



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan moniammatillisen hoidon kehittäminen yli organisaatorajojen Lohjan sairaanhoitoalueella

Lahtinen, Minna
Reid, Anne-Maarit

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan moniammatillisen hoidon
kehittäminen yli organisaatiorajojen Lohjan sairaanhoitoalueella

Lahtinen Minna
Reid Anne-Maarit
Sairaanhoitajakoulutus (AMK)
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Minna Lahtinen, Anne-Maarit Reid

Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan moniammatillisen hoidon kehittäminen yli organisaatiorajojen Lohjan sairaanhoitoalueella

Vuosi 2016

Sivumäärä 44

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda sähköinen hoitoketju sepelvaltimotautia sairastavan potilaan moniammatillisesta hoidon ohjauksesta yli organisaatiorajojen. Toimeksiantajana sähköisen hoitoketjun toteuttamisessa oli moniammatillinen työryhmä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Lohjan sairaalasta sekä Lohjan, Vihdin, Siuntion, Karkkilan ja Inkoon perusterveydenhuollosta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitopolkua sekä potilaan ohjauksen sisältöä Lohjan sairaanhoitoalueella sekä hoitopolun toteutusta eri organisaatioissa. Tarkoituksena oli lisäksi kerätä kyselyn avulla moniammatillisen työryhmän näkemyksiä sähköisen hoitoketjun käyttökokemuksista sekä sen vastaamisesta odotuksiin. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: ”Minkälaisia käyttökokemuksia moniammatillisella työryhmällä on uudesta sepelvaltimotautipotilaan sähköisestä hoitoketjusta?”. Tarkoituksena oli kartoittaa tutkittua tietoa sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitoketjuun vaikuttavista asioista, sepelvaltimotaudista, hoitoketjuista, potilaan ohjauksesta, moniammatillisuudesta ja organisaatiorajat ylittävästä yhteistyöstä sekä selvittää miten eri lait ohjaavat sepelvaltimotautipotilaan hoitoa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja järjestöissä.

Opinnäytetyön teoreettinen tietoperusta koostui aiheeseen liittyvästä tutkimuskirjallisuudesta, alaan liittyvistä hakuportaalien tarjoamista lähteistä ja artikkeleista. Tietoperustassa käsiteltiin sepelvaltimotautia, hoitoketjuja sekä moniammatillisuutta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sähköinen hoitoketju toteutettiin teknisesti Microsoftin PowerPoint-ohjelmalla ja ulkonäöltään se vastaa HUS:n värimaailmaa sekä asetuksia. Aineisto sähköiseen hoitoketjuun saatiin moniammatilliselta työryhmältä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Kohderyhmän käsityksiä sähköisestä hoitoketjusta arvioitiin sähköisellä kyselyllä, joka lähetettiin 21:lle työryhmän jäsenelle. Vastauksia kyselyyn saatiin yhdeksän. Sähköinen hoitoketju koettiin onnistuneen erittäin hyvin ja sen teknistä toteutusta, ulkonäköä sekä helppokäyttöisyyttä pidettiin erittäin onnistuneena. Myös hoitoketjun sisältö koettiin onnistuneeksi ja sisällöllisesti riittäväksi työn kannalta. Hoitoketjun koettiin vastaavan sille asetettuja tavoitteita ja siitä koettiin olevan apua potilaan jatkohoidon kannalta.

Jatkotutkimusaiheena voisi kerätä ja tutkia käyttökokemuksia sepelvaltimotautipotilaan sähköisestä hoitoketjusta laajemmalla moniammatilliselta työyhteisöltä.

Asiasanat: sepelvaltimotauti, hoitoketjut, potilasneuvonta, moniammatillisuus, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito.

Minna Lahtinen, Anne-Maarit Reid

The inter-professional care of the coronary artery disease patient over the organisational boundaries in Lohja health care district

Year 2016 Pages 44

The purpose of the thesis was to create an electronic pathway for the guidance of coronary artery disease patient care over the organisational boundaries. The subscriber for the electronic pathway was an inter-professional team including members from HUS Lohja hospital and the primary health care in the municipalities of Lohja, Vihti, Siuntio, Karkkila and Inkoo.

