



Hotus

Hoitotyön tutkimussäätiö



Etäyhteydellä toteutettava pitkäaikais- sairautta sairastavan omahoidon ohjaus

Hotus-hoitosuositus[®]

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

Puheenjohtaja

HELI VIRTANEN, esh, TtT, dosentti, yliopisto-opettaja, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Varapuheenjohtaja

KAISA MARIN, sh, TtM, tutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö sr

Jäsenet

ANNA-MARIA HILTUNEN, sh, TtM, tohtorikoulutettava, Aalto-yliopisto, tuotantotalouden laitos (Työryhmässä näytönastekatsausten laadintaan asti)

ARJA KAILA, esh, kättilö, TtT

OUTI KAJULA, esh, TtT, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu

JUKKA KESÄNEN, sh, TtT, yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Asiantuntijat

SILJA ESKOLIN, TtM, TM, palvelukoordinaattori, VSSHP; kokemusasiantuntija

HANNA HOVI, Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

ILKKA KUNNAMO, kehitysjohtaja, Kustannus Oy Duodecim; terveyskeskuslääkäri, Saarikka

TUULA-MARIA RINTALA, TtT, yliopettaja, klinisen hoitotyön kehittäminen, Tampereen ammattikorkeakoulu

SIDONNAISUUDET:

Suositusryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

ISSN 2489-5024

Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET	2
Johdanto	4
Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet	6
Suosituksen tavoite	6
Kohderyhmät	6
Keskeiset käsitteet	6
Suosituslauseet	9
1. Etäohjauksen mahdollistaminen organisaatiossa	9
2. Omahoidon tukeminen etäohjauksessa	11
3. Elämänlaadun tukeminen	15
4. Vertaistuen mahdollistaminen etäohjauksessa	16
Menetelmät	17
Tiedonhaku	17
Tiedonlähteiden valinta	17
Tutkimusten laadunarviointi	18
Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen	18
Suosituksen käyttöönotto	19
Suosituksen päivittäminen	20
Jatkotutkimusaiheet	20
Lähteet	21

Johdanto

Pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilöiden määrä on kasvussa niin maailmanlaajuisesti¹ kuin kansallisestikin². Pitkäaikaissairaudet koskettavat suurta osaa suomalaisesta väestöstä², sillä esimerkiksi diabetesta sairastaa noin puoli miljoonaa suomalaista³ ja hieman alle 10 % sairastaa astmaa⁴. Lisäksi merkittävän osan kaikista ja 56 % työikäisten kuolemista aiheuttavat neljä keskeisintä pitkäaikaissairautta: sydän- ja verisuonitaudit, syöpäsairaudet, diabetes sekä krooniset keuhkosairaudet⁵. Huolimatta siitä, että monet pitkäaikaissairauksien riskitekijät ovat Suomessa viime aikoina vähentyneet tasaisesti, on lihavuus kuitenkin lisääntynyt, ja sen enustetaan edelleen lisääntyvän, etenkin jo ennestään ylipainoisilla.⁶ YK:n kestävän kehityksen tavoiteohjelman Agenda 2030 yhtenä tavoitteena on vähentää pitkäaikaissairauksiin liittyvää ennenaikaista kuolleisuutta ja edistää hyvinvointia.⁷

Pitkäaikaissairauksien hoito vaatii paljon terveydenhuollon resursseja⁸. Niiden aiheuttamat kustannukset muodostuvat välittömistä ja välillisistä yksilölle, työnantajille ja yhteiskunnalle kohdentuvista kustannuksista, minkä vuoksi niiden määrää on vaikea arvioida tarkasti. Esimerkiksi diabeteksen vuosittaisiksi kustannuksiksi on arvioitu 2–3 miljardia⁹ ja astma- ja allergiasairauksien 1,5–1,8 miljardia euroa¹⁰. Pitkäaikaissairauksien vaikuttavalla ja kustannustehokkaalla hoidolla on siten myös kansantaloudellista merkitystä^{8,11}.

Pitkäaikaissairauksien hoitoon kuuluu olennaisena osana omahoito (engl. self-management, self-care), jolla tarkoitetaan esimerkiksi yksilön kykyä hoitaa omaa terveystilamaansa ja siitä vastuun ottamista^{12,13}. Omahoito eroaa itsehoidosta siten, että se toteutuu terveydenhuollon ammattihenkilön ja pitkäaikaissairautta sairastavan yhteistyönä sen sijaan, että se olisi vain pitkäaikaissairautta sairastavan itsensä toteuttamaa^{14,15}. Onnistuneen omahoidon edellytyksenä on yksilön ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen avoin ja vastavuoroinen ohjaussuhde, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö on sairauden ja yksilö oman elämänsä asiantuntija. Omahoidon onnistumisen tukena voi olla myös yksilön sosiaalinen ympäristö, kuten perhe, ystävät ja vertaiset.¹²

Omahoidon ohjaus on keskeinen osa hoitotyötä^{16–18}. Ohjauksen tavoitteena on pitkäaikaissairautta sairastavan henkilön omaa terveyttään ja hoitamistaan koskevan tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen, täsmentyminen ja rakentuminen. Tarkoituksena on, että pitkäaikaissairautta sairastava voi edistää omaa terveyttään ja hallita sairauttaan sekä toimia tasavertaisena toimijana hoitoaan ja terveyttään koskevassa päätöksenteossa.¹⁹

Suomen julkisen terveystalvvelujärjestelmän tavoitteena on terveydenhuollon asiakkaan omaan hoitoonsa liittyvän vastuun lisääminen¹¹. Pitkäaikaissairautta sairastavan tasavertaisen ja aktiivisen roolin mahdollistaminen edellyttää omahoidon ohjauksessa yksilön terveydenlukutaidon huomioon ottamista²⁰ ja voimavaraistumista tukevan ohjauksen periaatteiden noudattamista²¹. Terveydenlukutaidolla tarkoitetaan henkilön kykyä etsiä ja löytää, ymmärtää, arvioida sekä hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa²⁰. Voimavaraistumista tukevan ohjauksen tavoitteena on vah-

vistaa henkilön kykyä hallita omaa terveyttään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja lisäämällä²¹.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tunnistettu kasvava tarve hyödyntää ja kehittää käyttäjälähtöisiä digitaalisia etäpalveluita²². Etäpalveluiden arvioidaan lisäävän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannustehokkuutta, tuottavuutta ja vaikuttavuutta¹¹. Myös terveydenhuollon asiakkaat kokevat etäpalvelut hyödyllisiksi ja käyttökelpoisiksi vaihtoehtoiksi perinteisille toimintatavoille²³. Etäpalvelut mahdollistavat asioiden hoitamisen ajasta ja paikasta riippumatta ja lisäävät terveystalouden asiakkaiden valinnanvapautta ja palveluiden saavutettavuutta²⁴. Ne voivat myös lisätä hoidon yksilöllisyyttä, turvallisuuden tunnetta, oireiden hallintaa ja osallisuutta hoitoon²⁵ sekä edistää omahoidon jatkuvuutta²⁶.

Tämä Hotus-hoitosuositus kohdentuu etäyhteydellä toteutettavaan pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjaukseen. Suosituksen sisältöalueita muodostaessa on huomioitu seuraavat voimavaraistumista tukevan ohjauksen sisältöalueet: biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen ja sosiaalisyhteisöllinen sisältöalue^{19,21,27,28}. Onnistuneen ja vaikuttavan etäohjauksen vaatimuksena on sen toteuttamisen edellytysten arviointi sekä etäohjauksen rajoitteiden ja haasteiden huomioon ottaminen ohjauksessa. Tällaisia rajoitteita ja haasteita voivat olla vuorovaikutukseen, yksityisyyden suojaan, yhdenvertaisuuteen, potilasturvallisuuteen sekä tietoturvaan liittyvät tekijät²⁹.

Seuraavat hoitosuositukset ja konsensuslauselmat on huomioitu tätä suositusta laadittaessa:

Hotus-hoitosuositukset:

- Aikuisten diabetesta sairastavien insuliinihoidon ohjauksen sisältö³⁰
- Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä³¹
- Keuhkohtaumatauti sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt³²

Käypä hoito -suositukset:

- Astma³³
- Insuliinipuutosdiabetes³⁴
- Tyypin 2 diabetes³⁵
- Keuhkohtaumatauti³⁶
- Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä³⁷
- Sydämen vajaatoiminta³⁸

Muut suositukset ja konsensuslauselmat:

- Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin konsensuslauselma perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan malleista sote-järjestelmässä²⁹
- WHO:n suositus digitaalisista terveydenhuollossa käytettävistä menetelmistä³⁹
- Kanadalaisen sairaanhoitajien järjestön RNAO:n (Registered Nurses' Association of Ontario) suositus pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon tukemisen menetelmistä⁴⁰

Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet

Suosituksen tavoite

Tämän Hotus-hoitosuosituksen[®] tarkoituksena on kuvata kriittisesti arvioituihin tutkimuksiin perustuva näyttö etäyhteydellä toteutettavan omahoidon ohjauksen vaikuttavuudesta. Lisäksi tarkoituksena on kuvata pitkäaikaissairautta sairastavan omahoidon ohjauksen toteutusta etäyhteydellä erityisesti hoitotyön ja voimavaraistumista tukevan ohjauksen näkökulmista.

