajista (46 %) pitää yksikkönsä potilasohjausta näyttöön perustuvana paljon tai erittäin paljon. Neljäsosa vastaajista valitsee keskivälin vaihtoehdon, ”ei vähän eikä paljon” ja vain 15 %:n mielestä se perustuu näyttöön vähän tai erittäin vähän. Loput (14 %) eivät osaa sanoa, onko potilasohjaus näyttöön perustuvaa. Vastauksista käy selvästi ilmi, ettei näyttöön perustuvan potilasohjauksen kehittämiseen ole aikaa, sillä kolme neljäsosaa vastaa aikaa olevan erittäin vähän tai vähän. Vähemmistö (9 %) kokee, että asiaan on erittäin hyvin tai hyvin aikaa. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vastaajien arvio yksikön potilasohjauksen perustumisesta näyttöön ja näyttöön perustuvan potilasohjauksen kehittämiseen käytettävissä olevasta ajasta

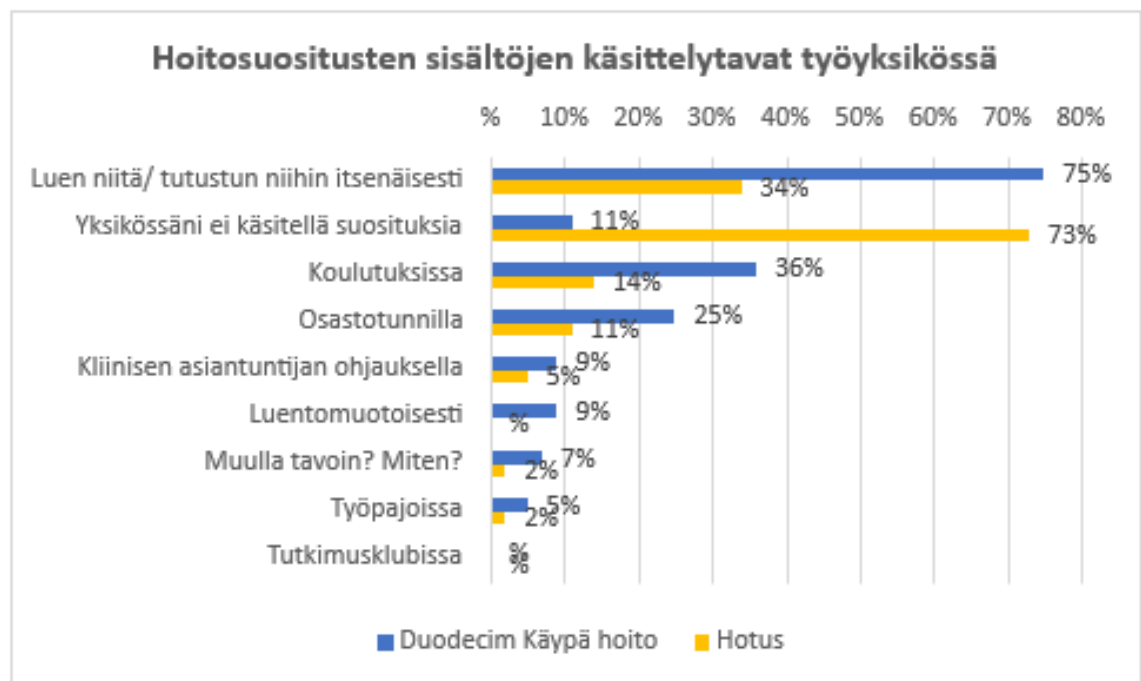
**Hoitosuositusten käyttö työyksiköissä.** Vastaajat pitivät erittäin tärkeänä, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa, vastausten mediaani on 9 asteikolla 1–10. Yksiköissä käytetään selvästi enemmän Duodecim Käypä hoito -suosituksia kuin Hotus-hoitosuosituksia - tämä selviää taulukosta 2.

Taulukko 2. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen merkitys sekä Hotus-hoitosuosituksien ja Duodecim Käypä –hoitosuosituksien käyttö terveysasemien avovastaanotoilla

	Minimi	Mak- simi	Kes- kiarvo	Medi- aani	Keskiha- jonta
Miten tärkeänä pidät sitä, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa?	6	10	8,7	9	1,4
Käytetäänkö työyksikössäsi hoitotyöhön kohdentuvia Hotus-hoitosuosituksia? Koskee kaikkia suosituksia.	0	10	4,7	6	3,6

<b>Käytetäänkö työyksikössäsi Duodecim Käypä hoito -suosituksia? Koskee kaikkia suosituksia.</b>	5	10	8,4	8,5	1,4
--	---	----	-----	-----	-----

Kuten taulukosta 2 käy ilmi, että Duodecim Käypä hoito -suositukset ovat käytetympiä kuin Hotus-hoitosuositukset, niin edelleen kuviosta 3 on havaittavissa, että Käypä hoito -suosituksiin myös perehdytään enemmän kuin Hotuksen suosituksiin. Käypä hoito –suosituksiin perehdytään itsenäisesti (75 %), koulutuksissa (36 %) ja osastotunnilla (25 %). Vastaavasti jopa 75 % ilmoittaa, ettei yksikössä käsitellä ollenkaan Hotus-hoitosuosituksia, 34 % on tutustunut niihin itsenäisesti ja 14 % koulutuksissa.



Kuvio 3. Vastaajien mielipide siitä miten työyksikössä käsitellään hoitosuosituksen sisältöjä (mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja)

**Hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuva ohjausosaaminen.** Keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä ohjaavilta hoitotyöntekijöiltä kysyttiin arviota siitä, miten paljon näyttöön perustuvaa heidän antamansa omahoidon ohjaus oli asteikolla 0–10. Vastausten keskiarvo oli 6 ja mediaani 7, keskihajonnan ollessa 2,4.

Vastaajien mukaan keuhkohtaumatautia sairastavaa ohjaa hänen omahoidossaan useimmiten lääkäri (61 %), muutamat yksikön hoitotyöntekijät (48 %), erillinen keuhkohoitaja tai vastaava (39 %) ja neljäsosa vastaajista kertoo, että kaikki yksikön hoitotyöntekijät ohjaavat. Vastaajista vajaa neljäsosa (n=10) tekee tehtäväkuvaa, jossa hänet on erikseen nimetty ohjaamaan keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä.

Tutkimuksessa selvitettiin, mistä hoitotyöntekijät kokevat saaneensa osaamisensa keuhkohtaumatautia sairastavan ohjaukseen, tulokset tuodaan esiin kuviossa 4. Useimmat vastaajat ovat sitä mieltä, että osaaminen perustuu itse hankittuun tietoon ja Duodecim Käypä hoito -suositukseen. Seuraavaksi eniten tietoa on saatu ammattitutkinnosta, kollegan antamasta perehdytyksestä ja ulkopuolisista koulutuksista. Vain muutamat nostavat esiin Hotus-hoitosuositukset ja yksikön sisäiset koulutukset. Myös entiset työpaikat, lääke-edustajat ja apteekin lääkeannosteluvideot mainitaan muina tietolähteinä.



Kuvio 4. Vastaajien arvio tietolähteistä, joihin heidän osaamisensa perustuu keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä ohjattaessa (mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja)

**Työyksikön ammattilaisten rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa.** Vastaajista 84 % ilmoittaa, että heidän työyksikössään ei työskentele hoitotyön kliinistä asiantuntijaa tai opetushoitajaa, 9 % ei tiedä työskenteleekö ja 7 % vastaa,

että yksikössä on kyseisessä työroolissa työntekijä. Kun kysyttiin organisaation tasolla, onko hyvinvointialueella töissä kliinistä asiantuntijaa, niin puolet vastaajista ei osaa sanoa työskenteleekö, 41 % vastaa, ettei työskentele ja vain 9 % ilmoittaa kyllä.

Vastaajilta selvitettiin, kuka heidän mielestään työyksikössä vastaa siitä, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa. Reilu kolmannes (n=16) kertoo, ettei se ole kenenkään vastuulla, saman verran (n=16) vastaajista ajattelee, että siitä vastaavat yksikön sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat ja 27 %:n (n=12) mielestä vastuussa on yksikön hoitotyön esihenkilö. Ne, jotka vastasivat ”joku muu”, olivat suurimmalta osin sitä mieltä, etteivät tiedä kuka siitä vastaa. Hyvinvointialueen johto, kliininen asiantuntija ja apulaisosastonhoitaja eivät suuren osan mielestä ole aiheesta vastuussa. Huomattavaa on, että näitä useammin koetaan, että lääkäri vastaa siitä, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Yksikön näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta vastaavat ammattilaiset (vastaajan näkemys), mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja

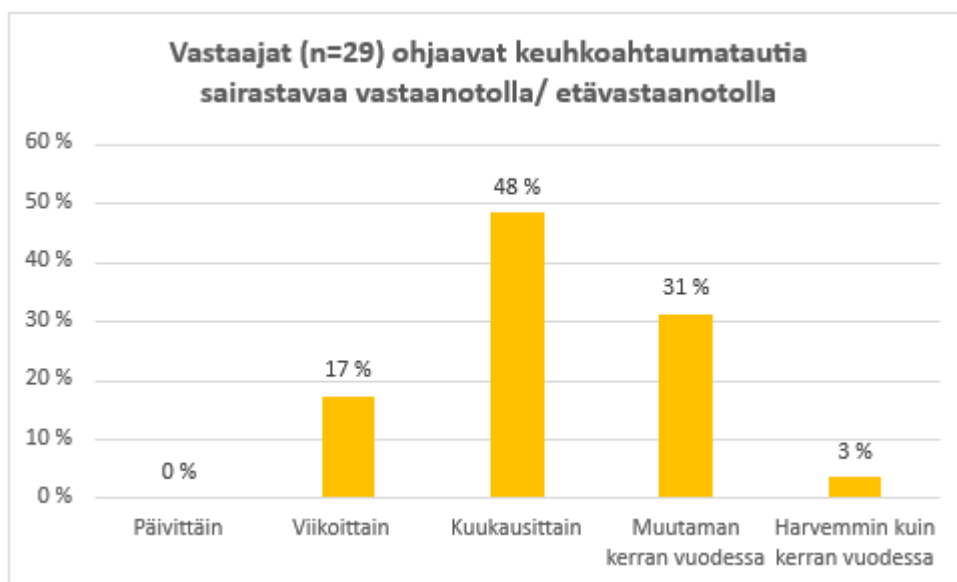
**Työyksikön ohjeet ja teknisten järjestelmien tuki näyttöön perustuvassa toiminnassa.** Yhtenäinen ohjausrunko keuhkohtaumatautia sairastavan oh-

jaukseen on käytössä alle puolella vastanneista (n=12). Vastaajista reilu kolmasosa (n=10) toteaa, että yhtenäistä runkoa ei ole ja neljäsosa (n=7) ei osaa sanoa asiasta.

Duodecimin EBMEDS päätöksentuen herätteet potilastietojärjestelmässä keuhkohtaumatautiin liittyen ovat vastaajille vieraita, sillä kenellekään ei ole tullut herätteitä vastaan tai ei osaa sanoa asiasta. Tutkimusta tehdessä ei ollut tiedossa, oliko vastaajien käyttämissä potilastietojärjestelmissä tätä käytössä ja se mainittiinkin kysymyksen asettelussa.

## 6.2 Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen toteutuminen Hotus-hoitosuosituksen mukaan

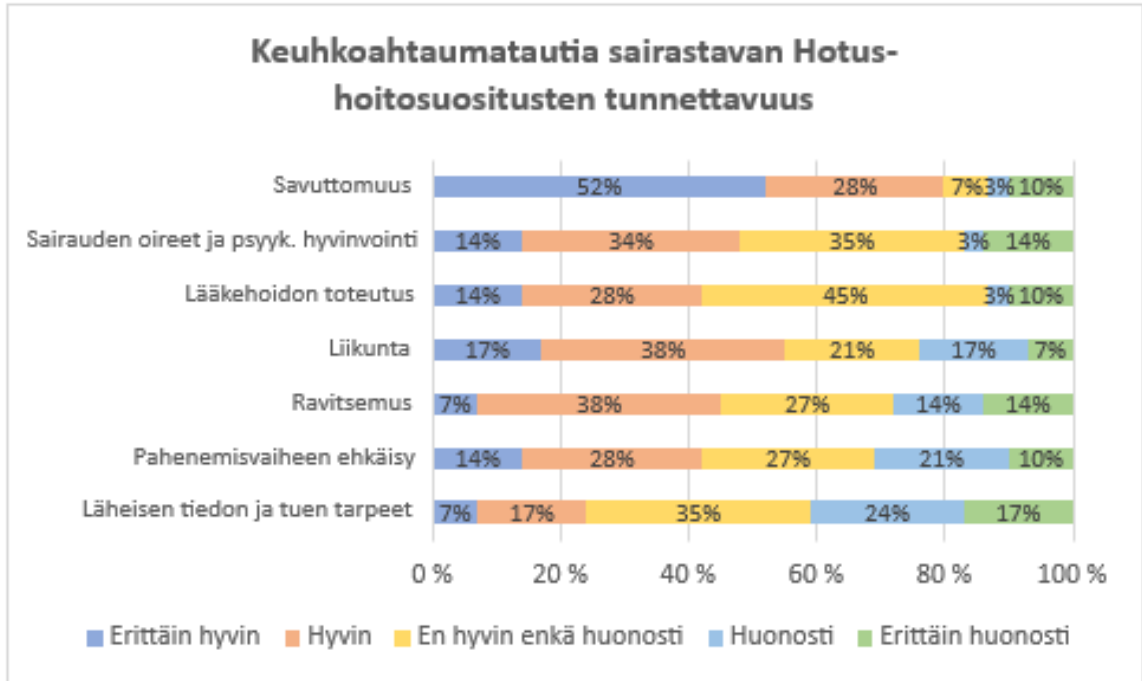
Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjaukseen liittyviä asioita kysyttiin niiltä vastaajilta, jotka ilmoittivat ohjaavansa keuhkohtaumatautia sairastavaa edes joskus (n=29). Heistä 48 % (n=14) ohjaa keuhkohtaumatautia sairastavaa kuukausittain, 31 % (n=9) muutaman kerran vuodessa, 17 % (n=5) viikoittain ja 3 % (n=1) harvemmin kuin kerran vuodessa. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Jakauma siitä miten usein vastaajat ohjaavat keuhkohtaumatautia sairastavaa

Vastaajilta kysyttiin, miten hyvin he tuntevat keuhkohtaumatautia sairastavan hoitosuositukset, tulokset käyvät ilmi kuviosta 7. Selvästi parhaiten tunnetaan savuttomuutta koskeva hoitosuositus, sillä puolet vastaavat tuntevansa sen erittäin

hyvin ja 28 % hyvin. Toiseksi parhaiten tunnetaan liikuntaa koskeva suositus. Vastauksista ilmenee, että kaikista huonoiten tunnetaan hoitosuositus, joka käsittelee läheisen tiedon ja tuen tarpeita.