The purpose of the thesis was also to chart the coronary artery disease patient's pathway and the contents of the patient guidance in the Lohja health care district and how the care pathways are achieved in different organisations. The third purpose of the thesis was to use a survey to collect inter-professional team member's opinions on the use of the electronic pathway and how it met the team's expectations. The main research question was: "What kind of user experiences does the inter-professional team have of the electronic pathway for coronary artery disease patients and has the pathway met their expectations?" The purpose was also to chart the researched information of topics which have an effect for the coronary artery disease patient's pathway, coronary artery disease, pathways, guidance of the patient, inter-professionalism and the teamwork over the organisational boundaries. The thesis also includes researched information of how different laws guide the care of coronary artery disease patient in primary and specialized health care and organisations.

The theoretical frame of the thesis was built around research literature, sources from the medical search portals and articles. The theory consisted of information of coronary artery disease, care pathways and inter-professionalism in the primary and specialized health care. The electronic pathway was made by using Microsoft PowerPoint software. The appearance of the pathway was planned according to the HUS colour scheme and settings. The inter-professional team provided the content for the pathway.

The thesis was implemented as an operational research. The user experience of the electronic pathway was assessed by an electronic survey for the target group. The survey was sent to 21 members of the inter-professional team of whom 9 answered. According to the answers of the survey, the electronic pathway was user-friendly, successful technically and in appearance. Also the content of the pathway was successful and it was described to be sufficient for the use in work. The respondents also said that the pathway met the set goals and that it will be a helpful tool when deciding the further care of the coronary artery disease patient.

As a further research the user experience of the electronic pathway could be collected from a larger inter-professional group.

Keywords: coronary artery disease, care pathways, guidance, inter-professionalism, primary health care, specialized health care

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opinnäytetyön toteutus.....	7
2.1	Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoite.....	7
2.2	Opinnäytetyön kehittämistehtävä ja tutkimuskysymys.....	8
2.3	Opinnäytetyön rajaukset.....	9
2.4	Keskeiset käsitteet.....	9
2.4.1	Sepelvaltimotauti	9
2.4.2	Sydän- ja verisuonisairaudet	9
2.4.3	Moniammatillisuus	10
2.4.4	Hoitoketju	10
2.4.5	Hoitotyö.....	10
2.4.6	Perusterveydenhuolto	10
2.4.7	Erikoissairaanhoito	11
2.4.8	Sairaanhoitopiiri	11
2.4.9	Sairaanhoitoalue.....	11
2.4.10	Potilasohjaus	11
2.5	Tietoperusta ja aikaisemmat tutkimukset	11
3	Teoreettinen viitekehys.....	12
3.1	Sepelvaltimotauti	12
3.2	Sepelvaltimotautikohtauksen hoitomuodot.....	14
3.3	Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus	16
3.4	Hoitoketjun määritelmä	17
3.5	Sepelvaltimotauti ja hoitoketju	18
3.6	Moniammatillisuus yli organisaatorajojen sepelvaltimotautipotilaan hoidossa	19
3.7	Moniammatillisuus sepelvaltimotautipotilaan hoidossa	20
3.8	Perusterveydenhuollon rooli sepelvaltimotautipotilaan hoidossa	20
3.9	Erikoissairaanhoidon rooli sepelvaltimotautipotilaan hoidossa	22
3.10	Lainsäädäntö	23
4	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	24
4.1	Toiminnallisen opinnäytetyön prosessin kuvaus	24
4.2	Sähköisen hoitoketjun esittely.....	25
4.3	Sähköinen kysely ja sen toteutus.....	28
5	Tutkimuksen tulokset	29
5.1	Toiminnallisen tutkimuksen arviointi.....	29
5.2	Sähköisen kyselyn tulokset	29
6	Pohdinta	32
6.1	Tavoitteiden saavuttaminen	32

6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	33
6.3	Johtopäätökset	34
	Lähteet	35
	Taulukko.....	39
	Kuviot.. ..	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Koko väestön terveydelle eli kansanterveydelle merkityksellisiä sairauksia kutsutaan kansantaudeiksi. Ne ovat yleisiä väestön keskuudessa ja aiheuttavat kuolleisuutta. Kansantaudeilla on merkittävä vaikutus kansantalouteen, väestön työkykyyn ja niiden hoito on haasteellista terveydenhuollolle. (Yleistietoa kansantaudeista 2016.)