Hoitosuosituksen tavoitteena on auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä arvioimaan, missä tilanteissa ja kenelle etäyhteydellä toteutettu ohjaus soveltuu, ja miten sitä tulisi hyödyntää kasvokkain toteutettavan ohjauksen rinnalla. Tavoitteena on siten yhtenäistää etäyhteydellä toteutettavaa omahoidon ohjausta ja vähentää perusteetonta vaihtelua etäohjauksen käytännöissä. Suositus ei kohdennu sairauskohtaisiin ohjauksen sisältöihin eikä eri etäohjausmenetelmien keskinäiseen vertailuun.

Kohderyhmät

Tämä hoitosuositus on tarkoitettu kaikille niille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka ohjaavat työssään pitkäaikaissairautta sairastavia henkilöitä. Lisäksi suositus on tarkoitettu terveystalvetoorganisaatioiden johtajille, asiantuntijoille ja hankintapäätöksiä tekeville tahoille, jotka vastaavat pitkäaikaissairautta sairastavien hoitotyöstä. Hoitosuositusta voivat hyödyntää tiedonlähteenä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus- ja täydennyskoulutuksessa toimivat sekä pitkäaikaissairautta sairastavat ja heidän läheisensä.

Keskeiset käsitteet

Pitkäaikaissairautta sairastavalla tarkoitetaan tässä suosituksessa aikuista (yli 18-vuotias), jolla on diagnosoitu jokin seuraavista pitkäaikaissairauksista: diabetes, astma tai muu pitkäaikainen keuhkosairaus, sydän- ja verisuonitauti tai tulehduksellinen suolistosairaus, ja joka käyttää terveydenhuollon palveluita omahoidon tukena. Pitkäaikaissairautta sairastava voi olla ollut hoidettavana sairaalassa, tai hän voi asioida terveydenhuollon avopalveluissa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa.

Omahoito (engl. self-management) on olennainen osa pitkäaikaissairauden hoitoa¹⁵. Sillä viitataan yksilön kykyyn hoitaa omaa terveysongelmaansa ja vastuun ottamista omasta hoidostaan^{13,41}. Omahoito perustuu yksilön ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyölle. Omahoidon lähikäsite on itsehoito (eng. self-care), joka eroaa omahoidosta siten, että sen toteuttaminen on mahdollista ilman terveydenhuollon ammattihenkilöiden apua.¹⁵ Omahoitoa toteuttaakseen henkilöllä tulee olla tietoa terveysongelmastaan ja sen hoidosta sekä kykyä ratkaista

ongelmia ja tehdä päätöksiä. Omahoito edellyttää lisäksi kykyä toteuttaa muun muassa itse-
näistä oireiden seuranta ja lääkehoitoa^{13,41} sekä terveyttä edistävää terveystyöskäytymistä (ml.
esimerkiksi liikunta, ruokavalio ja tupakointikäyttäytymisen muuttaminen)¹³. Omahoidossa kes-
keisiä ovat pitkäaikaissairautta sairastavan voimavaraistuminen (eng. empowerment), autono-
mia, motivaatio sekä pystyvyyden tunteen (eng. self-efficacy) vahvistuminen¹⁵.

Omahoidon ohjaus on keskeinen osa pitkäaikaissairautta sairastavien hoitotyötä. Sen tavoit-
teena on pitkäaikaissairautta sairastavan omaa terveyttään ja omahoitoaan koskevan tiedon ja
ymmärryksen lisääntyminen, täsmentyminen ja rakentuminen siten, että pitkäaikaissairautta
sairastava voi edistää omaa terveyttään ja hallita sairauttaan sekä toimia tasavertaisena toimi-
jana hoitoaan ja terveyttään koskevassa päätöksenteossa¹⁹. Laadukas omahoidon ohjaus on
terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, pitkäaikaissai-
rautta sairastavan ja ammattilaisen taustaan sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa raken-
tuvaa, aktiivista ja tavoitteellista sekä asianmukaisin resurssein toteutettua riittävää ja vaikutta-
vaa toimintaa⁴².

Omahoidon ohjauksessa 1) selvitetään pitkäaikaissairautta sairastavan yksilölliset tarpeet ja
terveystottumukset sekä vahvistetaan hänen omaa sisäistä motivaatiotaan, 2) määritellään yk-
silölliset tavoitteet ja 3) toimintatavat, joiden avulla tavoitteisiin pääsy on mahdollista sekä 4)
arvioidaan ja tarvittaessa tarkistetaan suunnitelmaa⁴³. Perinteisiä ohjausmenetelmiä ovat kas-
vokkain toteutettu suullinen ohjauskeskustelu pitkäaikaissairautta sairastavan ja terveyden-
huollon ammattihenkilön välillä⁴⁴ sekä kirjallinen ohjausmateriaali⁴⁵.

Voimavaraistumista tukevalla ohjauksella tarkoitetaan ohjausta, jossa tavoitteena on vah-
vistaa henkilön kykyä hallita omaa terveyttään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojen ke-
hittymisen kautta. Noudattamalla voimavaraistumista tukevan ohjauksen periaatteita voidaan
mahdollistaa pitkäaikaissairautta sairastavan aktiivinen ja tasavertainen rooli omahoidossa.²¹

Voimavaraistumista tukeva ohjaus perustuu tasa-arvoiseen vuorovaikutussuhteeseen amat-
tilaisen ja terveydenhuollon asiakkaan välillä²¹. Sen edellytyksenä on myös yksilön terveyden-
lukutaidon huomioon ottaminen ja tukeminen ohjauksessa. Terveydenlukutaidolla tarkoitetaan
henkilön kykyä etsiä ja löytää, ymmärtää, arvioida sekä hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa.²⁰
Voimavaraistumista tukevan ohjauksen tulee kattaa laajalti eri sisältöalueita, jotka mahdollista-
vat pitkäaikaissairautta sairastavan aktiivisen roolin ja kykyjen vahvistumisen. Voimavaraistu-
mista tukevassa ohjauksessa tulee siten keskustella seuraavista sisältöalueista: biofysiologi-
nen (sairaus ja sen hoito), toiminnallinen (omahoito), kokemuksellinen (aikaisemmat kokemuk-
set ja tunteet), eettinen (pitkäaikaissairautta sairastavan oikeudet), sosiaalisyhteisöllinen (lä-
heisten ja vertaisten rooli) ja taloudellinen (hoidon kustannukset ja etuudet) sisältöalue^{19,21,27,28}.

Etäohjaus on yksi terveydenhuollon etäpalvelun muoto⁴⁶. Etäohjauksella tarkoitetaan tässä
suosituksessa etäyhteydellä toteutettavaa, terveydenhuollon ammattihenkilön ja pitkäaikaissai-
rautta sairastavan henkilön kesken tapahtuvaa vuorovaikutteista omahoidon ohjausta, jossa
hyödynnetään digitaalisia välineitä. Etäohjaus voidaan toteuttaa puhelimella, muulla mobiililait-
teella tai tietokoneella esimerkiksi puhelun, videopuhelun, mobiilisovelluksen tai sähköpostin

välityksellä. Ohjauksen tukena voidaan hyödyntää etäseurantalaitteita esimerkiksi verensokeriarvojen seurantaan ja siitä palautteen antamiseen.