Kuvio 7. Mielenpide siitä miten vastaajat tuntevat keuhkohtaumatautia sairastavan hoitosuositukset (7kpl)

Keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön ohjaukseen liittyen selvitettiin, millaisena hoitotyöntekijät kokevat oman ohjausosaamisensa, saadun koulutuksen ja työyksikön olemassa olevat ohjeet (Kuvio 8). Vastausasteikko oli 1–5, Erittäin vähän – Erittäin paljon. Vastaajat kokevat *ohjausosaamisensa* parhaaksi tupakoinnin lopettamiseen ja savuttomuuden tukemiseen liittyen sekä lääkkeiden inhalaatiotekniikkaan liittyvissä asioissa. Huonoimmiksi jäivät läheisen tiedon ja tuen tarpeet sekä potilaan psyykkinen hyvinvointi. Eniten *koulutusta* on saatu lääkkeiden inhalaatiotekniikasta ja lääkehoitoon sitoutumisesta, vähiten psyykkisestä hyvinvoinnista ja läheisen tiedon ja tuen tarpeista. Työyksikön olemassa olevista *ohjeista* parhaiten koetaan saatavan tukea lääkkeiden inhalaatiotekniikkaan, tupakoinnin lopettamiseen ja lääkehoitoon sitoutumiseen liittyen. Huonoiten yksikön ohjeet antavat tukea psyykkisen hyvinvoinnin huomioimiseen sekä läheisen tiedon ja tuen tarpeisiin. Saadun koulutuksen määrä jää näistä selvästi alhaisimmaksi ja voidaan todeta, että käytössä olevat työyksikön ohjeet tukevat paremmin potilasohjausta kuin saatu koulutus.



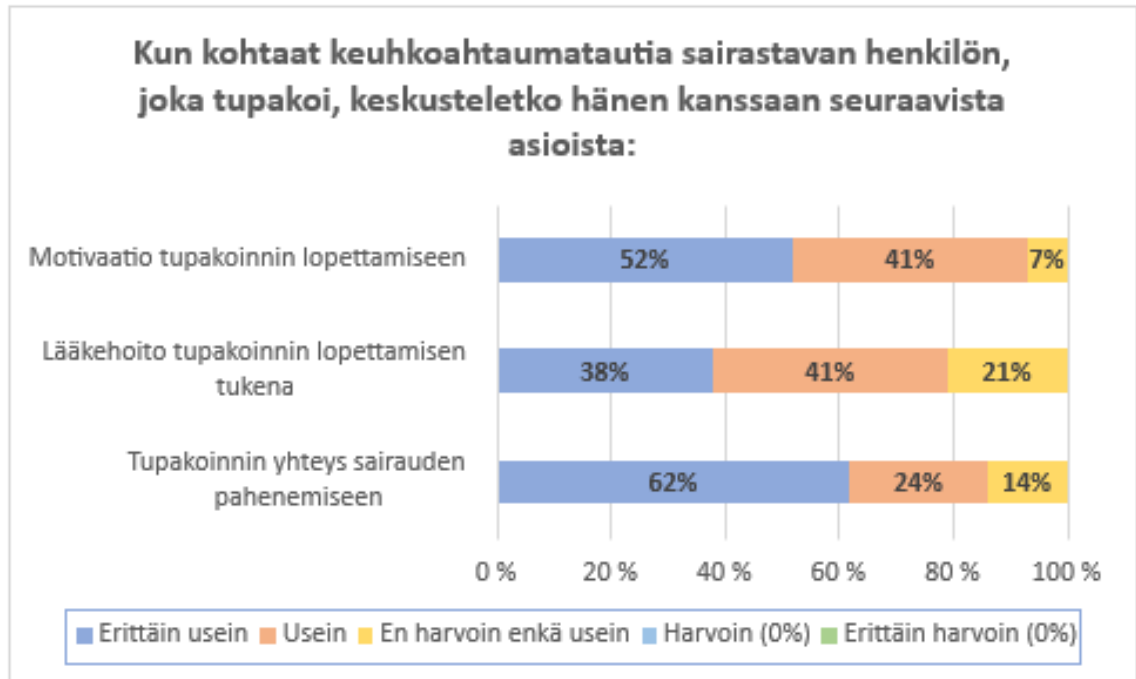
Kuvio 8. Keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön ohjausosaaminen eri aihealueilla, niihin saatu koulutus sekä työyksikön ohjeet työn tukena vastaajien arvioimana

Hoitotyöntekijöiltä kysyttiin, selvittävätkö he jollain tavalla etukäteen potilaan tiedon tarvetta ennen vastaanottoa. Kaksi kolmasosaa (n=19) perehtyy potilasasiakirjoihin. Soittamalla, sähköisellä yhteydenotolla ja esitietokaavakkeen kautta asiaan perehtyminen on vähäistä (n=1–5). Valtaosa (76 %) vastaa tiedustelevansa asiaa potilaalta vastaanotolla.

### 6.2.1 Savuttomuus

Savuttomuudesta tai tupakoinnin lopettamisesta keskustelelee potilaan kanssa jokaisella tapaamiskerralla 72 % (n=21) vastaajista ja 24 % (n=7) lähes joka tapauksella, loput (n=1) satunnaisesti. Tähän liittyen vastaajilta selvitettiin myös, onko työpaikalla yhteinen ohjeistus eli toimintamalli savuttomuuden tukemiseen. Vain 10 % vastaajista tietää, että sellainen malli on olemassa ja loput vastaajista ilmoittaa, että yhteistä mallia ei ole (52 %) tai ei osaa sanoa, onko sellaista (38 %).

Tupakoivan keuhkohtaumatautia sairastavan kanssa keskustellaan kattavasti asioista, jotka tukevat tupakoinnin lopettamista, tämä on nähtävissä kuviossa 9. Motivaatiosta tupakoinnin lopettamiseen keskustelee potilaan kanssa erittäin usein tai usein 93 % vastaajista, tupakoinnin yhteydestä sairauden pahenemiseen 86 % ja lääkehoidosta tupakoinnin lopettamisen tukena 79 %. Kukaan ei vastannut näihin osa-alueisiin vaihtoehtoa harvoin tai erittäin harvoin.



Kuvio 9. Tupakoivan keuhkohtaumatautia sairastavan motivointi ja keskustelunaiheet tupakoinnin lopettamiseen liittyen

Käypä hoito -suositukset ”*Keuhkohtaumatauti*” ja ”*Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito*” ovat tunnetuimmat tietolähteet savuttomuuden ja tupakoinnin lopettamisen ohjaukseen, kuten kuvio 10 osoittaa. Muina tiedonlähteinä vastaajat mainitsevat lääkefirmojen esitteet, Hengitysliiton, Sydänliiton sekä itse kootut ohjeet. Alle viidesosa (n=5) käyttää Hotus-hoitosuositusta ”*Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa*” ja vielä harvempi käyttää Terveiden ja hyvinvoinnin laitosta tai Filhaa tietolähteenä. Kaikki hoitotyöntekijät ohjaavat potilaita savuttomuudessa ja tupakoinnin lopettamisessa.



Kuvio 10. Vastaajien käyttämät tietolähteet savuttomuuden ja tupakoinnin lopettamisen ohjauksessa (mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja)

## 6.2.2 Sairausten oireet ja psyykinen hyvinvointi

Keuhkohtaumataudin nykyisistä sairauten oireista keskustellaan potilaiden kanssa hyvin. Jokaisella tapaamiskerralla aiheen ottaa puheeksi 55 % (n=16) vastaajista ja useimmilla tapaamiskerroilla 31 % (n=9) vastaajista, loput 14 % (n=4) satunnaisilla kerroilla. Psyykkiseen hyvinvointiin taas kiinnitetään huomattavasti vähemmän huomiota. Hoitotyöntekijöistä 21 % (n=6) kysyy jokaisella tapaamisella potilaalta mielialasta ja 24 % (n=7) kysyy asiasta useimmilla tapaamisilla. Noin puolet (n=14) kiinnittää asiaan huomiota satunnaisesti ja 7 % (n=2) vastaa, ettei milloinkaan. Keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön sairauten oireita ja mielialaa voidaan mitata erilaisilla mittareilla, niiden käyttöä on esitetty kuviossa 11.

Vastaajista 45 % (n=13) tuntee keuhko-oireiden kartoituksessa käytettävän CAT-testin (COPD Assessment Test) ja käyttää sitä jokaisella tapaamiskerralla. Useimmilla tapaamisilla tai satunnaisesti testiä käyttää 24 % (n=7) vastaajista ja loput eivät käytä (n=2) tai tunne (n=7) testiä ollenkaan. Hengenahdistuksen arviointiin käytettävää mMCR-testiä (modified Medical Research Council) käyttää jollain tavalla vajaa viidesosa (n=5) vastaajista, 7 % (n=2) ei käytä ollenkaan ja loput 76 % (n=22) eivät edes tunne testiä.

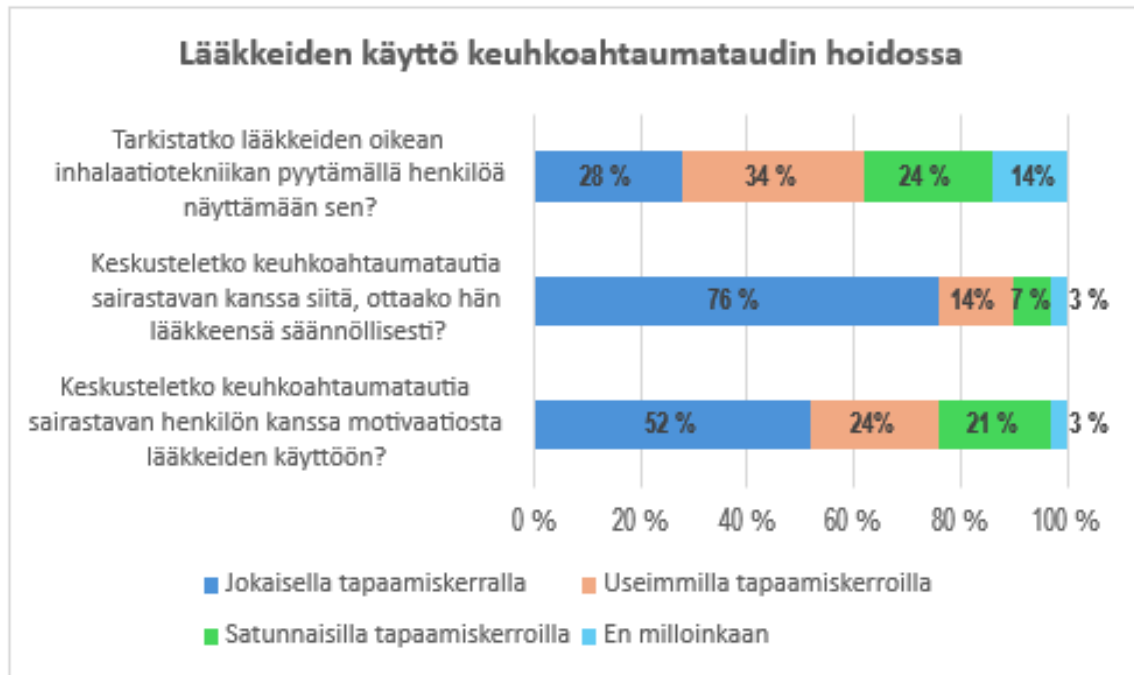
BDI-21 (Beck Depression inventory) ja GAD-7 (Ahdistuneisuuskysely) -mittarin tunnettavuus on samankaltainen keskenään, vajaa viidesosa (n=4–5) vastasi, ettei tunne mittareita. Kukaan vastaajista ei käytä BDI-21 masennusseulaa jokaisella tapaamisella, 3 % (n=1) käyttää usein, puolet vastaajista (n=15) satunnaisesti ja 28 % (n=8) ei milloinkaan. Ahdistuneisuuden tunnistamiseen kehitettyä GAD-7-mittaria käytetään hieman vähemmän kuin BDI-21 masennusseulaa.



Kuvio 11. Sairauden oireita ja mielialaa kartoittavien seulontatestien käyttö vastaanotolla

### 6.2.3 Lääkehoidon toteutus

Lääkkeenoton inhalaatiotekniikkaa tarkistaa potilailta 28 % (n=8) vastaajista jokaisella tapaamiskerralla, 34 % (n=10) useimmilla tapaamiskerroilla, 24 % (n=7) satunnaisesti ja 14 % (n=4) ei milloinkaan. Lääkkeiden säännöllisestä käytöstä keskustellaan potilaan kanssa tyypillisesti jokaisella tapaamiskerralla (76 %) tai ainakin useimmilla kerroilla (14 %). Motivaatio lääkkeiden käyttöön on puheenaiheena myös puolella hoitotyöntekijöistä jokaisella vastaanotolla ja neljäsosalla useimmilla tapaamiskerroilla. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Lääkkeiden käyttöön liittyvien asioiden puheeksi otto vastaanotolla

Vastaajista hieman yli puolet (n=18) keskusteleee uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä potilaan kanssa lääkkehoidon haitoista ja hyödyistä. Neljäsosa (n=8) ilmoittaa keskustelelevansa aiheesta satunnaisesti ja 10 % (n=3) vastaajista ei koe asian kuuluvan työtehtäviinsä. He ovat sitä mieltä, että ohjaus kuuluu lääkärille, farmaseutille ja astma/COPD-hoitajalle.