Sydän- ja verisuonitaudit ovat edelleen syynä vajaan puoleen työikäisten kuolemista Suomessa. Ne ovat yhdessä suurin yksittäinen kuolinsyiden ryhmä maassamme. Sepelvaltimotauti on kansansairaus ja siihen kuoli vuonna 2012 yhteensä 11 591 henkilöä. Työikäisten määrä kuolleista oli 1252 henkilöä ja miesten osuus heistä oli 83 prosenttia. Sepelvaltimotautiin menehtyminen on vähentynyt 70-luvulta lähtien terveempien elintapojen, taudin ennaltaehkäisyn ja kehittyneemmän hoidon myötä. Liuotus- ja lääkehoito, ohitusleikkaukset sekä pallo-laajennukset ovat tuoneet merkittävän edistysaskeleen sepelvaltimotaudin hoitoon viime vuosikymmeninä. (Sydän- ja verisuonitaudit 2016.)

Sepelvaltimotautipotilaan saumaton hoito erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koettiin Lohjan sairaanhoitopiirin alueella haastavana tehtävänä. Vuonna 2014 aloitettiin yhteistyö yli organisaatorajojen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijoiden kesken. Kokemusten perusteella todettiin, että sepelvaltimotautipotilaan hoitoajat ovat lyhyitä ja intensiivisiä eikä potilas saa sairaalassaoloaikanaan kaikkea tarvittavaa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Lisäksi yhteistyön tavoitteena oli luoda sepelvaltimotautipotilaan sähköinen hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri ammattiryhmille.

2 Opinnäytetyön toteutus

2.1 Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoite

Pumppu-hanke oli Euroopan aluekehitysrahaston rahoittama ylimaakunnallinen teemahanke, jossa kehitettiin kansalaislähtöisiä, monitoimijaisia hyvinvointipalveluita vuosina 2011-2014 neljän eri maakunnan alueella. Laurea-ammattikorkeakoulu oli mukana Pumppu-hankkeessa osahankkeella, jonka tavoitteena olivat mm. saumattomat hyvinvointipolut. Osahankkeen yhtenä kohderyhmänä olivat sydän- ja diabetespotilaat. Tässä osahankkeessa Laurean opiskelijat tekivät opinnäytetyön aiheesta ”Sepelvaltimotautia sairastavan kansalaisen saumaton hoitopolku - kotiutumisvaihe erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin”. Opinnäytetyön jälkeen käynnistyi laajempi moniammatillinen yhteistyö, jonka tarkoituksena on yhteisten saumattomien toimintamallien suunnittelu ja toteutus sepelvaltimotautipotilaan hoidolle Lohjan sairaanhoitoalueella. Tähän yhteistyöhön liittyy myös tämän opinnäytetyön aihe ja

sähköisen hoitoketjun luominen. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda sähköinen hoitoketju sepelvaltimotautia sairastavan potilaan moniammatillisesta hoidon ohjauksesta yli organisaatio-rajoiden. Tarkoituksena on kartoittaa sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitopolkua, potilaan ohjauksen sisältöä Lohjan sairaanhoitoalueella, hoitopolun toteutusta eri organisaatioissa sekä kerätä kyselyn avulla moniammatillisen työryhmän näkemyksiä sähköisen hoitoketjun käyttökokemuksista ja sen vastaamisesta odotuksiin. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa tutkittua tietoa sepelvaltimotautia sairastavan potilaan hoitoketjuun vaikuttavista asioista, sepelvaltimotaudista, hoitoketjuista, potilaan ohjauksesta, moniammatillisuudesta ja organisaatorajat ylittävästä yhteistyöstä sekä selvittää miten eri lait ohjaavat sepelvaltimotautipotilaan hoitoa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja järjestöissä.