Elämänlaadulla tarkoitetaan henkilön kokemusta omasta elämästään, jota hän tarkastelee suhteessa omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, vaatimuksiinsa ja huoliinsa⁴⁷. Elämänlaadulla voidaan viitata eri yhteyksissä esimerkiksi tyytyväisyyteen, onnellisuuteen, elämän mielekkyyteen, turvallisuuteen ja hyvinvointiin⁴⁸. Elämänlaatu on käsitteenä moniulotteinen ja dynaaminen. Sillä on erilaisia filosofisia, poliittisia ja terveyteen liittyviä määritelmiä. Keskeisenä eri määritelmissä on ihmisen subjektiivinen kokemus. Elämänlaatu sisältää neljä ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä ympäristö. Ympäristö sisältää esimerkiksi taloudellisen ulottuvuuden, ympäristön turvallisuuden, fyysisen ympäristön ja palveluiden saavutettavuuden.⁴⁷

Minäpystyvyydellä (engl. self-efficacy) tarkoitetaan yksilön uskoa omaan kykyihinsä saavuttaa jokin tavoite. Minäpystyvyys linkittyy yksilön motivaatioon ja terveystyöhön. Käsite perustuu sosiaaliskognitiiviseen oppimisteoriaan.⁴⁹ Minäpystyvyyden tunne on todettu olevan yhteydessä parempaan fyysiseen toimintakykyyn ja mielenterveyteen sekä vähempään ahdistuneisuuteen. Lisäksi minäpystyvyyden tunne edistää sairauteen sopeutumista⁵⁰ ja parantaa elämänlaatua⁵¹.

Vertaistuella tarkoitetaan sellaisen henkilön tarjoamaa tukea, jolla on tietoa oman kokemuksen perusteella pitkäaikaisen sairauden kanssa elämisestä⁵². Vertaistuki antaa yksilöille mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan sekä saada sellaista apua ja vahvistusta, jollaista ei ole saatavilla terveydenhuollon ammattilaisilta ja perheenjäseniltä⁵³. Vertaistuki auttaa vähentämään pitkäaikaissairautta sairastavan eristäytyneisyyden tunnetta ja lisäämään tietoa sairauden kokemuksesta ja näin lisäämään mahdollisia selviytymiskeinoja sekä antamaan toivoa⁵⁴. Eri kohderyhmille suunnattuja vertaistukiryhmiä tarjoavat useat kolmannen sektorin toimijat.

Suosituslauseet

1. Etäohjauksen mahdollistaminen organisaatiossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on suositeltavaa hyödyntää etäohjausta pitkäaikaissairautta sairastavien omahoidon ohjauksessa kasvokkain tapahtuvan ohjauksen rinnalla, sillä

- **etäohjaus ja -seuranta edistävät diabetesta sairastavien hoitotasapainon saavuttamista^{55–61}. (A)**
- **etäohjauksella ja -seurannalla voitaneen vähentää diabetekseen liittyviä oireita^{56,60} (C), keuhkohtaumatautia sairastavien oireita⁶² (C) ja pahenemisvaiheiden esiintyvyyttä⁶³ (C) vähintään yhtä paljon kuin tavanomaisella hoidolla.**
- **etäohjauksella voitaneen edistää keuhkohtaumatautia sairastavien hoitotasapainoa vähintään yhtä hyvin kuin tavanomaisella hoidolla tai ohjauksella^{62,64}. (C)**
- **etäohjauksella ja -seurannalla on ilmeisesti myönteinen vaikutus verenpaine-
tautia sairastavien verenpaineeseen^{56,60,61}. (B)**
- **etäohjauksella voi olla myönteinen vaikutus sydämen vajaatoimintaa sairastavien hengenahdistuksen lieventymiseen⁶². (C)**
- **ohjauksen ja seurannan toteuttaminen etäyhteydellä on pitkäaikaissairautta sairastavien kuolleisuuden riskin näkökulmasta vähintään yhtä turvallista kuin tavanomainen hoito tai ohjaus^{56,60,62,63,65,66}. (B)**
 - Etäohjauksen hyötyjä ovat terveydenhuollon asiakkaan näkökulmasta ohjauksen helppompi saavutettavuus, paikasta ja osin myös ajasta riippumattomuus sekä matkustamiseen kuluvan ajan ja kustannusten säästyminen^{29,67}.
 - Etäohjaus mahdollistaa matalamman kynnyksen ja helpommin tarpeiden mukaan toteutettavan yhteydenpidon terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välillä⁶⁷.
 - Etäohjauksen hyötynä on myös se, että vähennetään infektiosairauksien tartuttamista²⁹.
 - Etäohjauksen toteutukseen liittyy myös haasteita, jotka tulee huomioida organisaatioissa:
 - terveydenhuollon asiakkaiden yksityisyyden suojan ja yhdenvertaisuuden, potilasturvallisuuden ja tietoturvan toteutuminen²⁹

- mahdolliset puutteet etäohjauksessa tarvittavissa tietoteknisissä taidoissa sekä ongelmat laitteiden toiminnassa ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työkuorma²⁹
- etäohjauksessa hyödynnettävien välineiden käytettävyys⁶⁷.

Velvollisuudet etäohjausta järjestettäessä

- Etäyhteydellä toteutettava ohjaus, kuten muutkin terveydenhuollossa toteutettavat etäpalvelut, ovat verrannollisia perinteisiin vastaanottokäynteihin. Etäohjauksen tulee noudattaa hyvää ja yleisesti hyväksytyn käytännön mukaista toteutustapaa. Toteutuksessa tulee huomioida potilasturvallisuus, tietosuoja ja niihin liittyvät lainsäädännön vaatimukset, kuten muissakin terveydenhuollon palveluissa.^{46,68}
- Laissa on määritelty terveydenhuollon asiakkaan tiedonsaantioikeus omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Tiedon tulee olla ymmärrettävää ja lain määrittämän velvoitteen tulee toteutua myös siinä tapauksessa, että palvelu tarjotaan etäyhteyksin⁶⁹.
- Valvira ohjeistaa, että "etäpalvelujen antajan on täytettävä asianomaista toimintaa koskevan lainsäädännön lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (784/2021) asetetut vaatimukset. Etäpalvelujen antajan on muun muassa laadittava tai päivitettävä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määräyksen (3/2021) mukainen tietoturvasuunnitelma etäpalvelujen sisältö huomioiden"⁷⁰.

Yksilöllinen arvio ja asiakkaan tietoon perustuva suostumus

- Hoitotyöntekijän tai muun ohjausta toteuttavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina arvioida jokaisen terveydenhuollon asiakkaan kohdalla yksilöllisesti ja huolellisesti, soveltuuko ohjaus kyseisen henkilön kokonaistilanne ja valmiudet huomioiden etäyhteydellä toteutettavaksi⁷⁰.
- Ohjauksen toteutukseen etäyhteydellä on oltava asiakkaan tietoon perustuva suostumus⁷⁰.
- Terveydenhuollon asiakkaalle on varattava mahdollisuus perinteiseen vastaanottokäyntiin asiakkaan niin halutessa tai hänet on tarvittaessa ohjattava vastaanotolle muuhun hoitopaikkaan⁴⁶.

Asiakkaan tunnistaminen ja ohjauksen kirjaaminen

- Myös etäohjauksessa terveydenhuollon asiakkaan tunnistamisen tulee perustua luotettavaan menetelmään, esimerkiksi vahvaan tunnistamiseen. Tunnistamiseen käytetty menetelmä tulee voida todentaa jälkikäteen.⁷⁰
- Etäohjauksesta tulee laatia asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot ja potilasrekisteriä tulee ylläpitää annettujen säännösten ja määräysten mukaisesti⁶⁹⁻⁷¹.
 - Kirjauksesta tulee käydä ilmi myös etäyhteyden muoto (esim. puhelinyhteys).

Tilat ja laitteet

- Etäohjauksen toteuttamisen edellytyksenä on, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on käytössään asianmukaiset tilat ja laitteet (ml. yhteydet). Potilastietojen välitykseen ja tallentamiseen käytettävien tietojärjestelmien tulee täyttää salassapitoa, tietosuojaa sekä tietoturvaan koskevat säännökset. Vastuu tietosuojasta ja tietoturvasuudesta (ml. yhteydet ja henkilötietojen käsittely) on palvelujen antajalla.⁷⁰
- Tilojen ja laitteiden tulee mahdollistaa terveydenhuollon asiakkaan yksityisyyden suojan. Ohjausta toteutettaessa on hyvä huomioida, että myös tila, jossa terveydenhuollon asiakas on ohjauksen aikana, mahdollistaa yksityisyyden säilymisen.²⁹
- Työryhmä suosittaa organisaatiota varmistamaan, että etäohjausta toteuttavilla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on saatavissa tarvittava tietotekninen tuki ongelmatilanteiden (yhteysongelmat, laiteongelmat) varalta.

Henkilökunnan koulutus ja etäohjauksen kehittämistarpeiden huomiointi

- Etäohjauksen toteuttamisen edellytyksenä on, että henkilökunnalla on etäpalvelun antamiseen asianmukainen koulutus ja valmiudet^{29,70}.
- Esihenkilöiden tulee huomioida henkilökunnan ja asiakkaiden esille tuomat mahdolliset etäohjauksen toteutukseen liittyvät huolet. Näitä voivat olla esimerkiksi turvallisuus, luotamusellisuus, yksityisyyden suoja, tietosuoja ja -turva ja työkuorma²⁹.