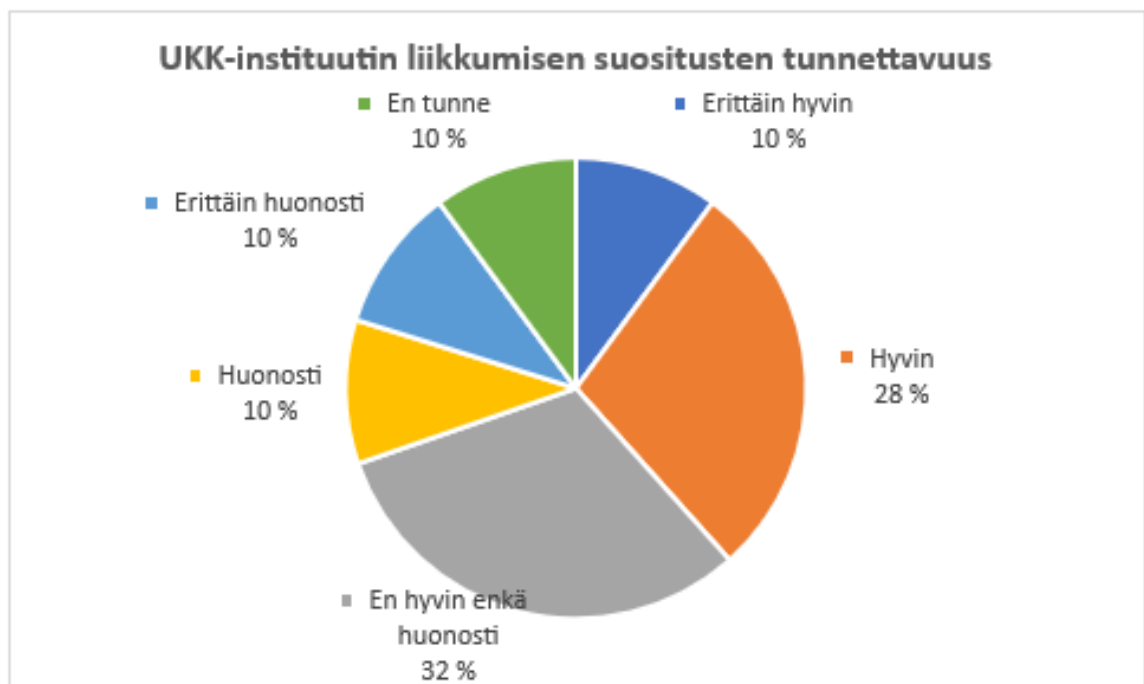
#### 6.2.4 Liikunta

Liikunnan merkityksen ottaa puheeksi 38 % (n=11) hoitotyöntekijöistä jokaisella tapaamiskerralla ja 35 % (n=10) useimmilla tapaamiskerroilla. Satunnaisesti asian ottaa puheeksi neljäsosa (n=7) ja vain yksi vastaajista ei milloinkaan. Mahdollista liikkumattomuuden määrää ja sen syitä kartoitetaan lähes yhtä usein kuin otetaan liikunnan merkityskin puheeksi, kuten kuvio 13 osoittaa.



Kuvio 13. Liikunnan merkityksen ja liikkumattomuuden puheeksi otto vastaanotolla

Kolmasosa vastaajista (n=9) tuntee huonosti, erittäin huonosti tai ei ollenkaan UKK-instituutin laatimat liikkumisen suositukset (Kuvio 14). Hoitotyöntekijöistä 10 % (n=3) tuntee suositukset erittäin hyvin, 28 % (n=8) hyvin ja 31 % (n=9) vastaa vaihtoehdon “ei hyvin eikä huonosti”.

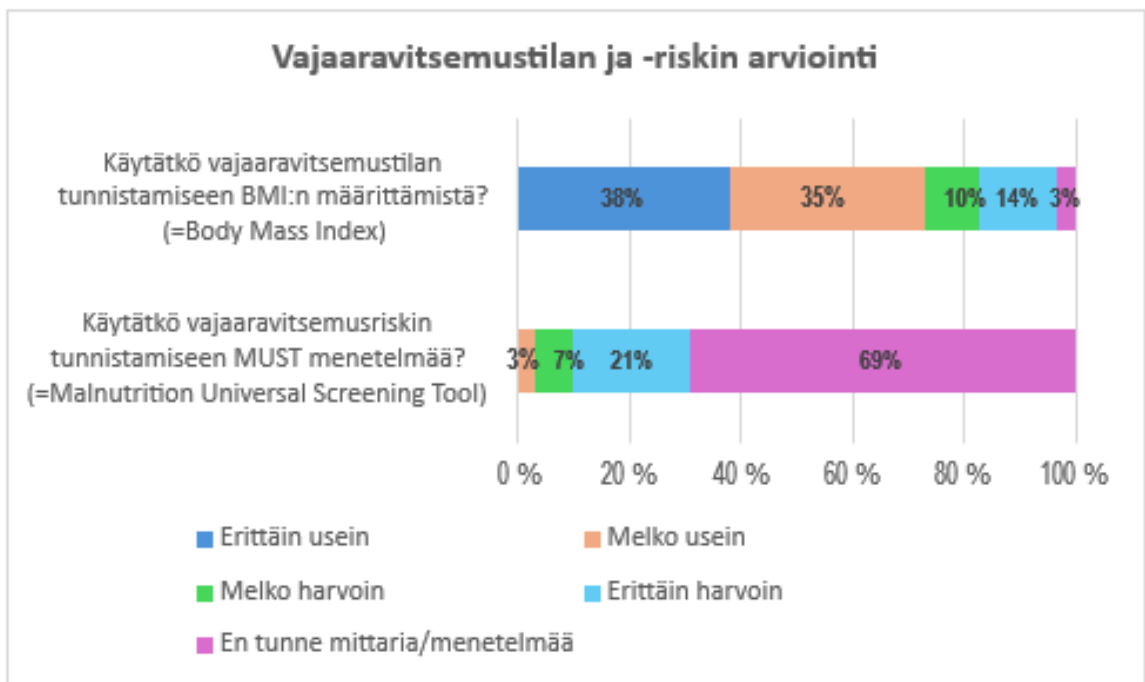


Kuvio 14. UKK-instituutin liikkumisen suositusten tunnettavuus vastaajien arvioimana

Hoitotyöntekijöiltä selvitettiin myös, millainen mahdollisuus heillä on yhteistyöhön fysioterapeutin kanssa, jos keuhkohtaumatautia sairastavan fyysinen toimintakyky on huono. Noin puolet vastaa, että he voivat konsultoida (n=13) fysioterapeuttia tai varata ajan suoraan (n=15) ja melkein kolmannes (n=8) kertoo että ohjaus fysioterapiaan tapahtuu lääkärin kautta. Muutamat vastaavat, että voivat tehdä lähetteen (n=2) fysioterapeutille, mahdollisuutta ei ole (n=1) tai eivät tiedä siitä (n=2).

### 6.2.5 Ravitsemus

Keuhkohtaumatautia sairastavan ravitsemustilaa arvioidaan enimmäkseen satunnaisilla tapaamiskerroilla (58 %, n=17). Jokaisella tapaamiskerralla ravitsemustilaa kertoo arvioivansa 14 % (n=4) vastaajista sekä useimmilla kerroilla 21 % (n=6). Pieni osa (n=2) ei kiinnittänyt asiaan huomiota milloinkaan. Vajaaravitsemuksen tilan kartoittamisessa selvästi tunnetumpi mittari on BMI (Body Mass Index), jota käyttää erittäin tai melko usein 73 % (n=21) vastaajista. MUST menetelmää (Malnutrition Universal Screening Tool) vastaavasti ei tunne 69 % (n=20) vastaajista. Mittareiden käyttö esitellään kuviossa 15.

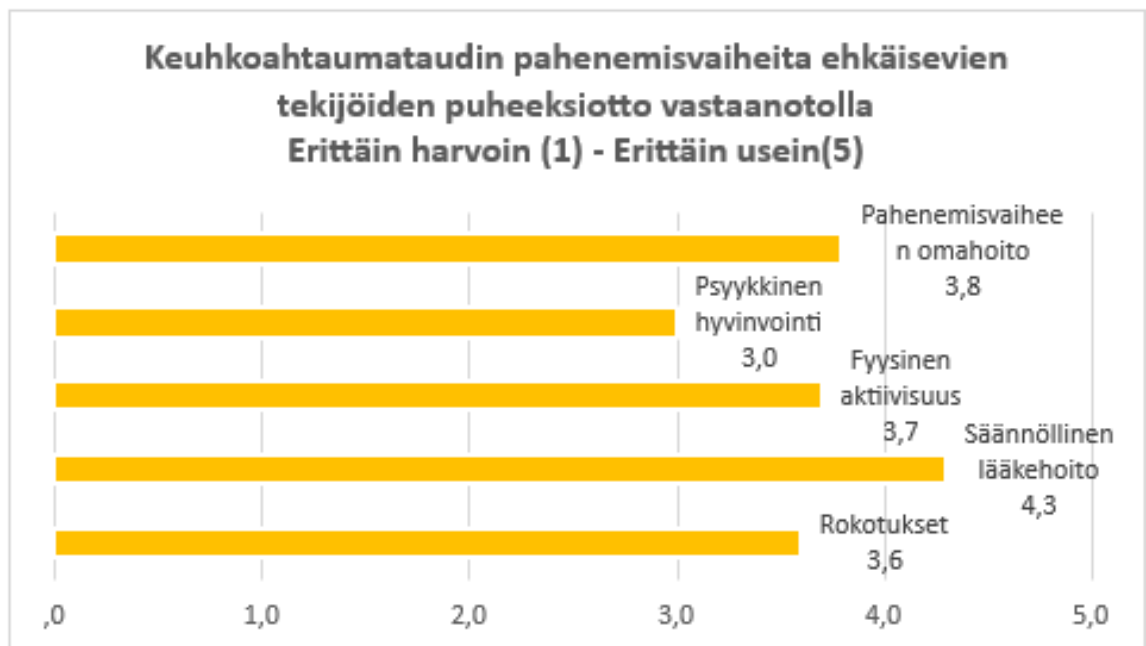


Kuvio 15. Vajaaravitsemustilan ja -riskin arviointi vastaanotolla

Jos keuhkohtaumatautia sairastavan ravitsemustila osoittautuu huonoksi, niin neljäsosa (n=7) vastaa, että ohjaus ravitsemusterapiaan tapahtuu lääkärin kautta. Hoitotyöntekijöistä 31 % (n=9) pystyy tekemään lähetteen, 14 % (n=4) pystyy konsultoimaan ja 17 % pystyy (n=5) varaamaan ajan itse ravitsemusterapeutille. Loput vastaavat, ettei mahdollisuutta yhteistyöhön ole (14 %, n=4) tai he eivät tiedä siitä (14 %, n=4).

#### 6.2.6 Sairauden pahenemisvaiheen ehkäisy

Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen oireiden tunnistamisesta keskustelee potilaan kanssa jokaisella tapaamisella 45 % (n=13) vastanneista, useimmilla tapaamisilla 31 % (n=9), satunnaisesti 17 % (n=5) ja 7 % (n=2) ei milloinkaan. Kuviossa 16 tarkastellaan, miten usein pahenemisvaiheen ehkäisevistä tekijöistä keskustellaan potilaan kanssa. Erittäin usein keskustellaan säännöllisestä lääkehoidosta (ka 4,3) ja vähiten psyykkisestä hyvinvoinnista (ka 3,0). (Kuvio 16.)



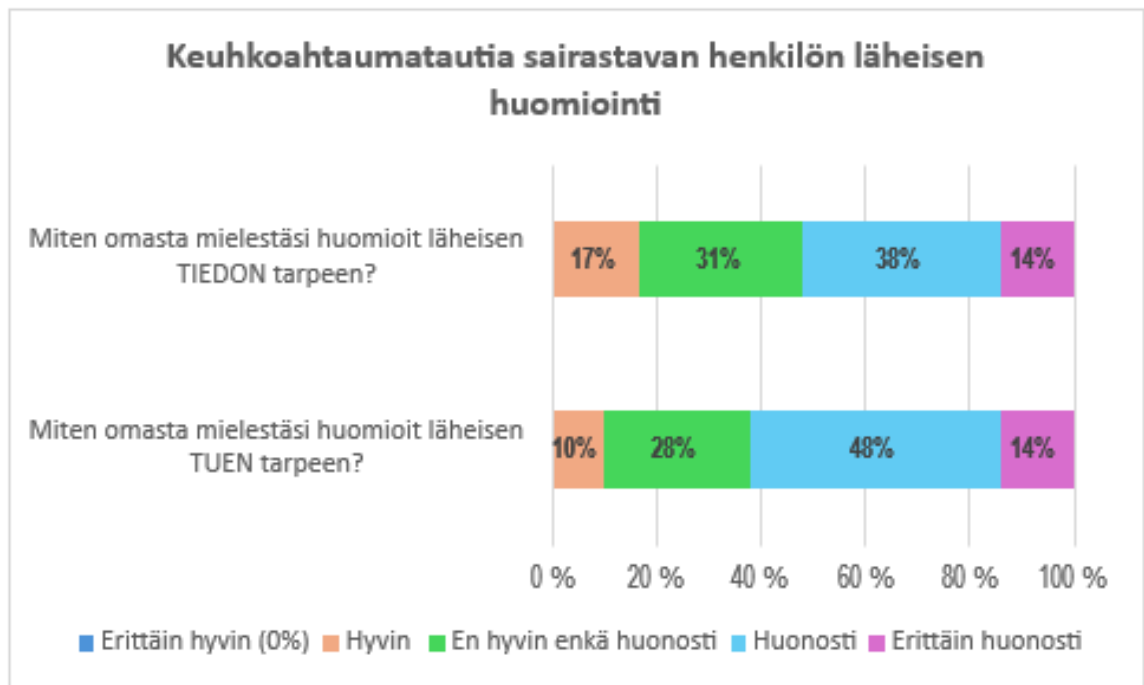
Kuvio 16. Keskiarvo siitä, miten usein keuhkohtaumatautia sairastavan kanssa keskustellaan pahenemisvaiheita ehkäisevistä tekijöistä

#### 6.2.7 Läheisen tiedon ja tuen tarpeet

Keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön läheisen tiedon ja tuen tarpeet tulisi myös huomioida ohjauksessa. Vastaajista valtaosa, 83 % (n=24) vastaa, että

keuhkohtaumatautia sairastavan läheinen on vastaanotolla mukana vain harvoin tai erittäin harvoin. Vastaajista 14 % (n=4) kertoo “ei harvoin eikä usein” ja 3 % (n=3) on sitä mieltä, että läheinen on usein vastaanotolla mukana.