2.2 Opinnäytetyön kehittämistehtävä ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on sähköisen hoitoketjun luominen moniammatillisen hoidon ohjauksen työkaluksi, jota voidaan hyödyntää yli organisaatio-rajoiden Lohjan sairaanhoitoalueella. Lähtötilanne Lohjan sairaanhoitoalueella ennen sepelvaltimotautipotilaan sähköistä hoitoketjua oli se, että potilaan hoito perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä todettiin laajasti muuttuneen viime vuosina. Samalla huomattiin terveydenhuollon rakenteiden ja käytänteiden jääneen jälkeen. Akuutin sepelvaltimokohtauksen hoitoajat olivat aikaisempaan verrattuna lyhentyneet, ja hoitajaksoista oli tullut lyhyitä sekä intensiivisiä. Sekundäripreveniolla on hyvin tärkeä osa potilaan hoidossa, ja jatkohoito toteutetaan usein erikoissairaanhoidon ulkopuolella. Lohjan sairaanhoitoalueen perusterveydenhuollossa on eri alueilla ollut toisistaan poikkeavat käytänteet jatkohoidon suhteen. Tähän haluttiin muutos. (Silvennoinen & Martikainen 2014.) Laurean opiskelijat Anne Nyholm ja Niina Åman toteuttivat opinnäytetyönään kuvauksen sepelvaltimotautipotilaan sen hetkisen hyvinvointipolun tilanteesta Lohjan sairaanhoitoalueella. Työssä kuvattiin potilaan kotiutumisvaihetta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin. Opinnäytetyön tulosten perusteella löydettiin kehittämisehdotuksia, joita varten perustettiin moniammatillinen työryhmä yli organisaatio-rajoiden sepelvaltimotautipotilaan saumatonta hoitoa kehittämään. Tarkoitus oli keskittyä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintaan. (Nyholm & Åman 2014.) Työryhmään kuuluivat alun perin moniammatillisista ryhmistä 22 henkilöä eri ammattiryhmistä HUS Lohjan sairaalasta sekä Lohjan, Vihdin, Siuntion, Karkkilan ja Inkoon perusterveydenhuollosta.

Työryhmä alkoi kehittää sepelvaltimotautipotilaan moniammatillista hoitoa organisaatioiden sisällä ja yli organisaatio-rajoiden. Sen aikaansaannoksena on posterit (liite 3), jonka aiheena on sepelvaltimotautipotilaan optimaalinen hoito yli organisaatio-rajoiden. Posterit toteuttivat tämän opinnäytetyön tekijät toisen opintojakson yhteydessä yhdessä työryhmän kanssa. Posterit esiteltiin Suomen kardiologien hoitajien koulutuspäivillä Turussa 26.10.2015. Myös tämän opinnäytetyön tuotos - sähköinen hoitoketju - moniammatillisen hoidon ohjauksen työkaluksi

on osa työryhmän kehitystehtävää. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on: ”Minkälaisia käyttökokemuksia moniammatillisella työryhmällä on uudesta sepelvaltimotautipotilaan sähköisestä hoitoketjusta?”.

2.3 Opinnäytetyön rajaukset

Sähköinen hoitoketju on joukko ohjeita siitä, miten sepelvaltimotautipotilasta tai sydänleikattua potilasta hoidetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitoketju muodostuu erilaiseksi sen mukaisesti valitaanko ketju lääkärin, sairaanhoitajan tai fysioterapeutin näkökulmasta. Myös potilaan ikä, omatoimisuus ja esimerkiksi rytmihäiriöiden mahdollisuus määrittävät hoitoketjun kulkua.

Opinnäytetyö rajattiin koskemaan Lohjan sairaanhoitoaluetta ja sen sisällä tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä yli organisaatorajojen. Sähköisen hoitoketjun kehittämiseen osallistuvat seuraavien kuntien moniammatilliset ryhmät: HUS Lohjan sairaala sekä Lohjan, Vihdin, Siuntion, Karkkilan ja Inkoon perusterveydenhuolto. Sähköinen hoitoketju rajattiin lisäksi koskemaan sepelvaltimotautipotilaan ja sydänleikattujen hoitoketjuja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

2.4 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat sepelvaltimotauti, sydän- ja verisuonisairaudet, moniammatillisuus, hoitoketju, hoitotyö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sairaanhoitopiiri, sairaanhoitoalue ja potilasohjaus.