2. Omahoidon tukeminen etäohjauksessa

Suunnittele pitkäaikaissairautta sairastavan etäohjaus yksilöllisesti, asiakkaan tarpeet ja odotukset huomioiden, sillä

- **etäohjaus ja -seuranta ilmeisesti tukevat pitkäaikaissairautta sairastavan terveellisen ruokavalion toteuttamista^{60,72}. (B)**
- **etäohjaus edistää pitkäaikaissairautta sairastavan omahoitoa⁷³⁻⁷⁵ (C), omahoitoon sitoutumista^{61,75} (C), lääkehoidon toteuttamista⁶⁰ (C) sekä omaseuranta⁶⁰ (C) vähintään yhtä hyvin kuin tavanomainen hoito tai ohjaus.**
- **etäohjaus lisää pitkäaikaissairautta sairastavan liikkumista vähintään yhtä paljon kuin tavanomainen hoito^{60,72}. (C)**
 - Etäohjaus on tarkoitettu täydentämään ja tukemaan, mutta ei täysin korvaamaan perinteistä kasvokkain toteutettavaa pitkäaikaissairautta sairastavien omahoidon ohjausta^{29,39}
 - Omahoidon ohjauksen toteutusta suunniteltaessa tulee aina yksilöllisesti arvioida, soveltuuko etäohjaus toteutustavaksi kyseisen pitkäaikaissairautta sairastavan ohjauksessa, sekä mitkä siitä saatavat hyödyt ja sen haitat ovat.

- Terveysthuollon asiakkailla on erilaisia valmiuksia etäohjaukseen ja valmiuksien huomiotta jättäminen voi lisätä epätasa-arvoa. Huomiota tulee kiinnittää siihen, että terveydenhuollon asiakkaalla on käytössään etäohjaukseen tarvittavat laitteet ja yhteydet sekä laitteiden käyttöön tarvittava osaaminen.²⁹
- Terveysthuollon asiakkailla on erilaisia valmiuksia ottaa vastuuta omahoidostaan, mikä tulee huomioida arvioitaessa etäohjauksen soveltuvuutta⁶⁷. Huomiota tulee kiinnittää pitkäaikaissairaudesta seurannan ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseen²⁹.
- Etäohjauksen soveltuvuutta arvioitaessa tulee huomioida kommunikaatioon liittyvät haasteet (mm. vieraskielisyys). Toteutettaessa ohjausta etäyhteydellä, sanallinen ja sanaton viestintä voi olla rajoittunutta ja asettaa haasteita vuorovaikutukselle⁶⁷.
- Tulkkivälitteisessä omahoidon ohjauksessa tulee arvioida tilannekohtaisesti, voiko ohjauksen toteuttaa etäyhteydellä. Lisää tietoa tulkkivälitteisestä työskentelystä: <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytantoja/tulkkivalitteinen-tyoskentely>
- Etäohjauksen soveltuvuuteen voi vaikuttaa pitkäaikaissairautta sairastavan ohjaustarpeen luonne (mm. kuinka uusi ja monimutkainen asia on kyseessä, asian sensitiivisyys). Terveysthuollon asiakkaat arvioivat etävastaanottojen soveltuvan erityisesti lyhyiden ja yksinkertaisten asioiden käsittelyyn⁷⁶.
- Asiakkaan toiveet ja asenteet ohjauksen toteutuksesta tulee aina huomioida.

Ohjaustarpeen arviointi

- Etäohjauksessa omahoidon ohjauksen tulee perustua pitkäaikaissairautta sairastavan ohjaustarpeiden yksilölliseen arviointiin. Arviointi auttaa tunnistamaan, mitä pitkäaikaissairautta sairastava jo tietää ja osaa ennalta, ja mitä aihealueita ohjauksen tulee sisältää.
 - Ohjaustarpeen arvioinnissa pitkäaikaissairautta sairastavaa pyydetään kuvailemaan terveyteensä liittyviä huolia. Keskustelun pohjalta tehdään arvio siitä, millaista tukea ja ohjausta henkilö tarvitsee.^{40,77}
 - Arvioinnissa ohjaustarpeita tulee tarkastella monipuolisesti ja huomioida seuraavat sisältöalueet pitkäaikaissairautta sairastavan aktiivisen roolin ja omahoidon kykyjen vahvistumisen mahdollistamiseksi (voimavaraistumista tukevan ohjauksen sisältöalueet)^{19,21,27,28}:
 - tieto sairaudesta, sen oireista, ennaltaehkäisystä, hoidosta ja omahoidosta (ml. omaseuranta, lääkehoito)
 - pitkäaikaissairautta sairastavan aiemmat kokemukset ja tunteet
 - pitkäaikaissairautta sairastavan oikeudet
 - sairauden vaikutus arkeen (ml. parisuhde, perheen, muiden läheisten rooli)
 - taloudelliset tekijät (ml. hoidon kustannukset ja etuudet).

- Ohjaustarpeita arvioitaessa tulee huomioida sairauskohtaiset omahoidon ohjauksen sisältöalueet niitä koskevien hoitosuosittelujen mukaisesti (ml. Hotus-hoitosuosittelut, Käypä hoito -suositukset)^{30–38}
- Arvioinnin pohjalta ohjauksen sisältö ja toteutus suunnitellaan ja asetetaan tavoitteet ohjaukselle ja omahoidolle. Tavoitteita vasten ohjauksen toteutusta ja tuloksia arvioidaan myös ohjauksetojen välissä. Tarvittaessa suunnitelmaan tehdään muutoksia.^{14,40}

Etäohjausmenetelmän valinta

- Työryhmä suosittaa valitsemaan kuhunkin ohjaustilanteeseen parhaiten soveltuvan etäohjausmenetelmän.
 - Etäohjausmenetelmiä ovat mm. videovälitteinen, puhelimitse tai sähköisillä viestintävälineillä toteutettava ohjaus
 - Etäohjausmenetelmää valittaessa tulee varmistua, mitkä etäohjausmenetelmät ovat organisaatiossa käytössä (huomioitu mm. tietoturva)
- Mikäli ohjauksen tarve tai sen toteutukseen liittyvät tekijät muuttuvat ohjauksen aikana, tulee tarkoitukseen parhaiten soveltuva ohjaustapa arvioida uudelleen.

Toteuttaessasi etäohjausta, keskustele pitkäaikaissairautta sairastavan kanssa eri omahoidon osa-alueista painottaen yksilöllisiä ohjaustarpeita. Varmista, että pitkäaikaissairautta sairastava ymmärtää saamansa tiedon ja pystyy hyödyntämään sitä arjessaan, sillä

- **etäohjaus ja -seuranta ilmeisesti lisäävät pitkäaikaissairautta sairastavan sairautteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa vähintään yhtä hyvin kuin tavanomainen hoito tai ohjaus^{55,73–75,78}. (B)**

Vuorovaikutus etäohjauksessa

- Vuorovaikutukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota toteutettaessa omahoidon ohjausta etäyhteydellä.
 - Etäohjauksessa vuorovaikutusta edistävänä koetaan se, että pitkäaikaissairautta sairastava tuntee ohjausta antavan ammattilaisen ennalta⁶⁷.
 - Etäohjauksessa vuorovaikutusta voivat hankaloittaa katsekontaktin puuttuminen tai siihen liittyvät haasteet⁷⁹ sekä viiveet ja katkokset yhteyksissä⁸⁰.
 - Videovälitteisessä ohjauksessa kannattaa käyttää kameraa molemminpuolisen vuorovaikutuksen edistämiseksi⁸¹.
 - Vuorovaikutuksen edistämiseksi ohjausympäristön ja -tilan tulee olla ohjauksen molemmilla osapuolilla rauhallinen²⁹
 - Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen ja yhteisymmärryksen syntymistä voidaan edistää