Kukaan vastaajista ei koe, että huomioisi sairastuneen läheisen tarpeita erittäin hyvin. Vähän paremmin koetaan tiedon tarpeen huomiointi kuin tuen tarpeen huomiointi, kuten kuvio 17 osoittaa. Kolmannes vastaajista on neutraalilla kannalla eikä koe huomioivansa läheisiä hyvin tai huonosti. Vain 10-17 % (n=3–5) hoitotyöntekijöistä kokee huomioivansa läheistä näillä osa-alueilla hyvin ja yli puolet (n=15–18) huonosti tai erittäin huonosti.



Kuvio 17. Keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön läheisen huomiointi vastaanotolla (vastaajan mielipide)

### 6.3 Vastaajien sanallista pohdintaa

Kyselyssä oli lopuksi mahdollisuus tuoda esiin mitä vain aiheeseen liittyvää.

Nämä vastaukset osoittavat epävarmuutta omasta osaamisesta:

”Olen todella huonosti ohjattu tähän asiaan, tulisi tutustua tarkemmin keuhkohtaumatautiin.”

”Toivottavasti lyhyt tiivistelmä hotus- suosituksesta löytyisi käyttöni.”

Eräs vastaajista tuo esiin huolen ammattilaisten kiinnostuksesta näyttöön perustuvaa hoitotyötä kohtaan:

”Surullista ettei näyttöön perustuva hoitotyö kiinnosta sairaanhoitajia, esim. Käypä hoito -suosituksia ei lueta eikä tunneta.”

Yksi kommentteista osoitti myös pelkoa potilaiden tulevaisuudesta ja hoitotyön kuormituksesta:

”COPD-potilaat ovat koronan jälkeen jääneet huonolle hoidolle, tämä tulee näky-mään lähivuosina lisääntyvinä hoitopäivinä.”

Muutama vastaaja koki, että aikaa, resursseja ja koulutusta on vähäisesti:

”Tulevaisuudessa terveysasemallamme pyritään malliin, jossa kaikki sh:t/th:t pitämään kaikkien sairausryhmien vastaanottoja. Tämä heikentänee näyttöön perustuvuutta, sillä koulutusta vähän tarjolla.”

”Tietoa on vähän ja aikaa tiedon hankkimiseen vähän työajan puitteissa, henkilökuntapula.”

”Suurin osa tietämyksestäni on peräisin työkokemuksesta erikoissairaanhoidon keuhko-osastolta, jossa hoidettiin paljon keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheita.”

## 7 POHDINTA

### 7.1 Keskeisten tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

*Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa* on tunnetuin keuhkohtaumatautia koskevista suosituksista, sillä 52 % vastaajista tuntee sen erittäin hyvin. Liki kaikki hoitotyöntekijät (96 %) keskustelevat potilaan kanssa savuttomuudesta ja tupakoinnin lopettamisesta joka tapaamiskerralla tai ainakin lähes jokaisella tapaamiskerralla. Tupakoivien henkilöiden kanssa keskustellaan motivaatiosta lopettamiseen, tupakoinnin vaikutuksesta sairauden pahenemiseen ja lääkehoidosta lopettamisen tukena kiitettävän usein. Tältä osin voidaan todeta, että potilaan hoidon ohjaus savuttomuuden osalta on Hotus-hoitosuosituksen mukaista. Vastauksista selviää, että vain 10 %:lla hoitotyöntekijöistä on työyksikössään yhtenäinen toimintamalli tupakoimattomuuden tueksi ja tämän perusteella voidaan todeta, että organisaation tasolla yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä on vielä tekemistä. Aiemman kirjallisuuden sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (2023) tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän mukaan hoitajien tulee hyvinvointialueilla saada savuttomuuden tukemiseen riittävästi koulutusta ja yhtenäinen toimintamalli pitäisi olla käytettävissä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyöntekijät itse kokevat, että heillä on osaamista savuttomuuden tukemisessa ja heidän mielestään myös työyksikön ohjeet tukevat potilasohjausta, mutta koulutuksen osuus oli heikompaa.

Keuhkohtaumataudin nykyisistä sairauden oireista keskustellaan potilaiden kanssa hyvin, sillä valtaosa hoitotyöntekijöistä ottaa aiheen puheeksi joka tapaamisella tai vähintään useimmilla tapaamiskerroilla. Sairauden oireita voidaan selvittää keskustelun lisäksi myös mittareilla. Keuhkohtaumatautia sairastavan sairauden oireita kartoittava CAT-testi tunnetaan hyvin ja sitä käyttää työssään 69 % vastaajista. Hengenahdistuksen arviointiin käytettävää mMCR-testiä ei tunne 79 % vastaajista. Näiden testien käyttöä suositellaan Hotus-hoitosuosituksessa. Samassa hoitosuosituksen osassa ohjataan kartoittamaan potilaan kanssa hänen psyykkisen hyvinvoinnin tilaansa. (Hotus-hoitosuositus 2018.) Arvio psyykkisestä hyvinvoinnista toteutuu huonommin kuin sairauden oireista keskustelu. BDI-21 masennusseulaa käytetään tyypillisesti vain satunnaisesti ja ahdistuneisuuden GAD-7-mittaria vielä vähän vähemmän. *Sairauden oireet ja psyykinen*

*hyvinvointi* Hotus-hoitosuosituksen tunki 48 % vastaajista erittäin hyvin tai hyvin. Kuitenkin psyykinen hyvinvointi jää heikolle huomiolle, kuten Siltanen ym. (2020) tutkimuksessaan myös totesivat.

Vastaajista vain reilu neljäsosa tarkistaa inhalaatiolääkkeiden ottotekniikkaa jokaisella tapaamiskerralla ja 34 % useimmilla kerroilla. Muutamat hoitotyöntekijät eivät tarkista tekniikkaa milloinkaan. Samaan aikaan he arvioivat oman osaamisensa lääkkeiden inhalaatiotekniikoissa korkeaksi, sillä keskiarvo oli melkein 4 asteikolla 0–5. Hotus-hoitosuosituksen (2018) mukaan lääkkeiden inhalaatiotekniikkaa pitää tarkistaa potilaalta jokaisella hoitokäynnillä. Kansainvälisesti on tiedossa, että inhalaattoreiden käyttö ei ole oikeaoppista ja iso osa potilaista ei osaa käyttää inhalaattoriaan oikein (GOLD 2024b). Tämä on mainittu myös Suomalaisessa keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksessa. Vain 41 %:lla hoitotyöntekijöistä on työyksikössä käytössä yhtenäinen ohjausrunko keuhkohtaumatautia sairastavan ohjaukseen, joten toteutuisiko inhalaatiotekniikoiden tarkistaminen useammin, jos yhtenäinen runko olisi käytössä. Keskustelu lääkkeiden säännöllisestä käytöstä toteutuu kiitettävästi, sillä 75 % ottaa asian esiin jokaisella tapaamisella ja 14 % usein. Uusien lääkkeiden aloituksen yhteydessä potilasta sitoutetaan omaan hoitoonsa kertomalla lääkityksen haitoista ja hyödyistä – ohjaus tältä osin toteutuu yli puolessa tapauksista joka kerta. Pieni osa (10 %) kokee, että ohjaus kuuluu paremminkin lääkärille, farmaseutille tai COPD-hoitajalle.

Tämä tutkimus osoittaa, että hoitotyöntekijät ottivat liikunnan merkityksen puheeksi potilaiden kanssa melko hyvin, sillä kolme neljäsosaa ottaa aiheen esiin jokaisella tapaamiskerralla tai ainakin useimmilla tapaamiskerroilla. Sandelowskyn ym. (2019) tutkimuksen mukaan keuhkohtaumatautia sairastavat tarvitsivat kohtalaisesti tietoa liikunnasta. UKK-liikkumisen suositukset voitaisiin tuntea paremminkin, sillä vain 38 % vastaajista tuntee ne hyvin tai erittäin hyvin. UKK-instituutti saa rahoitustaan muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriöltä ja se tuottaa tutkittua tietoa ja levittää kustannusvaikuttavia toimintamalleja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön, jotta kansalaiset pysyvät fyysisesti toimintakykyisinä. (UKK-instituutti 2024.) Vastaajista puolet pystyy varaamaan potilaalle aikaa fysioterapiaan tai konsultoimaan fysioterapeuttia, jos hänen fyysinen toimintaky-

kynsä oli huono. Herää kysymys, miksi kaikki hoitotyöntekijät eivät voi ohjata potilasta eteenpäin, vaikka kirjallisuuden mukaan liikunnallinen keuhkokuntoutus parantaa potilaan suorituskykyä ja vähentää oireita (Katajisto & Laitinen 2021, 492–496).

Reilu puolet vastaajista arvioi keuhkohtaumatautia sairastavan kanssa ravitsemustilaa vain satunnaisilla vastaanottokäynneillä. BMI-mittari tunnetaan hyvin ja sitä käyttää kolme neljäsosaa vastaajista erittäin tai melko usein. Ravitsemustilan seulonnan tulisi olla jokaisella tapaamisella esiin otettava aihe, sillä huono ravitsemustila vaikuttaa moneen asiaan: lihasmassa- ja voima vähenevät, hengityslihasten voima vähenee, sydämen pumppausteho heikkenee, anemian riski kasvaa ja toimintakyky heikkenee (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2023b). Jopa neljäsosa vastaa, ettei ole mahdollisuutta ohjata potilasta ravitsemusterapeutille tai ei tiedä mahdollisuudesta. Kolmasosa vastaajista pystyy tekemään lähetteen ravitsemusterapeutille, neljäsosa kertoo, että ohjaus tapahtuu lääkärin kautta.

Potilasta ohjataan pahenemisvaiheen omahoidossa tutkimuksen mukaan hyvin, kuten myös säännöllisestä lääkehoidosta puhutaan kiitettävästi. Pahenemisvaiheen oireiden tunnistaminen otetaan puheeksi jokaisella tai useimmalla tapaamisella 76 %:lla käynneistä. Pahenemisvaiheita ehkäisevistä tekijöistä puhuttaessa huomioidaan jälleen heikoiten potilaan psyykinen hyvinvointi. Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheiden esiintymiseen pystyy potilas itse vaikuttamaan. Sanotaan, että puolet pahenemisvaiheista saattaa johtua virusinfektioista, joten on tärkeää ottaa ennaltaehkäisevät rokotukset. Näitä suositellaan potilaalle hyvin. Samaten potilaan tulisi tunnistaa pahenemisvaiheen oireet, jotta hän osaa muuttaa lääkitystään ohjeiden mukaan. Avaavien lääkkeiden lisääminen, limaisuuden helpottaminen ja mahdollinen antibioottikuuri saattavat ehkäistä päivystykseen joutumisen. (Harju & Katajisto 2021, 140–141.) Gutiérrez Villegas ym. (2021) toivat myös tutkimuksessaan esiin, että pahenemisvaiheita tulisi välttää, sillä sairaalahoitoiset tilanteet aiheuttavat suuria kustannuksia.

Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että useimmiten (83 %) läheinen ei ole asiakkaan mukana vastaanotolla. Puolet hoitotyöntekijöistä vastaa, ettei osaa huomioida läheisen tiedon ja tuen tarvetta. Kolmasosa vastasi ”en hyvin enkä huonosti”,

vähemmistö kertoi olevansa hyvä siinä. Voi olla, että vastaajien mielestä oli vaikeaa arvioida tätä, koska läheinen on niin harvoin mukana vastaanotolla. *Läheisen tiedon ja tuen tarpeet* Hotus-hoitosuositus myös tunnettiin kaikista huonoiten tästä hoitosuosituskokonaisuudesta. Keuhkohtaumatautia sairastavan läheinenkin on tarpeellista huomioida pitkäaikaissairaana rinnalla. Sairastavan henkilön oireet saattavat saada läheisen tuntemaan avuttomuutta tai pelkoa. Läheinen voi myös kuormittua vastuunkannosta, jos huolehtii toisen asioista. (Hotus-hoitosuositus 2018.) Läheinen henkilö voisi olla hyvä toivottaa erikseen tervetulleeksi vastaanotolle, edes osaksi aikaa. Kun läheiselläkin on tietoa sairaudesta, niin hän voi positiivisesti vaikuttaa sairastuneen motivaatioon omahoidossa.

**Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että Hotus-hoitosuosituskokonaisuus ”Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt” toteutuu terveysasemien avovastaanotoilla tämän tutkimuksen perusteella vaihtelevasti.** Parhaiten suosituksen mukaisesti potilasta ohjataan savuttomuudessa, myös lääkkeiden käytöstä keskustellaan hyvin, mutta erittäin tärkeä osa eli inhalaatiolääkkeiden ottotekniikan tarkistaminen toteutuu liian harvoin. Sairausten oireiden, mielialan ja vajaaravitsemuksen mittareiden käyttö voisi olla runsaampaa. Liikunnasta keskustellaan hyvin. Sairastavan läheiset tulisi myös ottaa useammin hoitoon mukaan. Lähtökohta on se, että jos keuhkohtaumatautia sairastavaa tavataan vain vuosittain tai harvemmin, niin kaikkia näitä seitsemää hoitosuosituksen kokonaisuutta tulisi tarkastella ja arvioida jokaisella vastaanotolla. Yhtenäisen näyttöön perustuvan toimintamallin mukaisesti potilasta ohjattaessa nämä kaikki osa-alueet tulisivat huomioitua. Mallin luomiseen voisi hyödyntää Hotuksen kehittämää FinYHKÄ-toimintamallia. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2024a.)