2.4.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotaudissa sydän kärsii hapenpuutteesta, joka johtuu sydämeen happea tuovien suonien ahtautumisesta. Sydämen hapentarve ja hapensaanti ovat sepelvaltimotaudissa epätasapainossa. Hapenpuute tuntuu potilaalla rintakipuna. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 369.)

2.4.2 Sydän- ja verisuonisairaudet

Sydän- ja verisuonitaudit liittyvät kiinteästi toisiinsa. Esimerkiksi hoitamaton verenpainetauti johtaa usein sepelvaltimotautiin sairastumiseen ja edelleen hoitamaton sepelvaltimotauti voi johtaa sydämen vajaatoimintaan tai aivoinfarktiin. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 341.) Aivoinfarkti voi olla seurausta sydäimestä lähtöisin olevasta, valtimon tukkivasta hyytymästä (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011). Sydän- ja verisuonisairauksiin kuuluvat mm.

sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, läppäviat, sydänlihassairaudet, aivoinfarkti ja synnynnäiset sydänviat. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 341.)

2.4.3 Moniammatillisuus

Moniammatillisuus on tapa organisoida työtä yhdessä tai yhteistyössä muiden ammattiryhmien asiantuntijoiden kanssa. Englanninkielinen nimike ”inter-professional collaboration” tarkoittaa asiantuntijuuden, tiedon sekä vallan jakamista. Se perustuu valta- sekä hierarkiasuhteiden romuttamiseen ja luovuuden edesauttamiseen. Moniammatillisuudessa kommunikoinnilla on keskeinen rooli. Sen avulla pyritään yhdistämään ja hyödyntämään erilaiset näkökulmat luovuudella. Näin ollen on mahdollista saavuttaa kokonaisuus, joka saattaa olla isompi kuin tämän osat yhteensä. (Flink & Saarinen 2002, 4-5.) Moniammatillista yhteistyötä on kuvattu myös prosessiksi. Siinä suunnitelmallisesti käsitellään osapuolille yhteistä ongelmatilannetta. Asiantuntijat jakavat oman tietonsa yhdenvertaisesti muiden osapuolten kanssa samalla arvostaen muiden mielipiteitä. Toimintaa ohjaavat potilaan tarpeet. (Lockhart-Wood, 276-280.)

2.4.4 Hoitoketju

Hoitoketju on terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus, joka kohdistuu potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen. Hoitoketjulla tarkoitetaan vastuun jakamista potilaan hoidon osalta ja joustavaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Silvennoinen-Nuora 2004, 34-35, 96.)

2.4.5 Hoitotyö

Hoitotyö on kokonaisuus, joka muodostuu hoidon tarpeesta, sen arvioinnista, hoitotyön toteutuksesta ja toteutuksen arvioinnista. Kaikki eri hoitotyön vaiheet kirjataan potilaskertomukseen suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukaisesti. (Iivanainen & Syväoja 2013, 15-17.)

2.4.6 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon piiriin kuuluvat terveyskeskukset, työterveydenhuolto ja yksityiset lääkäriasemat ja sen kohderyhmänä on koko väestö. Lääkärin vastaanotolle hakeutuneista potilaista noin 5 % siirtyy erikoissairaanhoidon piiriin. Hyvin tärkeää terveydenhuollon toimivuutta ajatellen on toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Perusterveydenhuoltoa voidaan pitää koko maamme terveysjärjestelmän perustana ja sen tulee olla jokaisen saatavilla. (Mattila 2005.)

2.4.7 Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoito on osa terveydenhuoltoa. Sen toimintaa ovat sairauksien tutkiminen ja hoito sekä niiden ennaltaehkäisy ja kuntoutus. Erikoissairaanhoitoa johtavat erikoislääkärit ja hoidon edellytyksenä on lääkäriltä saatu lähete. Poikkeuksen tekevät kiireelliset tapaukset. (Teperi 2005.) Sairaalat tarjoavat erikoissairaanhoidon palveluja. Suomessa valtaosa sairaaloista on julkisia. Niiden omistajia ovat kunnat ja kuntayhtymät. Jos potilaan hoito tarvitsee vaativampaa hoitoa, tehdään se sairaanhoitopiireissä sijaitsevissa keskussairaaloissa tai yliopistosairaaloissa. Julkisten palvelujen rinnalla ovat yksityiset sairaalat. Niissä tarjotaan esim. päiväkirurgisia leikkauksia. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2015.)