- varaamalla riittävästi aikaa, kuuntelemalla ja antamalla tilaa tasa-arvoiselle ja vastavuoroiselle keskustelulle ja jaetulle päätöksenteolle^{21,76}
- aloittamalla ohjaustilanne lyhyellä vapaamuotoisella keskustelulla⁸²
- jakamalla ohjausta pienempiin osiin ja arvioimalla niiden välissä asiakkaan valmiuksia ymmärtää siihen mennessä käsitellyt asiat⁷⁹
- sanoittamalla tekemistä etäohjauksen aikana sekä laatimalla väliyhteenve-toja ja kertaamalla keskusteltuja asioita²⁹
- käsittelemällä mahdolliset katkokset ja yhteysongelmat sujuvasti kuitenkin varmistaen, että molemmat osapuolet ovat kuulleet olennaiset asiat katkok-sista huolimatta⁸⁰
- varmistamalla katsekontakti ja kiinnittämällä huomiota kehon asentoihin ja liikkeisiin videovälitteisen ohjauksen aikana⁸³.
- Etäohjauksessa tulee mahdollistaa molemminpuolinen vuorovaikutus myös to-teutettaessa ohjaus esimerkiksi sähköpostin, tekstiviestin tai muun asynkronisen viestintämenetelmän avulla. Pitkäaikaissairautta sairastavalla tulee olla mahdol-lisuus viestiä terveydenhuollon ammattilaisen suuntaan (esim. kysyä tarkentavia kysymyksiä) ja saada myös omahoidostaan palautetta.⁵⁷
- Mikäli etäohjausta toteutetaan ryhmämuotoisena, tulee vuorovaikutukseen ja jo-kaisen asiakkaan aktiivisen osallistumisen mahdollistamiseen kiinnittää erityistä huomiota (mm. mahdollisuus esittää kysymyksiä, ohjauksen ymmärtämisen var-mentaminen).⁸⁴

Lääkkeenoton ohjaus

- Ohjattaessa lääkkeenottotekniikkaa (esim. inhaloitavat lääkkeet) tai omaseurantaan liit-tyvää mittaustekniikkaa (esim. verensokerin mittausta, PEF-seurannan toteutus) ohjaus tulee toteuttaa vuorovaikutuksen haasteet huomioiden ja samalla varmistaen, että pit-käaikaissairautta sairastava osaa toteuttaa lääkkeenoton tai mittauksen oikein³².
 - Toteutettaessa lääkkeenotto- tai mittaustekniikan ohjausta etäyhteydellä, työ-ryhmä suosittaa ohjauksen toteutusta videoyhteydellä molemmin puolin kame-raa hyödyntäen.
 - Vastaavasti kuin tavanomaisessa ohjauksessa⁸⁵, tulee pitkäaikaissairautta sai-rastavaa pyytää näyttämään (videon välityksellä) ohjauksen jälkeen, kuinka hän ottaa lääkkeen tai toteuttaa mittauksen.

Teach-back-menetelmä

- Teach-back-menetelmää voidaan hyödyntää etäohjauksessa arvioitaessa, miten pitkä-aikaissairautta sairastava on ymmärtänyt ohjauksessa käsitellyt asiat ja mitä tulisi vielä kerrata^{86,87}
 - Menetelmässä terveydenhuollon ammattihenkilö pyytää pitkäaikaissairautta sai-rastavaa ohjauksen aikana kertomaan omahoitoon liittyvät keskeiset asiat siten, kuin hän ne on ymmärtänyt⁸⁷.

- Teach-back-menetelmän käyttö ohjauksessa vahvistaa pitkäaikaissairautta sairastavan minäpystyvyyden tunnetta ja voi edistää omahoitotaitojen kehittymistä⁸⁷.

Toteuttaessasi etäohjausta, tue pitkäaikaissairautta sairastavan luottamusta omiin kykyihinsä hallita sairauttaan, sillä

➤ **etäohjaus ja -seuranta saattavat vahvistaa pitkäaikaissairautta sairastavan aikuisen minäpystyvyyttä⁶⁰. (C)**

- Etäohjauksessa voidaan hyödyntää esimerkiksi erilaisia sovelluksia ja seurantalaitteita, jotka muun muassa tukevat pitkäaikaissairautta sairastavan osallisuutta omaan hoitoonsa, auttavat seuraamaan hoitonsa tuloksia ja antavat yksilöllistä palautetta^{88,89}.
 - Myös sovelluksia ja seurantalaitteita hyödynnettäessä on varmistuttava niiden soveltuvuudesta, luotettavuudesta ja turvallisuudesta⁷⁰.

3. Elämänlaadun tukeminen

Keskustele myös etäohjauksessa elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Tue elämänlaatuun myönteisesti vaikuttavia tekijöitä sekä huomioi elämänlaatua heikentävät tekijät ja varmista tarvittaessa niihin liittyvä hoito, sillä

➤ **etäohjauksella ja -seurannalla voitaneen parantaa pitkäaikaissairautta sairastavan sairautteen liittyvää elämänlaatua^{55,56,62,63,66,72,73,75,90,91} (C) ja fyysistä toimintakykyä^{56,60,62,64} (C) vähintään yhtä hyvin kuin tavanomaisella hoidolla tai ohjauksella.**

- Elämänlaadusta keskustellessa pitkäaikaissairautta sairastavan tilanne tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. Keskustelussa tulee huomioida seuraavat elämänlaadun ulottuvuudet:
 - fyysiset tekijät (mm. sairauden oireet, toimintakyky)
 - psyykkiset tekijät (mm. mielenterveys, mieliala)
 - sosiaaliset tekijät (mm. läheisten rooli, yksinäisyys)
 - ympäristöön liittyvät tekijät (mm. taloudellinen tilanne, asuinolot ja asuinympäristö ja palveluiden saavutettavuus).⁴⁷
- Mikäli keskustelussa ilmenee elämänlaatua heikentäviä tekijöitä, tulee niiden asianmukainen hoito ja tuki järjestää pitkäaikaissairautta sairastavan tarpeet huomioiden.

Arvioi pitkäaikaissairautta sairastavan psyykkisiä oireita ja hyvinvointia sekä varmista etäohjausmenetelmän soveltuvuus tuen tarpeeseen, sillä

- **etäohjauksella voidaan ilmeisesti tukea pitkäaikaissairautta sairastavan mielenterveyttä vähintään yhtä hyvin kuin tavanomaisella hoidolla^{59,60,63,72}. (B)**
 - Pitkäaikaissairauksia sairastavilla voi esiintyä sairauteen liittyviä psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistusta^{92–95}, jotka tulee huomioida ohjauksen aikana.
 - Pitkäaikaissairautta sairastavan tilanne ja tuen tarve tulee arvioida, ja valita yksilöllisesti hänen tilanteeseensa sopivin ohjausmenetelmä.
 - Etäohjauksen koetaan soveltuvan yleensä paremmin keskusteltaessa yksinkertaisista aiheista⁷⁶.
 - Osan ihmisistä voi olla helpompi kertoa henkilökohtaisista asioista etäyhteyden välityksellä²⁹.
 - Työryhmä suosittaa, että pitkäaikaissairautta sairastava tulee ohjata jatkohoidon piiriin, mikäli huoli psyykkisestä voinnista herää.

4. Vertaistuen mahdollistaminen etäohjauksessa

Tarjota mahdollisuus vertaistukiryhmiin myös etäyhteydellä, sillä

- **diabetesta sairastavat saattavat kokea saavansa sosiaalista tukea etäyhteydellä järjestetystä vertaistukiryhmästä^{59,72}. (C)**
 - Vertaistukiryhmät edistävät pitkäaikaissairautta sairastavien omahoitoon sitoutumista. Lisäksi vertaistuki koetaan arvokkaaksi tuen ja yhteenkuuluvuuden tunteen lisääjänä.⁹⁶
 - Vertaistukiryhmät voivat myös täydentää sosiaali- ja terveydenhuollosta saatavaa tukea⁹⁷.
 - Vertaistukea voi tarjota muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilön luotsaamalla foorumilla (esim. sähköposti, muu keskustelufoorumi), jossa pitkäaikaissairautta sairastavat voivat jakaa kokemuksiaan ja saada vertaistukea muilta samaa sairautta sairastavilta⁵⁹.
 - Jos omalla organisaatiolla ei ole mahdollisuutta tarjota sosiaalista tukea vertaistuen muodossa, voi pitkäaikaissairautta sairastavan ohjata kolmannen sektorin palveluiden pariin (esimerkiksi Allergia- ja astmaliitto, Diabetesliitto, Hengityслиitto, Sydänliitto ja OLKA)^{98–102}.

Menetelmät

Tiedonhaku

Järjestelmälliset kirjallisuushaut tehtiin yhdessä informaattikon kanssa OVID EBM, PsycINFO, Web Of Science, Scopus, ja Medic -tietokannoista asiasanahakuina ilman aikarajasta huhtikuussa 2019. Sisäänottokriteereitä tiukennettiin aiheen tarkemman rajauksen vuoksi ja työryhmän jäsenet tekivät täydennyshaun CINAHL, Cochrane, OVID JBI + Medline, PsycINFO, Scopus ja Web of Science -tietokannoista täsmennettyjä hakusanoja käyttäen vuosilta 2019–2021. Lisäksi tehtiin täsmennettyjä sairauskohtaisia tiedonhakuja. Hakusanojen määrittelyä ohjasivat myös Medline-tietokannan MeSH-termeihin otettu sanasto ja näiden synonyymit. Suositusten hakustrategiat löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön internetsivuilta.