**Tämän tutkimuksen perusteella havaittiin, että hoitosuositusten käyttöönottoa tukevia rakenteita on olemassa terveysasemien avovastaanotoilla, mutta havaittiin myös estäviä tekijöitä.** Näytön käyttöönottoa parhaiten tukeva tekijä on hoitotyöntekijöiden oma kiinnostuneisuus näyttöön perustuvaan potilasohjaukseen, tämä ilmenee monien kysymysten vastauksista. Vastaajat ovat itse kiinnostuneita näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta. Koetaan myös, että kollegat ovat kiinnostuneita, mutta esihenkilötasolla kiinnostus vähenee eivätkä kaikki osaa vastata kiinnostaako esihenkilöitä näyttöön perustuva potilasohjaus. Organisaation johdon kiinnostuksen tasosta 36 % ei osannut sanoa mitään.

Lundenin (2022) aiemmat tutkimustulokset osoittivat, että näyttöön perustuva toiminta ei ollut kirjattuna organisaation strategiaan. Tässä tutkimuksessa mukana olleiden hyvinvointialueiden strategioissa kyllä luvattiin hyvää johtamista, joka tukee henkilöstön kehittymistä. Strategioissa yleisesti nostettiin esiin myös, että toiminta perustetaan tutkittuun tietoon, toimintatapoja yhtenäistetään, henkilöstö osallistuu kehittämiseen ja heitä tuetaan kehittymään. (Vantaan ja Keravan hyvinvointialue 2022; Pirkanmaan hyvinvointialue 2024; Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2024; Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue 2024.) Näin ollen organisaatioiden strategioissa on mainintoja näyttöön perustuvasta toiminnasta.

Vastaajilta kysyttiin myös miten tärkeänä he kokevat, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa ja kiistattomasti voidaan todeta sen olevan äärimmäisen tärkeää, sillä vastausten mediaani on 9 asteikolla 1–10. Positiivista edelleen on se, että tuloksista nähdään lääketieteellisten Duodecim Käypä hoito -suositusten tunnettuus. Sen lisäksi, että niihin perehdytään itsenäisesti, niin niitä käytetään ja koulutetaan työssä. Tämäkin osoittaa sen, että näyttöön perustuvasta tiedosta ollaan kiinnostuneita. Hoitotieteellisten Hotus-hoitosuositusten käyttö ja niihin perehtyminen tosin on selvästi vähäisempää, joten hoitotyön kannalta tärkeää olisi saada nämä tunnetummaksi. Correean ym (2020) metakatsauksessa havaittiin myös tärkeänä tukirakenteena henkilökunnan positiivinen asenne näyttöä kohtaan.

Korostunut hoitosuositusten käyttöönottoa estävä tekijä oli ajan puute, sillä kolme neljäosaa ilmoittaa aikaa kehittämiseen olevan erittäin vähän tai vähän. Myös avoimissa vastauksissa tämä tuodaan ilmi. Epäselvää on myös se, kuka vastaa näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä, sillä hyvinvointialueen johdon tai esihenkilön roolia ei nähty kovin vahvana siinä. Lundenin (2022) tutkimustulokset osoittivat myös, ettei esihenkilön rooli ollut tarpeeksi vahva. Correa ym. (2020) taas havaitsivat saman kuin näissä tuloksissa: implementoinnin työnjako on oltava selvää ja aikaa sekä koulutusta pitää olla riittävästi. Tulosten mukaan työyksiköissä ei pääsääntöisesti työskennellyt kliinistä asiantuntijaa kehittämistyössä tai kouluttamassa eikä hoitosuositusten sisältöjä kovin paljon käsitelty koulutuksessa tai osastotunnilla vaan itsenäisesti lukemalla. Työyksiköissä ylipäätään koettiin, että saatu koulutus tuki vähiten näyttöön perustuvaa potilasohjausta, yksi-

kön ohjeiden ja oman ohjausosaamisen rinnalla. Alle puolella vastaajista oli käytössä yhtenäinen ohjausrunko keuhkohtaumatautia sairastavan ohjaukseen ja vain 10 %:lla sellainen oli käytössä tupakoinnin lopettamisen ohjaamisen tueksi. Tämä osoittaa, että tarvitaan lisää näyttöön perustuvien hoitosuosituksen implementointia käytäntöön, muuten käytännöt vaihtelevat tarpeettomasti. Kun näytön käyttöönottoa estäviä tekijöitä on tunnistettu, niin ne on mahdollista kääntää tukkeiksi rakenteiksi. FinAME -asiantuntijuusmallin käyttäminen tukisi näyttöön perustuvan toiminnan roolien ja tehtävien määrittelyä (Tuomikoski ym 2023).

## 7.2 Eettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on noudatettu eettisiä periaatteita. Ennen kyselytutkimuksen suorittamista tutkimusluvut hankittiin asianmukaisesti hyvinvointialueilta ja henkilötietojen käsittelystä laadittiin tietosuojailmoitus. Kyselylomakkeen laadinnassa kiinnitettiin huomiota riittävään informaatioon tutkimukseen osallistuville muun muassa tutkimuksen aiheesta, tulosten hyödynnettävyydestä, henkilötietojen käsittelystä ja tutkimuksen vapaaehtoisuudesta. Tutkimukseen osallistuminen oli mahdollista myös keskeyttää tutkittavan niin halutessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 13.)

Tulosten raportoinnissa on huolehdittu vastaajien anonymiteetistä, siten ettei yksittäistä henkilöä voida tunnistaa. Tutkittavista ei ole paljastettu täsmällisiä tietoja esimerkiksi liittyen työrooliin ja asuinalueeseen, sillä niistä hänet olisi ollut mahdollista tunnistaa. Aineiston säilyttäminen ja käsittely on tapahtunut siten, että vain opinnäytetyöntekijällä on ollut pääsy materiaaliin. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki tutkimusmateriaali hävitetään. (Kuula-Luumi 2018; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 11–13.)

Opinnäytetyössä käytettävät lähteet on valittu siten, että ne ovat luotettavia ja laadukkaita. Lähteet ovat pari poikkeusta lukuun ottamatta tuoreita, alle 10 vuotta vanhoja ja lähteenä on käytetty myös kansainvälistä tutkimusaineistoa. Muiden kirjoittamiin teksteihin on viitattu asianmukaisesti, eikä niitä ole esitetty opinnäytetyöntekijän omina tuotoksina. (Vilkkä 2021a, 120–122.)

### 7.3 Luotettavuuden tarkastelu

Kuten jo aiemmin on mainittu, niin epäonnistunut kyselylomake voi pilata tutkimuksen (Heikkilä 2014a, 45–47.) Hirsjärven ym. (2009, 195, 231–233) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava myös se, ettei kyselytutkimuksessa voida tietää ovatko vastaajat vastanneet rehellisesti tai paneutuneet kysymyksiin tarkasti. Ei ole myöskään mahdollista tietää onko kysymysten ymmärtämisessä tai vastausvaihtoehdoissa tapahtunut väärinymmärryksiä. Jos lomakkeen kysymykset ovat epäselviä, sen validiteetti on huono, sillä silloin se antaa epäpäteviä vastauksia. Näitä väärinymmärryksiä kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu ja muun muassa esitestaus on pyrkinyt poistamaan. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen tulokset ovat toistettavissa eli tutkimuksen reliaabelius on kunnossa. Jos sama vastaaja vastaa kyselylomakkeeseen uudelleen ja tulokset ovat samanlaisia alkuperäisen tutkimuksen kanssa, voidaan sanoa, että tutkimuksen reliaabelius on korkea. Vehkalahden (2014, 48) mukaan tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa se, että kyselylomakkeen kysymykset luotiin yksiselitteisiksi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2023, 12, 16–18) määrittelee hyvän tieteellisen käytännön muodostuvan siitä, että tutkimuksen tekijä huolehtii menetelmien ja analyysin luotettavuudesta. Tutkijan on oltava kaikissa tutkimuksen vaiheissa rehellinen ja hän osoittaa arvostavansa kollegoita ja kokonaisuutta. Tutkija tuntee vastuunsa aiheen valinnassa, toteutuksessa ja huomioi tutkimuksen julkaisun vaikutukset. Tieteellisen käytännön vastaista toimintaa ovat vilppi sekä piittaamattomuus. Tutkija ei saa käyttää vilppiä eli keksiä asioita tutkimukseen, vääristellä tuloksia tai käyttää toisten töitä viittaamatta niihin. Jos tutkija ei hae tarvittavia tutkimuslupia tai säilyttää tutkimusmateriaalia huolimattomasti, hän syyllistyy piittaamattomuuteen. Tämän tutkimuksen osalta voidaan todeta, että opinnäytetyön tekijä on noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä, sillä tuloksia on käsitelty luotettavasti, eikä tietoja ole vääristely. Edellytetyt tutkimusluvut on hankittu ja aineistoon ei ole päässyt käsiksi ulkopuolisia henkilöitä. Nämä tekijät vahvistavat tutkimuksen luotettavuutta.

Tiedonkeruussa ei voida olla varmoja, että kysely tavoitti kaikkia kohdehenkilöitä. Opinnäytetyöntekijä asioi jokaisella hyvinvointialueella yhdyshenkilön kautta,

joka jakoi tutkimukseen liittyvää materiaalia usealle eri vastuualuehenkilölle terveysasemille ja sieltä materiaali jaettiin edelleen henkilöstölle. Vähäinen kyselyn avaamismäärä voi kertoa siitä, että kyselyn jakaminen vastaajille ei ole toteutunut. Se voi kertoa myös siitä, että vastaajille tulee liikaa kyselyitä vastattavaksi (Vehkalahti 2014, 48). Voi myös olla, että vastaajat eivät ole kokeneet olevansa kohderyhmää, vaikka kyselyn alkuosa oli koko kohdejoukolle suunnattu. Todettakoon myös, että kysely oli pitkä (17 sivua), joten se on voinut karkottaa vastaajia. Vaikkakin sivuja oli 17, niin kysymykset olivat nopeasti vastattavia monivalintakysymyksiä. Keravan ja Vantaan hyvinvointialueella kävi ilmi, että siellä (Vantaalla) oli samaan aikaan käynnistynyt terveysasemien omatiimimalli, joten terveysasemat olivat suuressa muutoksessa ja henkilöstö siksi kuormittunutta.

Tuloksia tarkastellessa ja johtopäätöksiä tehdessä pitää huomioida, että kyselyn ensimmäiseen osioon vastasi 44 hoitotyöntekijää ja toiseen osioon 29 hoitotyöntekijää, jotka ohjasivat keuhkohtaumatautipotilaita. Kysely lähetettiin noin 1210 hoitotyöntekijälle vastattavaksi ja vastausprosentti näin ollen oli 3,6. Tuloksia ei voida yleistää koko joukkoa koskeviksi.

#### 7.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämiskohteet

Jatkossa toteuttaisin tämän tutkimuksen uudelleen kohdistamalla kyselyn suoraan heille, jotka ohjaavat keuhkohtaumatautia sairastavia. Tällöin vastaajien kiinnostus kyselyyn vastaamiseen voisi olla parempi. Nyt toteutetussa kyselyssä jää epäselväksi kuinka paljon juuri tätä kohderyhmää jäi tavoittamatta. Hyvinvointialueilta olisi voinut etukäteen selvittää keuhkohtaumatautia ohjaavien määrää tiedustelemalla millaisella toimintamallilla kullakin alueella keuhkohtaumatautia sairastavia ohjataan.

Tämän tutkimuksen jälkeen herää ajatus siitä, että muidenkin Hotushoitosuositusten juurtumista käytäntöön voidaan tutkia vastaavalla tavalla kyselylomakkeella. Hyvinvointialueiden pitää käyttää vaikuttavia menetelmiä ja yhtenäisiä käytäntöjä hyvinvoinnin ja terveydenedistämässä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024.) Jos työyksiköissä ei tutkita onko toiminta näyttöön perustuvaa, sen toteutumisesta ei voida olla varmoja.

Yhtenä kehittämisajatuksena olisi se, voitaisiinko kaikkiin Hotus-hoitosuosituksiin jatkossa kehittää valmiiksi Karman ym (1995) kuvaamia seurattavia laatuksiteereitä. Laatuksiteerien olemassaolo helpottaisi sitä, että potilastietojärjestelmiin voitaisiin luoda rakenteita, joiden kautta saataisiin tilastoitua suoraan niiden toteutumista käytännön työssä. Laatuksiteerinä voisi olla vaikkapa inhalaatiolääkkeiden ottotekniikan tarkistaminen. Kriteerin mukainen toiminta kirjattaisiin rakenteisesti, jolloin saataisiin jatkossa hyödynnettyä dataa tämän toteutumisesta.

Hoitotieteellisten Hotus-hoitosuositusten tunnettavuutta tulee myös lisätä, mutta mitä olisi se toiminta, jolla tietoisuus ja suositusten käyttö lisääntyisi hyvinvointialueilla? Yhtenä ajatuksena olisi esimerkiksi hoitotyön opiskelijoiden hyödyntäminen hoitosuositusten ja näyttövinkkien levittäjänä harjoittelujaksoilla.

## LÄHTEET

Backman, H., Vanfleteren, L., Lindberg, A., Ekerljung, L., Stridsman, C., Axelson, M., Nilsson, U., Nwaru, B., Sawalha, S., Eriksson, B., Hedman, L., Rådinger, M., Jansson, S., Ullman, A., Kankaanranta, H., Lötvall, J., Rönmark, E. & Lundbäck B. 2020. Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. *Respiratory research* 2020-10, Vol.21 (1), p.283-12, Article 283 Viitattu 21.11.2024 doi: 10.1186/s12931-020-01536-4.