2.4.8 Sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää alueellaan erikoissairaanhoidon palveluita, jotka täydentävät perussairaanhoidon palveluja. Suomessa on kaksikymmentä sairaanhoitopiiriä. (Sairaanhoitopiirit 2015.)

2.4.9 Sairaanhoitoalue

Sairaanhoitopiirit jaetaan sairaanhoitoalueisiin. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri eli HUS on jaettu sairaanhoitoalueisiin, joista suurin on HYKS'in sairaanhoitoalue. Sairaanhoitoalueilla on lautakunta, joka huolehtii koko konsernin strategian ja talouden toteuttamisesta alueillaan. (Sairaanhoitoalueet 2015.)

2.4.10 Potilasohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (5§) määrittelee, että ”Potilaille on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan.” Potilasohjaus kattaa potilaan ohjauksen kokonaisuudessaan koko hoitotyöprosessin aikana aina hoidon tarpeen määrittämisestä hoidon toteutukseen ja sen arviointiin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

2.5 Tietoperusta ja aikaisemmat tutkimukset

Opinnäytetyön tietoperusta rakennetaan määriteltyjen käsitteiden ympärille. Erityisesti pyritään kartoittamaan tutkittua tietoa käsitteistä sepelvaltimotauti, moniammatillisuus, hoitoketju ja potilaan ohjaus. Tutkittua tietoa etsitään alan kotimaisista ja ulkomaisista lähde-oksista, artikkeleista sekä internet-lähteistä.

Opinnäytetyöllä on yhteys aikaisempaan Laurean opiskelijoiden tekemään opinnäytetyöhön, jossa aiheena oli ”Sepelvaltimotautia sairastavan kansalaisen saumaton hoitopolku - kotiutumisvaihe erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin”. Tämä opinnäytetyö on jatkoa yhteistyölle moniammatillisessa työryhmässä. Aiheesta on tehty myös posterit ”Sepelvaltimotautipotilaan optimaalinen hoito yli organisaatorajojen”, joka esitettiin Suomen kardiologisten hoitajien päivillä Turussa 26.10.2015.

3 Teoreettinen viitekehys

3.1 Sepelvaltimotauti

Sydänsairaus voi olla joko synnynnäinen tai hankittu. Iän myötä kehittyvät sydänvialit ovat hankittuja. Niiden syntyyn vaikuttavat elintavat, tulehdukset ja käytetyt lääkkeet. Sepelvaltimotauti eli ”koronaaritauti” on yleisin hankittu sydänsairaus. Tauti voi alkaa kehittyä jo nuorena mm. tupakoinnin, kohonneen verenpaineen ja ylipainon seurauksena sydämen valtimoiden seinämiin ilmaantuu rasvajuoste. Diabetes on myös yksi riskitekijä, joka voi edistää myöhemmällä iällä rasvajuosteen muodostumista valtimokovettumaksi eli plakiksi. Taudin ilmenemismuotoja ovat angina pectoris eli raskuuteen liittyvä rintakipu, sydäninfarkti ja akuutti sepelvaltimotautikohtaus. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2011, 8.)

Stabiilista (vakaaoireisesta) sepelvaltimotaudin muodosta on kyse silloin, kun potilaalla on todettu olevan merkittävä ahtauma sepelvaltimossa, iskemia tai sepelvaltimotautiin liittyviä oireita, joita ovat esimerkiksi hengenahdistus ja rintakipu. Sepelvaltimotautia epäiltäessä perustutkimuksiin kuuluu lepo-EKG. Lisäksi perusverenkuva, veren HbA1C -arvo, paastoverensokeriarvo, lipidi- ja ALAT -arvo sekä kreatiinipitoisuus tutkitaan. Tarvittaessa otetaan thorax-röntgenkuva. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2015.)