Tiedonlähteiden valinta

Hoitosuositukseen otettiin mukaan järjestelmälliset katsaukset ja alkuperäistutkimukset, joiden laatu arvioitiin riittävän hyväksi (JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat eri tutkimusasetelmille¹⁰³, > 50 prosentin toteutuma kriteereistä) ja jotka liittyivät pitkäaikaissairautta sairastavien aikuisten etäohjauksen vaikuttavuuteen.

Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Hoitosuositukseen otettiin mukaan ne tutkimukset, joiden kohteena olivat

- pitkäaikaissairautta sairastavat aikuiset (sydän- ja verisuonisairaus, tyyppin I ja II diabetes, astma tai muu pitkäaikainen keuhkosairaus, tulehduksellinen suolistosairaus)
- terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttaman omahoidon etäohjauksen vaikuttavuus suhteessa voimavaraistavan ohjauksen ulottuvuuksiin: biofysiologinen (sairaus ja sen hoito), toiminnallinen (omahoito), kokemuksellinen (aiemmat kokemukset ja tunteet) ja sosiaalisyhteisöllinen (vertaistuki ja läheiset).

Pois jätettiin ne tutkimukset, joissa

- ei ollut diagnosoitua pitkäaikaissairautta (esim. terveyden edistämisen näkökulma; ylipaino, kohonnut verenpaine tai niska-hartiavaiva)
- tutkimus liittyi syöpään, kirurgisiin operaatioihin tai tuki- ja liikuntaelinsairauksiin
- kohteena olivat mielenterveyden ongelmat
- kohteena olivat muistisairaudet tai muut sairaudet, jotka voivat vaikuttaa etäohjauksen toteutukseen
- ohjausinterventiossa ei ollut interaktiivista komponenttia
- ohjausinterventio ei ole hoitotyöntekijän toteutettavissa.

Tutkimusten laadunarviointi

Mukaan otettujen tutkimusten menetelmällinen laatu arvioitiin JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja^{103,104} käyttäen. Jokaisen artikkelin luki ja arvioi itsenäisesti kaksi työryhmän jäsentä, joiden yhteiseen päätökseen lopullinen arviointi perustuu. Tarvittaessa työryhmä teki yhdessä lopullisen päätöksen arvioinnin tuloksesta. Laadunarvioinnin perusteella hylättiin tutkimukset, joiden pistemäärä jäi puoleen tai sen alle maksimista. Näytönastekatsauksissa laatua kuvattiin sanallisesti Hoitosuosituksen laadinta -käsikirjan¹⁰⁵ ohjeistuksen mukaisesti: kelvollinen (50–64 %), hyvä (65–85 %), tasokas (86–100 %).

Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen

Kaikki työryhmän jäsenet uuttivat ja taulukoivat laadunarvioinnin perusteella hyväksytyjen järjestelmällisten katsausten ja alkuperäistutkimusten sellaiset tulokset, jotka vastasivat hoitosuosituksen tutkimuskysymyksiin. Näytönastekatsaukset laadittiin niistä tutkimuksista, joihin suosituslauseiden näytönasteen määrittäminen (Taulukko 1) perustui. Näytönastekatsauksissa (Liitteet 1–4) kuvattiin kyseisen suosituslauseen kannalta keskeiset tulokset, tutkimuksen toteutus, laadunarvioinnin tulos, tutkimusasetelmaan perustuva näytön vahvuus (Taulukko 2) sekä tutkimustulosten sovellettavuus suomalaiseen väestöön. Suosituslauseiden näytönasteen määrittämiseen vaikutti se, kuinka vahvaa ja yhdenmukaista näyttöä näytönastekatsauksen tutkimukset tuottivat ottaen huomioon tutkimusten laadun, näytön vahvuuden ja tutkimusten otoskoot. Mikäli katsauksissa oli tehty GRADE-arvio, raportoitiin näytönastekatsauksissa katsauksen tekijöiden arvio näytönasteesta, ellei lisätutkimuksia saman suosituslauseen tueksi löytynyt.

Taulukko 1. Näytönasteen määrittäminen^{105–108}

Näytönaste (näytönastetta kuvaava kirjain)	Sanallinen kuvaus näytönasteesta	Näytönastetta määrittävä näyttö
Vahva (A)	On varsin varmaa, että vaikutus on lähellä arviota vaikutuksesta.	Useita menetelmällisesti tasokkaita* tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia.
Kohtalainen (B)	On melko varmaa, että todellinen vaikutus on lähellä arvioitua vaikutusta, mutta uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arvioon vaikutuksen suuruudesta ja suunnasta.	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas* tutkimus tai useita tasokkaita* tutkimuksia, joiden tuloksissa vain vähäistä ristiriitaa, tai useita kelvollisia** tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
Heikko (C)	Luottamus vaikutuksen arvioon on rajoitettu: uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat arvioon vaikutuksen suuruudesta ja mahdollisesti sen suunnasta.	Useita tasokkaita* tutkimuksia, joiden tuloksissa merkittävää ristiriitaa, tai ainakin yksi kelvollinen** tutkimus.
Hyvin heikko (D)	Luottamus vaikutuksen arvioon on hyvin rajoitettu: arvio vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta on epävarma.	Menetelmällisesti heikkoja tutkimuksia, laadun vähimmäisvaatimus kuitenkin täyttyy.
*Menetelmällisesti tasokas = käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa ja tutkimus toteutettu menetelmällisesti laadukkaasti		
**Kelvollinen = menetelmällinen laatu kelvollinen ja/tai tutkimusasetelmaltaan ei tutkittavan aiheen kannalta paras mahdollinen; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin		

Taulukko 2. Tutkimusasetelmat näytön vahvuuden määrittämisessä¹⁰⁵

Vaikuttavuus	
Taso 1 – Kokeelliset asetelmat	Taso 2 – Kvasikokeelliset asetelmat
1a satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten (RCT) järjestelmällinen katsaus	2a kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmällinen katsaus
1b satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten (RCT) järjestelmällinen katsaus, jossa mukana muilla asetelmissa tehtyjä tutkimuksia	2b kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmällinen katsaus, jossa mukana myös muita alemman tason tutkimusasetelmia
1c yksittäinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	2c kvasikokeellinen prospektiivinen kontrolloitu tutkimus
1d kokeelliset tutkimukset, joissa tutkittavat jaetaan koe- ja kontrolliryhmiin	2d ennen-jälkeen-koeasetelma tai historiallinen, retrospektiivinen kontrolliryhmän sisältävä tutkimusasetelma –tutkimus
Taso 3 – Havainnoivat / analyttiset asetelmat	Taso 4 – Havainnoivat / kuvailevat tutkimukset
3a vertailtavissa olevien kohorttien järjestelmällinen katsaus	4a kuvailevien tutkimusten järjestelmällinen katsaus
3b vertailtavissa olevien kohorttien järjestelmällinen katsaus, jossa mukana myös muita alemman tason tutkimusasetelmia	4b poikkileikkaustutkimus
3c kohorttitutkimus, jossa on mukana vertailuryhmä	4c tapaus-sarja
3d tapaus-kontrollitutkimus	4d tapaustutkimus
3e havainnointitutkimus ilman kontrolliryhmää	
Taso 5 – Asiantuntijoiden näkemys	
5a asiantuntijalausuntojen järjestelmällinen katsaus	
5b asiantuntijoiden yhteisymmärrys, konsensuslausuma	
5c yksittäinen asiantuntijanäkemys	
Merkityksellisyys	
Taso 1 Laadullisten tai mixed-method-tutkimusten järjestelmällinen katsaus	
Taso 2 Laadullinen tai mixed-method-synteesi	
Taso 3 Yksittäinen laadullinen tutkimus	
Taso 4 Asiantuntijalausuntojen järjestelmällinen katsaus	
Taso 5 Yksittäinen asiantuntijanäkemys/mielipide	

Suosituksen käyttöönotto

Tämä hoitosuositus on tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka toteuttavat etäohjausmenetelmillä pitkäaikaissairautta sairastavan henkilön omahoidon ohjauksesta. Hoitosuositus mahdollistaa yhtenäisen ja tasalaatuisen etäyhteydellä toteutetun omahoidon ohjauksen toteutumisen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Hoitosuositus on tarkoitettu otettavaksi käyttöön kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointialueiden ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajat, asiantuntijat ja eri yksiköiden esihenkilöt voivat hyödyntää hoitosuositusta pitkäaikaissairautta sairastavien henkilöiden näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Tämä edellyttää, että organisaatioissa mahdollistetaan edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla. Organisaatioiden velvollisuus on myös varmistaa, että henkilökunnalla on käytössään etäohjaukseen soveltuva laitteisto ja tilat sekä toimintaa tukevat laadukkaat prosessit ja näiden käyttöönotto. Hoitotyön esihenkilöillä on merkittävä rooli tähän hoitosuositukseen kootun näytön käyttöönottamisessa sekä työntekijöiden etä-

ohjaukseen liittyvän asiantuntijuuden vahvistamisessa. Etäohjauksen toteutumista, asiakaskokemusta ja tuloksia tulee seurata ja arvioida sekä kehittää toimintaa kerätyn seuranta- ja arviointitiedon avulla²⁹.

Hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden etäohjausmenetelmien osaamisen varmistamista. Myös etäohjausmenetelmien soveltuvuus tulee arvioida pitkäaikaissairautta sairastavan ja jokaisen ohjaustilanteen kohdalla yksilöllisesti. Lisäksi tulee varmistaa asiakkaan tietoturvallinen asiointi. Tässä hoitosuosituksessa ei oteta kantaa sairauskohtaisiin ohjauksen sisältöihin eikä eri etäohjausmenetelmien keskinäiseen paremmuuteen. Etäohjausmenetelmää valittaessa tulee huomioida toimintaympäristö, käytävissä oleva laitteisto sekä pitkäaikaissairautta sairastavan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Mahdollisuus kasvokkain toteutettavaan ohjaukseen tulee myös tarjota. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajilla ja esihenkilöillä on velvollisuus järjestää henkilöstön ohjaus ja koulutus sekä varmistaa henkilöstön riittävä osaaminen²⁹.

Hoitosuositusta voidaan hyödyntää myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus- ja täydennyskoulutuksessa. Suositusta voidaan hyödyntää näiden ammattiryhmien opetuksen suunnittelussa sekä oppimateriaalina.

Suosituksen päivittäminen

Hoitosuositus päivitetään 3–5 vuoden välein Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeen mukaisesti.

Jatkotutkimusaiheet

Etäohjausmenetelmiä koskeva näyttö oli tämän hoitosuosituksen tiedonhakujen perusteella osin puutteellista, joten laadukasta vaikuttavuustutkimusta aiheesta tarvitaan lisää. Erityisesti tarvitaan tutkimusta, jossa eri etäohjausmenetelmiä verrataan keskenään, jotta voitaisiin ottaa kantaa etämenetelmien keskinäiseen paremmuuteen. Hoitosuositukseen valittujen tutkimusten tulosten arviointia vaikeutti myös se, että useissa tutkimuksissa etämenetelmillä toteutettua ohjausta oli verrattu tavanomaiseen hoitoon, jonka sisältöä ei ollut tarkemmin määritelty. Lisäksi tarvitaan tutkimusta etäohjauksen kustannusvaikuttavuudesta ja käyttöönotosta.

Lähteet

1. OECD. *Health for the People, by the People - Building People-centred Health Systems*. OECD. Epub ahead of print 16 December 2021. DOI: 10.1787/C259E79A-EN.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Syöpä, <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa> (2021, accessed 26 October 2022).
3. Diabetesliitto. Tilastotietoa, https://www.diabetes.fi/diabetes/yleista_diabeteksesta/tilastotietoa#DiabetestasairastavatKelantilastoissa (2021, accessed 26 October 2022).
4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Astman ja allergioiden yleisyys, <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/astma-ja-allergiat/astman-ja-allergioiden-yleisyys> (2019, accessed 26 October 2022).
5. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Kansantautikuolleisuus vähenee edelleen - WHO:n tavoite voidaan saavuttaa*, <http://www.who.int/nmh/e> (2019, accessed 26 October 2022).
6. Tolonen H, Reinikainen J, Zhou Z, et al. Development of non-communicable disease risk factors in Finland: projections up to 2040. *Scand J Public Health* 2022; 14034948221110024.
7. Suomen YK-liitto. Kestävä kehitys – Agenda 2030, <https://www.ykliitto.fi/kestava-kehitys> (2022, accessed 31 October 2022).
8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yleistietoa kansantaudeista, <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista> (2019, accessed 26 October 2022).
9. THL. Diabeteksen kustannukset - Kansantaudit - THL, <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-kustannukset> (2016, accessed 26 October 2022).
10. Jantunen J, Kauppi P, Linna M, et al. Lääkärilehti - Astman ja allergian kustannusten myönteinen kehitys jatkui. *Lääkärilehti* 2021; 76: 797–804.
11. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi - Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus katsaus*. Valtioneuvoston kanslia, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160904> (4 June 2018, accessed 26 October 2022).
12. van de Velde D, de Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* 2019; 9: e027775.
13. Jonkman NH, Schuurmans MJ, Jaarsma T, et al. Self-management interventions: Proposal and validation of a new operational definition. *J Clin Epidemiol* 2016; 80: 34–42.
14. Effing TW, Bourbeau J, Vercoulen J, et al. Self-management programmes for COPD: moving forward. *Chronic respiratory disease* 2012; 9: 27–35.
15. Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, et al. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009; 125: 2351–9.
16. Eriksson E, Korhonen T, Merasto M, et al. *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry*. Porvoo: Bookwell Oy, 2015.
17. Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. *Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24*; 24, <http://www.minedu.fi/julkaisut/index.html> (2006, accessed 31 October 2022).
18. European Union. *Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications*. 2005.
19. Leino-Kilpi H, Maenpää I, Katajisto J. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing* 1999; 3: 138–145.
20. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
21. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs* 1998; 30: 116–123.

22. Sosiaali- ja terveysministeriö. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. *Julkaisu*, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75526> (2016, accessed 26 October 2022).
23. Zanaboni P, Fagerlund AJ. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey. *BMJ Open* 2020; 10: e034773.
24. Sairaanhoidajat. *Sairaanhoidajaliiton digitaalisten sosiaali- ja terveystalveluiden strategia*. 2021.
25. Widberg C, Wiklund B, Klarare A. Patients' experiences of eHealth in palliative care: an integrative review. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 158.
26. Hägglund E, Strömberg A, Hagerman I, et al. Theory Testing of Patient Perspectives Using a Mobile Health Technology System in Heart Failure Self-care. *J Cardiovasc Nurs* 2019; 34: 448–453.
27. Valkeapää K, Klemetti S, Cabrera E, et al. Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *Int J Nurs Pract* 2014; 20: 597–607.
28. Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, et al. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 113–119.
29. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensus suositus.
30. Hotus-hoitosuositus. 2020. Aikuisten diabetesta sairastavien insuliinihoidon ohjauksen sisältö. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Rintala T-M, Hynynen M-A, Kettunen T, Olli S, Vähätalo M. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksel/>.
31. Hotus-hoitosuositus. 2018. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Maijala V, Ihanus S, Kiema M, Miettinen H, Ylönen K. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksel/>.
32. Hotus-hoitosuositus. 2018. Keuhkohtaumatautia sairastavan omahoidon ohjauksen sisällöt. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Heikkinen K, Kaistila T, Knaapi-Junnila S, Kukkonen M, Pohju A, Siltanen H, Juusela M. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksel/>.
33. Astma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
34. Insuliinipuutosdiabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
35. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
36. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
37. Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
38. Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi.
39. WHO Guideline: *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. 2019.
40. RAO. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. *Clinical Best Practice Guidelines*.
41. Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, et al. Self management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2016: CD010442.