Correa, V., Lugo-Aguledo, L., Aguirre-Acevedo, D., Contreas, J., Borrero, A., Patiéo-Lugo, D. & Valencia, D. 2020. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health research policy and systems* 2020–06, Vol.18 (1), p.1–74, Article 74. Viitattu 27.10.2024 DOI 10.1186/s12961-020-00588-8.

Duodecim Käypä hoito 2022. Käypä hoito. Viitattu 27.5.2023 <https://www.kaypahoito.fi/kaypa-hoito>.

– 2023. Suositukset. Viitattu 27.5.2023 <https://www.kaypahoito.fi/suositukset>.

Duodecim terveystietä. 2022. Fysioterapiasuositukset ja hyvä fysioterapiakäytäntö. Viitattu 28.5.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/sfs?toc=900>.

Filha 2021. Keuhkohtaumatauti (COPD). Viitattu 6.10.2024 <https://www.filha.fi/keuhkohtaumatauti-copd/>.

GOLD (=Global Initiative for chronic obstructive lung disease) 2024a. Pocket guide to COPD. Diagnosis, management, and prevention. A Guide for Health Care Professionals. Viitattu 17.9.2024 [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/02/POCKET-GUIDE-GOLD-2024-ver-1.2-11Jan2024\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/02/POCKET-GUIDE-GOLD-2024-ver-1.2-11Jan2024_WMV.pdf).

– 2024b. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 report). Viitattu 27.10.2024 [file:///C:/Users/heidi/Downloads/GOLD-2024\\_v1.2-11Jan24\\_WMV-1.pdf](file:///C:/Users/heidi/Downloads/GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV-1.pdf)

Gutiérrez Villegas, C., Paz-Zulueta, M., Herrero-Montes, M., Parás-Bravo, P. & Madrazo Pérez, M. 2021. Cost analysis of Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD): A systematic review. Viitattu 6.10.2024 <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00329-9>.

Harju, T & Katajisto, M. 2021. Keuhkohtaumatauti. Teoksessa R. Kaarteenaho, M. Halme, H. Koskela & T. Saaresranta (toim.) Keuhkosairaudet. Diagnostiikka ja hoito. Kustannus Oy Duodecim, 131–144.

Heikkilä, T. 2014a. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

– 2014b. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 7.5.2023 <http://tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19.uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2021. Hoitotyön tutkimussäätiön strategia vuosille 2022–2025. Viitattu 27.5.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2021/09/strategia-2022-2025.pdf>.

– 2023. Hoitotyön sähköinen päätöksentuki. Viitattu 29.5.2023 [https://www.hotus.fi/hoitotyon-sahkoinen-paatoksen-tuki/?\\_gl=1\\*6nvazv\\*\\_up\\*MQ..\\*\\_ga\\*ODI5MDE3MzI3LjE2ODUzODUwNTM.\\*\\_ga\\_TH4NY866ZK\\*MTY4NTM4NTA1My4xLjAuMTY4NTM4NTA1My4wLjAuMA..](https://www.hotus.fi/hoitotyon-sahkoinen-paatoksen-tuki/?_gl=1*6nvazv*_up*MQ..*_ga*ODI5MDE3MzI3LjE2ODUzODUwNTM.*_ga_TH4NY866ZK*MTY4NTM4NTA1My4xLjAuMTY4NTM4NTA1My4wLjAuMA..)

– 2024a. FinYHKÄ -toimintamalli ja käsikirja toimintamallin käyttöönottoon. Viitattu 3.10.2024 <https://hotus.fi/finyhka-toimintamalli-kasikirja-toimintamallin-kayttoonottoon/>

– 2024b. Hotus-hoitosuositus. Viitattu 18.9.2024 <https://hotus.fi/hoitosuositukset/>.

– 2024c. Näyttövinkki. Viitattu 18.9.2024 <https://hotus.fi/nayttovinkit/>.

– 2024d. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Viitattu 6.11.2024 <https://hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>.

– 2024e. Päättyneet hankkeet. Hoitotyön sähköinen päätöksentuki 2020. Viitattu 6.10.2024 <https://hotus.fi/tutkimusnaytto-kayttoon/hankkeet/>.

Holmström, P., Korhonen, L., Kuusisto, M., Lätti, A., Rintamäki, R. & Tauriainen, M-M. 2022. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy

Honkanen, M., Jousimaa J., Komulainen J., Kunnamo I. & Sipilä, R. 2019. Vältä viisaasti -suositukset. Duodecimin hoitosuositustyöryhmien käsikirja. Viitattu 27.5.23 <https://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>.

Hotus-hoitosuositus 2018. Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 7.5.2023 [https://www.hotus.fi/keuhkohtaumatautia-sairastavan-omahoidon-sisallot-hoitosuositus/?\\_gl=1\\*43fto5\\*\\_up\\*MQ..\\*\\_ga\\*MTA2OTk1ODEwNy4xNjgyNjg1MjIz\\*\\_ga\\_TH4NY866ZK\\*MTY4MjY4NTIyMi4xLjAuMTY4MjY4NTIyMi4wLjAuMA..](https://www.hotus.fi/keuhkohtaumatautia-sairastavan-omahoidon-sisallot-hoitosuositus/?_gl=1*43fto5*_up*MQ..*_ga*MTA2OTk1ODEwNy4xNjgyNjg1MjIz*_ga_TH4NY866ZK*MTY4MjY4NTIyMi4xLjAuMTY4MjY4NTIyMi4wLjAuMA..)

Karma, P., Roine, R., Simonen, O. & Isolahti, E. 2015. Näyttöön perustuvien suositusten toteutuminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Noudatetaanko hoitosuosituksia erikoissairaanhoidossa? Viitattu 17.9.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/duo12384>.

Katajisto, M. & Laitinen, T. 2021. Keuhkopotilaan kuntoutus. Teoksessa R. Kaartenaho, M. Halme, H. Koskela & T. Saaresranta (toim.) Keuhkosairaudet. Diagnostiikka ja hoito. Kustannus Oy Duodecim, 492–499.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy

Kuula-Luumi, A. 2018. Turvaa tutkittavan anonymiteetti! Viitattu 1.10.2024 <https://vastuullinentiede.fi/fi/jatkokaytto/turvaa-tutkittavan-anonymiteetti>.

Käypä hoito -suositus 2020. Keuhkohtaumatauti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 28.4.2023 <https://www.kaypahoito.fi/hoi06040>.

Lapin ammattikorkeakoulu 2022. Sotetieto tehokäyttöön – hyvinvoinnin analytiikan asiantuntijoiden YAMK-opinnot käyntiin. Viitattu 29.10.2024 <https://www.lapinamk.fi/blogs/-Sotetieto-tehokayttoon---Hyvinvoinnin-analytiikan-asiantuntijoiden-YAMK-opinnot-kayntiin/31955/fe6b9798-96d8-416d-8195-5c048f7ac531>.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lunden, A. 2022. Osaamisen ja näyttöön perustuvan toiminnan johtaminen hoitotyössä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.10.2024 [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28587/urn\\_isbn\\_978-952-61-4670-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28587/urn_isbn_978-952-61-4670-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Mäkelä, M. 1995. Käypä hoito -projekti. Viitattu 27.5.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo50255>.

Näyttövinkki 2020. Millaisella hoitotyön johtamisella voidaan edistää ja tukea näyttöön perustuvaa toimintaa terveydenhuollossa? Kirjoittajat: Greus, J., Nokia, V., Kaakinen, P., Kanste, O. Konttila, J., Koivunen, K., Päätaalo, K. & Tuomikoski, A. Viitattu 21.10.2024 <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2020/09/nayttovinkki-11-2020.pdf>.

Pirkanmaan hyvinvointialue 2024. Pirkanmaan hyvinvointialueen strategia 2023–2025. Viitattu 27.10.2024 <https://www.pirha.fi/strategia>.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2024. Strategia. Viitattu 27.10.2024 <https://www.siunsote.fi/strategia>.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue 2024. Pohjoispohjanmaan hyvinvointialueen strategia. Viitattu 27.10.2024 <https://pohde.fi/wp-content/uploads/2022/11/Strategiakooste.jpg>.

Rouhos, A. & Ekroos, H. 2021. Tupakasta vieroitus. Teoksessa R. Kaarteenaho, M. Halme, H. Koskela & T. Saaresranta (toim.) Keuhkosairaudet. Diagnostiikka ja hoito. Kustannus Oy Duodecim, 414–427.

Sandelowsky, H., Krakau, I., Modin, S., Ställberg, B & Nager, H. 2019. COPD patients need more information about self-management: a cross-sectional study in Swedish primary care. Julkaisussa Scandinavian journal of primary health

care 2019-10, Vol.37 (4), p.459-467. Viitattu 18.9.2024 <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2019.1684015?needAccess=true>.

Savuton Suomi 2030 -verkosto 2023. Päivittäin tupakoiva aikuisväestö, 1978–2020. Viitattu 28.4.2023 [https://savutonsuomi.fi/wp-content/uploads/2022/03/SaSu\\_paivittain\\_tupakoivat\\_1.jpg](https://savutonsuomi.fi/wp-content/uploads/2022/03/SaSu_paivittain_tupakoivat_1.jpg).

Siltanen, H., Aine, T., Huhtala, H., Kaunonen, M., Vasankari, T. & Paavilainen, E. 2020. Psychosocial issues need more attention in COPD self.mangement education. Scandinavian journal of primary health care 2020-01, Vol.38 (1), p.47-55. Viitattu 18.9.2024 DOI:10.1080/02813432.2020.1717087

Siltanen, H., Hamari, L., Heikkilä, K., Marin, K., Parisod, H. & Holopainen, A. 2023. Hoitosuosituksen laadinta -käsikirja suositustyöryhmille. Versio 3.0. Viitattu 5.9.23 [https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2023/05/hoitosuosituskäsikirja-30.pdf?\\_gl=1\\*1syxllq\\*\\_up\\*MQ..\\*\\_ga\\*MTU3MTE2NzU4Ny4xNjkzOTI-zODM2\\*\\_ga\\_TH4NY866ZK\\*MTY5MzkyMzgzNi4xLjEuMTY5MzkyMzgz2My4wLjAuMA..](https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2023/05/hoitosuosituskäsikirja-30.pdf?_gl=1*1syxllq*_up*MQ..*_ga*MTU3MTE2NzU4Ny4xNjkzOTI-zODM2*_ga_TH4NY866ZK*MTY5MzkyMzgzNi4xLjEuMTY5MzkyMzgz2My4wLjAuMA..) Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2023. Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen. Työryhmän toimenpide-ehdotukset 2023. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2023:5. Viitattu 6.10.2024 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164595/STM\\_2023\\_5\\_rap.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164595/STM_2023_5_rap.pdf).

– 2024. Kansallinen palvelureformi: kohti vaikuttavia sote-palveluita. Viitattu 16.9.2024 [https://stm.fi/documents/1271139/204714871/Saario;+kansallinen+palvelureformi\\_.pdf/225de70d-309e-b4b9-0ba8-e30877b35489/Saario;+kansallinen+palvelureformi\\_.pdf?t=1709642206334](https://stm.fi/documents/1271139/204714871/Saario;+kansallinen+palvelureformi_.pdf/225de70d-309e-b4b9-0ba8-e30877b35489/Saario;+kansallinen+palvelureformi_.pdf?t=1709642206334).

Suomen ASH ry 2023. Tupakkalaki selkokielellä. Viitattu 28.4.2023 <https://suomenash.fi/tupakkapolitiikka/tupakkalaki/>.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 7.5.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a. Astman ja allergioiden yleisyys. Viitattu 6.10.2024 <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/astma-ja-allergiat/astman-ja-allergioiden-yleisyys>.

– 2023b. Ravitsemushoitosuositus. Viitattu 5.11.2024 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146233/URN\\_ISBN\\_978-952-343-977-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146233/URN_ISBN_978-952-343-977-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Terveyskylä 2022. Keuhkohtaumataudin omahoito. Viitattu 28.4.2023 <https://www.terveyskyla.fi/keuhkotalo/tietoa-keuhkosairauksista/keuhkohtaumatauti/itsehoito>.

Tuomikoski, A-M., Parisod, H., Kotila, J., Palomaa, M., Suutarla, A. & Holopainen A. 2023. FinAME-asiantuntijuusmalli näyttöön perustuvan hoitotyön tukirakenteena. Viitattu 21.10.2024 Tutkiva hoitotyö 21(1), 20–28. <https://emagz-fi.ez.lapinamk.fi/reader/issue/10228/339641/12>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 1.10.2024 [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf).

– 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 28.5.2023 [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf).

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisusarja C, oppimateriaalit 22. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos

UKK-instituutti 2024. Tietoa meistä – UKK-instituutti. Viitattu 5.11.2024 <https://ukkinstituutti.fi/tietoa-meista/ukk-instituutti/>.

Vaikuttavuuskeskus 2024. Tietoa vaikuttavuudesta. Viitattu 16.9.2024 <https://vaikuttavuuskeskus.fi/tietoa-vaikuttavuudesta/>.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue 2022. Vantaan ja Keravan hyvinvointialuestrategia. Viitattu 27.10.2024 [https://vakehyva.fi/sites/default/files/document/Vakehyva\\_Strategia\\_hyv%C3%A4ksytyy.pdf](https://vakehyva.fi/sites/default/files/document/Vakehyva_Strategia_hyv%C3%A4ksytyy.pdf).

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Vilka, H. 2021a. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

– 2021b. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

WHO (=World Health Organization) 2023. Chronic obstructive pulmonary disease COPD. 16.3.2023. Viitattu 17.9.2024 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).

Zhou, P., Chen, L., Wu, Z., Wang, E., Yan, Y., Guan, X., Zhai, S & Yang, K. 2023. The barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines in healthcare: an umbrella review of qualitative and quantitative literature. Journal of clinical epidemiology 2023-10, Vol.162, p.169-181. Viitattu 3.12.2024 [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).

## LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje kyselyyn
- Liite 2. Tietosuojailmoitus
- Liite 3. Webropol-kysely

## Liite 1. Saatekirje

20.3.2024

**Arvoisa hoitotyön kollega,**

Tämä tutkimus on osa opinnäytetyötäni, opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa *Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija* koulutusohjelmassa Lapin ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni toimeksiantajana toimii Hoitotyön tutkimussäätiö sr.

Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut hoitosuosituskokonaisuuden: "*Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt*". Opinnäytetyöni pyrkii selvittämään, toteutuuko potilasohjauksen sisältö avoterveydenhuollossa hoitosuosituksen mukaisesti. Pääset vastauksillasi antamaan arvokasta tietoa näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta sekä hoitosuositusten käyttöönoton tukirakenteista. Tutkimus on kohdennettu kaikille linkin saaneille. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää potilasohjauksen kehittämisessä hyvinvointialueilla.

Tutkimusta tehdään usealla eri hyvinvointialueella. Tutkimukseen vastataan anonyymisti ja osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksessa ei kerätä suoria henkilötietoja, mutta tietoja yhdistelemällä on mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Tämän vuoksi tutkimusta varten on laadittu tietosuojaseloste, joka jaetaan sähköpostin liitteenä. Tutkimuksen aineistoa käsittelen vain minä opinnäytetyöntekijänä, eikä raportoinnista voida tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, eikä aineistoa käytetä muuhun. Opinnäytetyön valmistuttua se julkaistaan Theseus palvelussa.

Kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja aikaa vastaamiseen kuluu noin 10-15 minuuttia. Kysely on auki kaksi viikkoa, vastaathan 28.4.2024 mennessä!

Webropol -kyselyyn pääset vastaamaan tästä linkistä:

[Redacted link]

**Yhteistyöstä kiittäen:**

Heidi Sillanpää  
Sairaanhoidtaja AMK  
YAMK opiskelija, Lapin ammattikorkeakoulu

[Redacted contact information]

Ohjaava opettaja  
Outi Mattila  
Lapin ammattikorkeakoulu

[Redacted contact information]

Opinnäytetyön toimeksiantaja  
Hoitotyön tutkimussäätiö sr  
Heidi Parisod  
Säätiön johtaja / tutkimusjohtaja

[Redacted contact information]

## Liite 2 1(4). Tietosuojailmoitus

v. 1.1



**TIETOSUOJAILMOITUS**  
EU:n yleinen tietosuoja-asetus  
Päivitetty: 28.10.2023

**1. Rekisterinpitäjä**

Lapin ammattikorkeakoulu, y-tunnus 2528792-5  
Jokiväylä 11  
96300 Rovaniemi

**2. Rekisterinpitäjän edustaja ja sen yhteyshenkilöt**

**Rekisterinpitäjän edustaja:** Lapin AMK Rehtori, Riitta Rissanen

**Rekisterinpitäjän yhteyshenkilö(t):** YAMK opiskelija Heidi Sillanpää

Yhteyshenkilöihin voi olla yhteydessä kaikissa henkilötietojen käsittelyyn liittyvissä kysymyksissä. Samoin myös kaikki oikeuksien käyttämistä koskevat pyynnöt voi tehdä yllä olevalle yhteyshenkilölle.

**3. Tietosuojavastaavan yhteystiedot**

Lapin korkeakoulukonsernin tietosuojavastaavana toimii lakimies Jari Rantala. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta [REDACTED]

**4. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus**

Tutkimuksessa kerätään aineistoa hyvinvointialueilla terveysasemien avovastaanotolla työskenteleviltä hoitohenkilökunnan jäseniltä. Vaikka vastaajan taustatiedot luokitellaan henkilötiedoiksi, niin tulosten raportoinnista yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa.

## Liite 2 2(4). Tietosuojailmoitus

v. 1.1

### 5. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietoja käsitellään yleisen tietosuoja-asetuksen (TSA 2016/679) 6 artiklan 1 kohdan perusteella. Tarkemmat käsittelyperusteet ovat:

rekisteröidyn suostumus

### 6. Käsiteltävät henkilötietoryhmät ja niiden säilytysajat

Suoria henkilötietoja ei kerätä, mutta tietoja yhdistelemällä on mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Henkilötietoina voidaan tässä tutkimuksessa ajatella esimerkiksi työkokemuksen määrää yhdistettynä tehtävään, jossa työntekijä työskentelee, jos tietyssä työnkuvassa työskenteleviä olisi hyvin vähän. Erityisiä henkilötietoryhmiä ei käsitellä. Kun opinnäytetyö on valmistunut ja arvosteltu, niin kerätty aineisto tuhoetaan.

### 7. Tietolähteet

Käsittelyssä tarvittavat henkilötiedot kerätään osana Webropol -kyselyä. Vastaajat hyväksyvät osallistumisen tutkimukseen ja antavat tarvittavat tiedot itse.

### 8. Henkilötietojen suojauksen periaatteet

Kerättyyn Webropol aineistoon on pääsy vain opinnäytetyöntekijällä.

### 9. Käsittelyssä käytettävät tietojärjestelmät

#### 9.1 Tietojärjestelmät

Webropol, Microsoft Office OneDrive pilvipalvelut, Microsoft Office Excel, Microsoft Power BI

### 10. Tietojen säännönmukaiset siirrot ja luovutukset

Ulkopuolinen palveluntarjoaja ei suorita henkilötietojen käsittelyä, eikä aineistoa luovuteta arkistoitavaksi mihinkään.

### 11. Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Tietoja ei siirretä tai luovuteta Euroopan unionin tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

-

### 12. Automatisoitu päätöksenteko

Henkilötietojen käsittelyssä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

## Liite 2 3(4). Tietosuojailmoitus

v. 1.1

-

**13. Mitä oikeuksia sinulla on ja oikeuksista poikkeaminen**

Yhteyshenkilö rekisteröidyn oikeuksiin liittyvissä asioissa on tämän ilmoituksen kohdassa 1 mainittu henkilö.

**Rekisteröidyn oikeudet**Suostumuksen peruuttaminen (GDPR, 7 artikla)

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus, mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritettujen käsittelyjen lainmukaisuuteen.

Oikeus saada pääsy tietoihin (GDPR, 15 artikla)

Sinulla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö ja mitä henkilötietoja sinusta käsitellään. Voit myös halutessasi pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista.

Oikeus tietojen oikaisemiseen (GDPR, 16 artikla)

Jos käsiteltävissä henkilötiedoissasi on epätarkkuuksia tai virheitä, sinulla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä.

Oikeus tietojen poistamiseen (GDPR, 17 artikla)

Sinulla on oikeus vaatia henkilötietojesi poistamista seuraavissa tapauksissa:

- a) henkilötietoja ei enää tarvita niihin tarkoituksiin, joita varten ne kerättiin tai joita varten niitä muutoin käsiteltiin;
- b) peruutat suostumuksen, johon käsittely on perustunut, eikä käsittelyyn ole muuta laillista perustetta;
- c) vastustat käsittelyä (kuvaus vastustamisoikeudesta on alempana) eikä käsittelyyn ole olemassa perusteltua syytä;
- d) henkilötietoja on käsitelty lainvastaisesti; tai
- e) henkilötiedot on poistettava unionin oikeuteen tai jäsenvaltion lainsäädäntöön perustuvan rekisterinpitäjään sovellettavan lakisääteisen velvoitteen noudattamiseksi.

Oikeutta tietojen poistamiseen ei kuitenkaan ole, jos tietojen poistamisen estää tietyissä yksittäistapauksissa tietosuojasetuksessa tai Suomen tietosuojalainsäädännössä säädetyt perusteet.

Oikeus käsittelyn rajoittamiseen (GDPR, 18 artikla)

Sinulla on oikeus henkilötietojesi käsittelyn rajoittamiseen, jos kyseessä on jokin seuraavista olosuhteista:

- a) kiistät henkilötietojen paikkansapitävyyden, jolloin käsittelyä rajoitetaan ajaksi, jonka kuluessa opinnäytetyöntekijä Heidi Sillanpää voi varmistaa niiden paikkansapitävyyden;
- b) käsittely on lainvastaista ja vastustat henkilötietojen poistamista ja vaadit sen sijaan niiden käytön rajoittamista;

## Liite 2 4(4). Tietosuojailmoitus

v. 1.1

- c) Opinnäytetyöntekijä Heidi Sillanpää ei enää tarvitse kyseisiä henkilötietoja käsittelyn tarkoituksiin, mutta sinä tarvitset niitä oikeudellisen vaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi; tai
- d) olet vastustanut henkilötietojen käsittelyä (ks. tarkemmin alla) odottaessa sen todentamista, syrjäyttävätkö rekisterinpitäjän oikeutetut perusteet rekisteröidyn perusteet.

**Oikeus siirtää tiedot järjestelmästä toiseen (GDPR, 20 artikla)**

Sinulla on oikeus saada opinnäytetyöntekijä Heidi Sillanpäältä toimittamasi henkilötiedot jäsenellyssä, yleisesti käytetyssä ja koneellisesti luettavassa muodossa, ja oikeus siirtää kyseiset tiedot toiselle rekisterinpitäjälle opinnäytetyöntekijä Heidi Sillanpään estämättä, jos käsittelyn oikeusperuste on suostumus tai sopimus, ja käsittely suoritetaan automaattisesti. Kun käytät oikeuttasi siirtää tiedot järjestelmästä toiseen, sinulla on oikeus saada henkilötiedot siirrettyä suoraan rekisterinpitäjältä toiselle, jos se on teknisesti mahdollista.

**Vastustamisoikeus (GDPR, 21 artikla)**

Sinulla on oikeus vastustaa henkilötietojesi käsittelyä, jos käsittely perustuu yleiseen etuun tai oikeutettuun etuun. Tällöin opinnäytetyöntekijä Heidi Sillanpää ei voi käsitellä henkilötietojasi, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää rekisteröidyn edut, oikeudet ja vapaudet tai jos se on tarpeen oikeusvaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi. Opinnäytetyöntekijä Heidi Sillanpää voi jatkaa henkilötietojesi käsittelyä myös silloin, kun sen on tarpeellista yleistä etua koskevan tehtävän suorittamiseksi.

**Oikeuksista poikkeaminen**

Tässä kohdassa kuvatuista oikeuksista saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa poiketa tietosuoja-asetuksessa ja Suomen tietosuojalainsäädännössä säädetyillä perusteilla. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti.

**Valitusoikeus**

Sinulla on oikeus tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Yhteystiedot:

**Tietosuojavaltuutetun toimisto**

Linkki: [Ilmoitus tietosuojavaltuutetulle](#)

Käyntiosoite: Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Postiosoite: PL 800, 00531 Helsinki

Sähköposti: tietosuoja(at)om.fi

Puhelinvaihte: 029 566 6700

Kirjaamo: 029 566 6768

## Liite 3. 1(17) Webropol-kysely

**KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN OMAHOIDON OHJAUS JA NÄYTTÖÖN PERUSTUVA POTILASOHJAUS**

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)

Olet saanut tämän kyselyn vastattavaksi, koska työskentelet terveysaseman avovastaanotolla.

Kyselyn tarkoituksena on selvittää, miten Hotus-hoitosuositusten sisällöt näkyvät keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön omahoidon ohjauksessa terveysasemien avovastaanotolla. Kyselyssä tutkitaan myös hoitosuositusten käyttöönottoon liittyviä tukirakenteita.

**1. Tutkimukseen osallistuminen \***

- Olen lukenut ja hyväksynyt tietosuojailmoituksen (sähköpostin liitteenä) ja annan suostumukseni tietojen tallentamiseen sen mukaisesti.
- En halua osallistua tutkimukseen.

**TAUSTATIEDOT****2. Paljonko sinulla on hoitoalan työkokemusta? \***

- Alle 5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-15 vuotta
- Yli 15 vuotta

**3. Millä hyvinvointialueella työskentelet? \***

- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
- Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue



## Liite 3. 3(17) Webropol kysely

	1	2	3	4	5	6
Hoitotyön esihenkilö on kiinnostunut näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotyöntekijät ovat kiinnostuneita näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minä itse olen kiinnostunut näyttöön perustuvasta potilasohjauksesta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilasohjauksen sisältö on yksikössämme näyttöön perustuvaa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näyttöön perustuvan potilasohjauksen kehittämiseksi on aikaa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. Miten tärkeänä pidät sitä, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa? (0=En ollenkaan tärkeänä --- 10=Erittäin tärkeänä) \***



**8. Työskenteleekö ORGANISAATIOSSASI (hyvinvointialueella) hoitotyön kliininen asiantuntija/opetushoitaja, joka vastaa hoitotyön kehittämisestä? \***

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

**9. Työskenteleekö YKSIKÖSSÄSI hoitotyön kliininen asiantuntija/opetushoitaja, joka vastaa hoitotyön kehittämisestä? \***

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

**10. Kenen koet tällä hetkellä vastaavan yksikössäsi siitä, että potilasohjaus on näyttöön perustuvaa? (Voit valita useita vaihtoehtoja) \***

## Liite 3. 4(17) Webropol kysely

- Hyvinvointialueen johto
- Yksikön hoitotyön esihenkilö
- Apulaisosastonhoitaja
- Kliininen asiantuntija/ Opetushoitaja
- Sairaanhoitaja/ Terveydenhoitaja
- Lääkäri
- Kukaan ei vastaa siitä
- Joku muu, kuka? \_\_\_\_\_

**11. Käytetäänkö työyksikössäsi hoitotyöhön kohdentuvia Hotus-hoitosuosituksia?**  
 Kysymys koskee kaikkia suosituksia.  
 (0=En ollenkaan --- 10=Erittäin paljon)

Hotus-hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden laatimia suosituksia terveydenhuollon ammattihenkilöille sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöistä ja toimintatavoista. \*



**12. Miten työyksikössäsi käsitellään Hotus-hoitosuositusten sisältöjä?**  
 (Voit valita useamman vaihtoehdon.) \*

- Kliinisen asiantuntijan ohjauksella
- Luentomuotoisesti
- Osastotunnilla
- Työpajoissa
- Tutkimusklubissa
- Koulutuksissa
- Luen niitä/ tutustun niihin itsenäisesti
- Muulla tavoin? Miten? \_\_\_\_\_
- Yksikössäni ei käsitellä Hotus-hoitosuosituksia