Ennakkotodennäköisyydellä arvioidaan potilaan kliinisiin tietoihin perustuen sepelvaltimotaudin todennäköisyyttä. Tällöin myös taudin yleisyys väestötasolla, potilaan oireet sekä riskitekijät otetaan huomioon. Sepelvaltimotautia epäiltäessä potilaalle tehdään kliininen rasituskoe, jossa tavoitteena on oirerajoitteinen, maksimaalinen suoritus ilman anti-iskeemistä eli hapen puutetta kudoksessa ehkäisevää lääkitystä. Lääkerasituksena suoritettavalla ultraääni-tutkimuksella voidaan myös todeta ahtaava sepelvaltimotauti. Se voidaan toteuttaa silloin, kun fyysinen rasitus ei tule kyseeseen. Myös sydänlihaksen perfuusion (läpivirtauksen) gamma-kuvauksen avulla on menetelmä diagnosoida sepelvaltimotautia. Näitä kuvantamistutkimuksia suositellaan silloin, kun rasitustesti ei onnistu, sen jälkeinen diagnoosi on epäluotettava tai iskemiaa ei voida todeta EKG:n perusteella. Sepelvaltimoiden tietokonetomografiassa (TT-tutkimuksessa) sepelvaltimoiden anatomiaa kuvannetaan tarkasti

varjoainetta apuna käyttäen. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2015.)

Asetyylisalisyylihappo -lääkitys (ASA) tulee aloittaa potilaalle, jolla epäillään sepelvaltimotautia. Sen on todettu vähentävän sydäninfarktin ja kuoleman riskiä. Myös statiini -lääkitys aloitetaan. Angiotensiinikonvertaasin estäjät (ACE) parantavat niiden sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ennustetta, joilla sydämen vasemmassa kammiossa on todettu olevan toiminnan häiriö. Lisäksi oireita lievittäviä, yksilöllisesti harkittavia lääkkeitä ovat lyhyt- ja pitkävaikutteiset nitraatit, beetasalpaajat, kalsiumsalpaajat, dihydropyridiinit sekä ivabradiinit. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2015.)

Angina pectoriksessa sydänkipu tulee aina rasituksessa. Sydänlihas tarvitsee tällöin enemmän verta, mutta sepelvaltimossa oleva ahtauma estää verenvirtauksen lisääntymisen. Vakaan angina pectoriksen tyypillisin oire on puristava rintakipu rasituksen aikana, mutta levossa tai nitron ottamisen jälkeen kipu helpottuu nopeasti. Epävakaassa taudin muodossa kipu saattaa tulla milloin vain, myös levossa. (Mäkijärvi ym. 2011, 250.) Epävakaata angina pectoris vaatii tavallisesti sairaalahoitoa ja sen erotusdiagnostiikka sydäninfarktista on se, että sydänlihaskauriota ei ole. Sepelvaltimoiden varjoainokuvaus on tehtävä suuririskisissä tapauksissa. (Syvänen 2016.)

Akuutissa sepelvaltimokohtauksessa ahtauma valtimossa kasvaa nopeasti tai irronnut plakki aiheuttaa verenhiyytymän, joka ahtauttaa suonon. Kohtauksessa rintakipu pahenee nopeasti eikä kipua helpota välttämättä useankaan nitron ottaminen. Akuutti sepelvaltimokohtaus vaatii sairaalahoitoa. EKG:n eli sydänsähkökäyrän ja verikokeiden ottamisen jälkeen päätetään jatkohoidosta, joka voi olla pelkästään lääkehoito tai 2-3 päivän kuluessa tehty varjoainokuvaus. Tutkimusten perusteella päätetään tehdäänkö potilaalle pallolaajennus vai ohitusleikkaus. (Mäkijärvi ym. 2011, 250.)

Sydäninfarktissa valtimeen muodostunut ahtauma tukkii koko suonon ja estää verenkierron sydänlihakseen. Tyypillinen oire infarktille on kova rintakipu, johon ei tuo helpotusta nitrojen ottaminen eikä lepo. Potilas on saatava nopeasti hoitoon sairaalaan, jossa EKG:n ja verikokeiden perusteella voidaan infarkti todeta ja aloittaa joko liuotushoito tai pallolaajennus. (Kettunen 2014.)