42. Kääriäinen M. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Väitöskirja, Universitatis Ouluensis, 2007.
43. Effing TW, Vercoulen JH, Bourbeau J, et al. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir J* 2016; 48: 46–54.
44. Virtanen H. *Nursing students' learning about an empowering discourse in patient education*. *Annales Universitatis Turkuensis. Series Medica-Odontologica D1207*. University of Turku. 2015.
45. Johansson K, Salanterä S, Katajisto J, et al. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 175–181.
46. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kirje 957233 v. 4 Sosiaali ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista.
47. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? 1996; 17: 354–356.
48. Terveyskylä. Mitä elämänlaatu on? | Palliatiivinen talo, <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/elamanlaatu-ja-kaersimys/mita-elamanlaatu-on> (accessed 31 October 2022).
49. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman, <https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000> (1997, accessed 27 October 2022).
50. Eller LS, Lev EL, Yuan C, et al. Describing Self-Care Self-Efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications. *Int J Nurs Knowl* 2018; 29: 38–48.
51. Selzler A-M, Habash R, Robson L, et al. Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2020; 103: 682–692.
52. Patil SJ, Ruppert T, Koopman RJ, et al. Peer Support Interventions for Adults With Diabetes: A Meta-Analysis of Hemoglobin A(1c) Outcomes. *Ann Fam Med* 2016; 14: 540–551.
53. de Vries L, van der Heijden AA, van 't Riet E, et al. Peer support to decrease diabetes-related distress in patients with type 2 diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial. *BMC Endocr Disord* 2014; 14: 21.
54. Legg M, Occhipinti S, Ferguson M, et al. When peer support may be most beneficial: the relationship between upward comparison and perceived threat. *Psychooncology* 2011; 20: 1358–1362.
55. Nkhoma DE, Soko CJ, Bowrin P, et al. Digital interventions self-management education for type 1 and 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Comput Methods Programs Biomed* 2021; 210: 106370.
56. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: CD002098.
57. Saffari M, Ghanizadeh G, Koenig HG. Health education via mobile text messaging for glycemic control in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* 2014; 8: 275–285.
58. Wu IXY, Kee JCY, Threapleton DE, et al. Effectiveness of smartphone technologies on glycaemic control in patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis of 17 trials. *Obes Rev* 2018; 19: 825–838.
59. Murray E, Burns J, Tai SS, et al. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2005: 1–82.
60. Posadzki P, Mastellos N, Ryan R, et al. Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 12: CD009921.
61. Wakefield BJ, Holman JE, Ray A, et al. Effectiveness of home telehealth in comorbid diabetes and hypertension: a randomized, controlled trial. *Telemed J E Health* 2011; 17: 254–261.
62. Bernocchi P, Vitacca M, la Rovere MT, et al. Home-based telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2018; 47: 82–88.
63. Janjua S, Carter D, Threapleton CJ, et al. Telehealth interventions: remote monitoring and consultations for people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 7: CD013196.
64. Janjua S, Banchoff E, Threapleton CJ, et al. Digital interventions for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 4: CD013246.

65. Zhu Y, Gu X, Xu C. Effectiveness of telemedicine systems for adults with heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev* 2020; 25: 231–243.
66. McLean S, Nurmatov U, Liu JL, et al. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD007718.
67. Kunnari T, Koivula M. eHealth-palvelut perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan tukena - kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* 2018; 30: 323–333.
68. Tietosuojavaltuutetun toimisto. EU:n tietosuoja-asetus - usein kysytyt kysymykset | Tietosuojavaltuutetun toimisto, <https://tietosuoja.fi/gdpr> (2022, accessed 13 December 2022).
69. FINLEX®. Ajantasainen lainsäädäntö: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy, 1992.
70. Valvira. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut - Valvira, https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut (2022, accessed 26 October 2022).
71. FINLEX®. Ajantasainen lainsäädäntö: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy, 2021.
72. Pal K, Eastwood S v, Michie S, et al. Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013: CD008776.
73. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, et al. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: CD007228.
74. Allida S, Du H, Xu X, et al. mHealth education interventions in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 7: CD011845.
75. Rush KL, Hatt L, Janke R, et al. The efficacy of telehealth delivered educational approaches for patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 1310–1321.
76. Rodgers M, Raine G, Thomas S, et al. Informing NHS policy in 'digital-first primary care': a rapid evidence synthesis. *Health Services and Delivery Research*. Epub ahead of print December 2019. DOI: 10.3310/hsdr07410.
77. Slama-Chaudhry A, Golay A. POLICY AND PRACTICE Patient education and self-management support for chronic disease: methodology for implementing patient-tailored therapeutic programmes.
78. Kim J, Kim S, Kim H-C, et al. Effects of consumer-centered u-health service for the knowledge, skill, and attitude of the patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Comput Inform Nurs* 2012; 30: 661–671.
79. Iломäki S, Ruusuvoori J. Preserving client autonomy when guiding medicine taking in telehomecare: A conversation analytic case study. *Nurs Ethics* 2022; 29: 719–732.
80. Shaw SE, Seuren LM, Wherton J, et al. Video Consultations Between Patients and Clinicians in Diabetes, Cancer, and Heart Failure Services: Linguistic Ethnographic Study of Video-Mediated Interaction. *J Med Internet Res* 2020; 22: e18378.
81. Iломäki S, Ruusuvoori J. From appearances to disengagements: Openings and closings in video-mediated telehomecare encounters. *Social Interaction Video-Based Studies of Human Sociality* 2020; 3: 2446–3620.
82. Sävenstedt S, Zingmark K, Hydén L-C, et al. Establishing joint attention in remote talks with the elderly about health: a study of nurses' conversation with elderly persons in teleconsultations. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 317–324.
83. Due BL, Lange SB, Nielsen MF, et al. Mimicable embodied demonstration in a decomposed sequence: Two aspects of recipient design in professionals' video-mediated encounters. *J Pragmat* 2019; 152: 13–27.
84. Iломäki S, Ruusuvoori J, Laitinen J. Effects of Transmission Delay on Client Participation in Video-Mediated Group Health Counseling. *Qual Health Res* 2021; 31: 2328–2339.
85. Hotus-hoitosuositus. 2018. Lääkehoidon toteutus keuhkohtaumatautia sairastavan hoidossa. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Heikkinen K, Kaistila T, Knaapi-Junnila S, Kukkonen M, Pohju A, Siltanen H, Juusela M. Helsinki: Hoitotyön. (viitattu 26/10/2022) Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksel/>, www.hotus.fi (accessed 31 October 2022).

86. Rose L, Istanboulian L, Carriere L, et al. Program of Integrated Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple Comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J*; 51. Epub ahead of print 2018. DOI: 10.1183/13993003.01567-2017.
87. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, et al. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2016; 14: 210–247.
88. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5: CD011425.
89. Wulfovich S, Fiordelli M, Rivas H, et al. 'I Must Try Harder': Design Implications for Mobile Apps and Wearables Contributing to Self-Efficacy of Patients With Chronic Conditions. *Front Psychol* 2019; 10: 2388.
90. Blumenthal JA, Emery CF, Smith PJ, et al. The effects of a telehealth coping skills intervention on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: primary results from the INSPIRE-II study. *Psychosom Med* 2014; 76: 581–592.
91. McLean S, Chandler D, Nurmatov U, et al. Telehealthcare for asthma: a Cochrane review. *CMAJ* 2011; 183: E733-42.
92. Zhang MWB, Ho RCM, Cheung MWL, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 217–223.
93. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, et al. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 1209–1221.
94. Amiri S, Behnezhad S. Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1177/0091217419837407>. Epub ahead of print 2 April 2019. DOI: 10.1177/0091217419837407.
95. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014; 23: 345–349.
96. Pienaar MA, Reid M. A diabetes peer support intervention: Patient experiences using the Mmogo-method@. *Health SA* 2021; 26: 1–7.
97. Heisler M, Vijan S, Makki F, et al. Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010; 153: 507–515.
98. Vertaistuki ja tapahtumat - Hengitysliitto, <https://www.hengitysliitto.fi/vertaistuki-tapahtumat/> (accessed 31 October 2022).
99. Vertaistuki - Allergia.fi, <https://www.allergia.fi/palvelut/vertaistuki/#8b1d5d63> (accessed 31 October 2022).
100. Vertaisten tuki kantaa diabetesarjessa - Diabetesliitto, <https://www.diabetes.fi/d-elamaa/vertaistuki#1c4427b4> (accessed 31 October 2022).
101. Vertaistuki - Sydänsairas - kaipaanko vertaistukea?, <https://sydan.fi/apua-ja-tukea/vertaistuki/> (accessed 31 October 2022).
102. OLKA. Hae vertaistukea, <https://olkatoiminta.fi/vertaistuki/> (2022, accessed 13 December 2022).
103. JBI. Critical Appraisal Tools, <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (2020, accessed 12 September 2022).
104. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI), <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/> (2022, accessed 12 September 2022).
105. Siltanen H, Hamari L, Heikkilä K, et al. Hoitosuosituksen laadinta –käsikirja suositustyöryhmille. Versio 2.1. *Hoitotyön tutkimussäätiö. Helsinki.*, <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksen-laadinta/> (2021).
106. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, et al. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
107. Käypä hoito. Näytön asteen määrittely. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00031.
108. Käypä hoito. Hoitosuosituksen näytönasteen arviointi GRADE-työryhmän tapaan. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00036.