**13. Käytetäänkö työyksikössäsi Duodecim Käypä hoito -suosituksia?**  
 Kysymys koskee kaikkia suosituksia.

## Liite 3. 5(17) Webropol kysely

(0=Ei ollenkaan ---- 10=Erittäin paljon) \*



**14. Miten työyksikössäsi käsitellään Duodecim Käypä hoito -suositusten sisältöjä? (Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Kliinisen asiantuntijan ohjauksella
- Luentomuotoisesti
- Osastotunnilla
- Työpajoissa
- Tutkimusklubissa
- Koulutuksissa
- Luen niitä/ tutustun niihin itsenäisesti
- Muulla tavoin? Miten? \_\_\_\_\_
- Yksikössäni ei käsitellä Duodecim Käypä hoito -suosituksia

**KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN POTILASOHJAUS**

**15. Kuka työyksikössäsi ohjaa keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä omahoidossa? (Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Lääkäri
- Kaikki yksikön terveydenhoitajat/sairaanhoitajat
- Muutammat yksikön terveydenhoitajat/sairaanhoitajat
- Erillinen keuhkohoitaja/hengityshoitaja (tms.) nimikkeellä työskentelevä
- Lähihoitaja

**16. Onko sinut erikseen nimetty ohjaamaan keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä? (Teetkö siis tehtäväkuva, jossa nimikkeesi on esimerkiksi keuhkohoitaja tai hengityshoitaja tms.) \***

- Kyllä
- Ei

## Liite 3. 6(17) Webropol kysely

**17. Miten usein ohjaat keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä vastaanotolla/etävastaanotolla? \***

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Muutamana kerran vuodessa
- Harvemmin kuin kerran vuodessa
- En milloinkaan

**18. Miten hyvin tunnet seuraavat Keuhkohtaumatautia sairastavan Hoitus-  
hoitosuosituksia?**






(1=Erittäin huonosti, 2=Huonosti, 3=En hyvin enkä huonosti, 4=Hyvin, 5=Erittäin hyvin) \*

	1 (1)	2 (1)	3 (1)	4 (1)	5 (1)
Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumatautia sairastavan oireet ja psyykinen hyvinvointi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon toteutus keuhkohtaumatautia sairastavan hoidossa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumatautia sairastavan liikunta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumatautia sairastavan ravitsemus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen ehkäisy *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumatautia sairastavan läheisen tiedon ja tuen tarpeet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>






**19. Minkä verran koet, että sinulla on OSAAMISTA ohjata keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä seuraavilla osa-alueilla?**

(1= Erittäin vähän, 2=Vähän, 3= Ei vähän eikä paljon, 4=Paljon, 5=Erittäin paljon) \*

## Liite 3. 7(17) Webropol kysely


	1 	2 	3 	4 	5 
Tupakoinnin lopettaminen ja savuttomuus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumataudin nykyoireet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykinen hyvinvointi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden inhalaatiotekniikka *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitoon sitoutuminen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikunta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitsemus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pahenemisvaiheen ehkäisy *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läheisten tiedon ja tuen tarpeet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**20. Minkä verran olet saanut työyksikössäsi KOULUTUSTA keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön ohjaukseen seuraavilla osa-alueilla? (1=Erittäin vähän, 2=Vähän, 3=En vähän enkä paljon, 4=Paljon, 5=Erittäin paljon) \***

	1 	2 	3 	4 	5 
Tupakoinnin lopettaminen ja savuttomuus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumataudin nykyoireet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykinen hyvinvointi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden inhalaatiotekniikka *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitoon sitoutuminen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikunta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitsemus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pahenemisvaiheen ehkäisy *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läheisten tiedon ja tuen tarpeet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Miten hyvin koet, että työyksikössäsi käytössä olevat ohjeet mahdollistavat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön ohjauksen seuraavilla osa-alueilla? (1=Erittäin huonosti, 2=Huonosti, 3=EI hyvin eikä huonosti, 4=Hyvin, 5=Erittäin hyvin) \***

## Liite 3. 8(17) Webropol kysely

	1 	2 	3 	4 	5 
Tupakoinnin lopettaminen ja savuttomuus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuhkohtaumataudin nykyoireet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykinen hyvinvointi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden inhalaatiotekniikka *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoitoon sitoutuminen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikunta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitseminen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pahenemisvaiheen ehkäisy *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läheisten tiedon ja tuen tarpeet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. Kun keuhkohtaumatautia sairastava henkilö on tulossa vastaanotollesi, selvitätkö jollain tavalla etukäteen, millaista tiedontarvetta hänellä on? (Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Soittamalla
- Esitietolomakkeella
- Sähköisellä yhteydenotolla
- Kysyn vastaanotolla, kun henkilö saapuu
- Potilasasiakirjoista
- Muulla tavoin, miten? \_\_\_\_\_
- En millään tavalla

#### SAVUTTOMUUS KEUHKOAHTAUMATAUDIN HOIDOSSA

**23. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, joka tupakoi tai on tupakoinut aiemmin, miten usein otat tupakoinnin lopettamisen ja savuttomana pysymisen puheeksi hänen kanssaan? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Lähes jokaisella tapaamiskerralla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

## Liite 3. 9(17) Webropol kysely

**24. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, joka tupakoi, keskusteletko hänen kanssaan seuraavista asioista:  
(1=Erittäin harvoin, 2=Harvoin, 3=En harvoin enkä usein, 4=Usein, 5=Erittäin usein) \***

	1 (1)	2 (1)	3 (1)	4 (1)	5 (1)
Motivaatio tupakoinnin lopettamiseen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoito tupakoinnin lopettamisen tukena *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakoinnin yhteys sairauden pahenemiseen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**25. Onko työyksikössäsi käytössä yhtenäinen ohjeistus/toimintamalli savuttomuuden tukemisesta? \***

- Kyllä  
 Ei  
 En osaa sanoa

**26. Mihin tietolähteisiin ohjauksesi sisältö savuttomuudessa ja tupakoinnin lopettamisessa perustuu?**

**(Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Hotus-hoitosuositus "Savuttomuus keuhkohtaumataudin hoidossa"  
 Käypä hoito -suositus "Keuhkohtaumatauti"  
 Käypä hoito -suositus "Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito"  
 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
 Filha ry  
 Yksikön oma ohje  
 Jokin muu? Mikä \_\_\_\_\_  
 En ohjaa savuttomuudessa ja tupakoinnin lopettamisessa

**KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN OIREET JA PSYYKKINEN HYVINVOINTI**

## Liite 3. 10(17) Webropol kysely

**27. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, keskusteletko hänen kanssaan nykyisistä keuhkohtaumataudin oireista ja niiden esiintyvyydestä? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

**28. Käytätkö keuhko-oireiden kartoitukseen CAT-testiä? (=COPD Assessment Test) \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan
- En tunne testiä

**29. Käytätkö hengenahdistuksen arviointiin mMRC-testiä? (=modified Medical Research Council) \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan
- En tunne testiä

**30. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, kysytkö häneltä mielialasta? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

## Liite 3. 11(17) Webropol kysely

**31. Käytätkö asiakkaan masennuksen tunnistamiseen EDI-21 mittaria? (=Beck Depression inventory) \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan
- En tunne mittaria

**32. Käytätkö asiakkaan ahdistuksen tunnistamiseen GAD-7 mittaria? (=Ahdistuneisuuskysely) \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan
- En tunne mittaria

**LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN HOIDOSSA**

**33. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, tarkistatko lääkkeiden oikean inhalaatiotekniikan pyytämällä häntä näyttämään sen? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

**34. Keskusteletko keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön kanssa motivaatiosta lääkkeiden käyttöön? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla

## Liite 3. 12(17) Webropol kysely

En milloinkaan

**35. Keskusteletko keuhkohtaumatautia sairastavan kanssa siitä, ottaako hän lääkkeensä säännöllisesti? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

**36. Kun keuhkohtaumatautia sairastavalle henkilölle aloitetaan keuhkohtaumatautiin uusi lääkehoito, keskusteletko hänen kanssaan lääkityksen hyödyistä ja mahdollisista sivuvaikutuksista? \***

- Joka kerta, kun uusi lääke aloitetaan
- Satunnaisesti, kun uusi lääke aloitetaan
- En koe asian kuuluvan työtehtävääni

**37. Kenen työtehtäviin koet, että keskustelu lääkityksen hyödyistä ja mahdollisista sivuvaikutuksista kuuluu?**

---



---



---



---



---

#### **KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN LIIKUNTA**

**38. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, selvitätkö hänen liikkumattomuuden määrän ja sen mahdolliset syyt? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

## Liite 3. 13(17) Webropol kysely

**39. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, keskusteletko hänen kanssaan liikunnan merkityksestä ja aktiivisesta elämäntavasta? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

**40. Tunnetko terveysliikunnan ohjauksessa hyödynnettävät UKK-instituutin laatimat liikkumisen suositukset? \***

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- En hyvin eikä huonosti
- Huonosti
- Erittäin huonosti
- En tunne

**41. Millainen mahdollisuus sinulla on tehdä yhteistyötä fysioterapeutin kanssa, jos keuhkohtaumatautia sairastavan fyysinen toimintakyky on huono? (Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Konsultaatiomahdollisuus
- Mahdollisuus tehdä lähete fysioterapeutille
- Mahdollisuus varata aika fysioterapeutille
- Ohjaus fysioterapiaan tapahtuu lääkärin kautta
- Ei mahdollisuutta yhteistyöhön
- En osaa sanoa

#### **KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN RAVITSEMUS**

**42. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, arvioitko yhdessä hänen ravitsemustilaansa? \***

- Jokaisella tapaamiskerralla

## Liite 3. 14(17) Webropol kysely

- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- Ei milloinkaan

**43. Käytätkö vajaaravitsemusriskin tunnistamiseen MUST menetelmää? (=Malnutrition Universal Screening Tool) \***

- Erittäin usein
- Melko usein
- Melko harvoin
- Erittäin harvoin
- En tunne menetelmää

**44. Käytätkö vajaaravitsemustilan tunnistamiseen BMI:n määrittämistä? (=Body Mass Index) \***

- Erittäin usein
- Melko usein
- Melko harvoin
- Erittäin harvoin
- En tunne mittaria

**45. Millainen mahdollisuus sinulla on tehdä yhteistyötä ravitsemusterapeutin kanssa, jos keuhkohtaumatautiä sairastavan ravitsemustila on huono? (Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Konsultaatiomahdollisuus
- Mahdollisuus tehdä lähete ravitsemusterapeutille
- Mahdollisuus varata aika ravitsemusterapeutille
- Ohjaus ravitsemusterapiaan tapahtuu lääkärin kautta
- Ei mahdollisuutta yhteistyöhön
- En osaa sanoa

**KEUHKOAHTAUMATAUDIN PAHENEMISVAIHEEN EHKÄISY**

## Liite 3. 15(17) Webropol kysely

**46. Kun kohtaat keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön, keskusteletko hänen kanssaan keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen oireiden tunnistamisesta?**

\*

- Jokaisella tapaamiskerralla
- Useimmilla tapaamiskerroilla
- Satunnaisilla tapaamiskerroilla
- En milloinkaan

**47. Keskusteletko keuhkohtaumatautia sairastavan kanssa tekijöistä, jotka ehkäisevät pahenemisvaiheita:**  
(1=Erittäin harvoin, 2=Harvoin, 3=En harvoin enkä usein, 4=Usein, 5=Erittäin usein) \*

	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Rokotukset *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Säännöllinen lääkehoito *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fyysinen aktiivisuus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykinen hyvinvointi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pahenemisvaiheen omahoito *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### KEUHKOAHTAUMATAUTIA SAIRASTAVAN LÄHEISEN TIEDON JA TUEN TARPEET

**48. Miten omasta mielestäsi huomioit keuhkohtaumatautia sairastavan asiakkaan läheisen TIEDON tarpeen? \***

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- En hyvin enkä huonosti
- Huonosti
- Erittäin huonosti

**49. Miten omasta mielestäsi huomioit keuhkohtaumatautia sairastavan asiakkaan läheisen TUEN tarpeen? \***

## Liite 3. 16(17) Webropol kysely

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- En hyvin enkä huonosti
- Huonosti
- Erittäin huonosti

**50. Kuinka usein keuhkohtaumatautiä sairastavan asiakkaan läheinen on mukana vastaanotolla? \***

- Erittäin usein
- Usein
- Ei harvoin eikä usein
- Harvoin
- Erittäin harvoin

**LOPUKSI**

**51. Koetko, että antamasi ohjaus keuhkohtaumatautiä sairastavan omahoitoon liittyen on näyttöön perustuvaa?**

(0=Erittäin vähän --- 10=Erittäin paljon) \*



**52. Kun ajattelet keuhkohtaumatautiä sairastavan ohjaamista kokonaisuutena, mistä koet saaneesi osaamisen siihen? (Voit valita useita vaihtoehtoja.) \***

- Ammattitutkinnon antama osaaminen
- Duodecim Käypä hoito -suositukset
- Hotus-hoitosuositukset
- Yksikön kirjallinen materiaali
- Yksikön sisäiset koulutukset
- Ulkopuoliset koulutukset
- Itse hankittu osaaminen

## Liite 3. 17(17) Webropol kysely

Kollegan antama perehdytys

Muualta, mistä? \_\_\_\_\_

**53. Onko työyksikössäsi käytössä jokin yhtenäinen ohjausrunko keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön ohjaukseen? \***

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

**54. Onko sinulle tullut potilastietojärjestelmässä vastaan Duodecimin EBMEDS päätöksentuen tuottamia herätteitä keuhkohtaumatautia sairastavan kohdalla? (Tätä ei ole kaikissa potilastietojärjestelmissä) \***

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

**55. Ovatko EBMEDS päätöksentuen herätteet kohdentuneet hoitotyön näkökulmaan? \***

Erittäin hyvin

Melko hyvin

Eivät hyvin eikä huonosti

Melko huonosti

Erittäin huonosti

**56. Haluaisitko tuoda vielä jotain esiin, mikä ei tullut huomioituksi tässä kyselyssä?**

---



---



---



---



---