Kaikissa sepelvaltimotaudin ilmenemismuotojen ehkäisyssä on tärkeää arvioida potilaan riskitekijät. Tupakoinnin lopettaminen, terveellinen ruokavalio, liikunnan lisääminen ja ylipainon pudottaminen sekä kohonneen verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriö ovat asioita, joilla voidaan vaikuttaa potilaan sairastumiseen sepelvaltimotautiin ja taudin uusiutumiseen.

(Mäkijärvi ym. 2011, 252-253.) Stabiilissa sepelvaltimotaudissa sekundaariprevention sisältämä neuvonta, opastus sekä ohjattu liikunta on todettu vähentävän potilaiden kuolleisuutta ja infarkteja, pienentävän riskejä sekä vaikuttavan elämänlaatuun parantavasti. Potilaan seuranta suunnitellaan yksilöllisesti ja tärkeää siinä on motivoida potilasta itsehoitoon vaikuttamalla riskitekijöihin. (Stabiili sepelvaltimotauti 2015.)

3.2 Sepelvaltimotautikohtauksen hoitomuodot

Tärkeimmät tavoitteet sepelvaltimotautikohtauksen hoidossa ovat oireiden ja sydänlihaksen verenkierron helpottaminen sekä muiden sydäntapahtumien (kuolema, sydäninfarkti ja uusiutuva iskemia) estäminen. Hoidon ei myöskään tulisi aiheuttaa uusia vaaroja potilaalle kuten munuaisten toimintahäiriötä tai verenvuoto-ongelmia. (Sepelvaltimotautikohtaus 2014.)

Kajoava sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa tulee kyseeseen siinä tapauksessa, että potilas kokee oireita lääkehoidosta huolimatta tai kajoamattomissa tutkimuksissa on tullut ilmi ennustetta huonontava löydös. Sydämen kaikukuvaus tehdään arvioitaessa rintakipuisen potilaan sydämen toimintaa ja rakennetta. Sepelvaltimoiden anatomia, taudin vaikeusaste, liitännäissairaudet sekä leikkausriski ovat osatekijöitä harkittaessa mahdollista revaskularisaatiohoitoa (verenkierron palauttamista). Jos kyseessä on 1-2 suonon tauti, on varjoainekuvauksen yhteydessä mahdollista tehdä pallolaajennus ja asettaa stentti. (Sepelvaltimotautikohtaus 2014.)

Äkillisessä sepelvaltimotautikohtauksessa pallolaajennus tehdään usein jo koronaariangiografian eli sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen jälkeen samassa toimenpiteessä. Se suoritetaan paikallispuudutuksessa joko rannevaltimon tai reisivaltimon kautta. Sepelvaltimon suulle ohjataan ohut katetri, jonka kulkua seurataan röntgenlöpivalaisun avulla. Ahtautuneeseen kohtaan viedään ohut lanka, jota pitkin kuljetetaan toimenpiteessä tarvittavia välineitä suonon sisällä. Lieriön muotoinen pallo, joka on katetrin päässä, suurennetaan ahtauman kohdalla. (Sepelvaltimoiden pallolaajennus 2016.) Toimenpide kohdistuu sepelvaltimon sairaaseen kohtaan eli akuuttiin ahtaumaan, josta patologista kudosta työnnetään syrjään erilaisilla stenteillä. Stentti on metallista valmistettu verkkoputki, jota käytetään tukemaan ja pitämään auki verisuonia tai muita tiehyitä sisäpuolelta. Pallolaajennuksessa stentillä pyritään estämään sepelvaltimon kohdan ahtautuminen uudelleen. (Lepojärvi 2013.) Verisuonen sisäkalvo kasvaa muutamassa kuukaudessa suojaamaan stenttiä. Potilas tarvitsee paranemisprosessin aikana veren hyytymistä estävän lääkityksen. (Sepelvaltimoiden pallolaajennus 2016.)

Pallolaajennukseen päädytään varsinkin silloin, kun potilaalle on merkittävä sepelvaltimon ahtauma joko yhdessä tai kahdessa suonessa tai jos potilaalla on todettu kolmen suonon tauti, mutta sydämen vasen kammio toimii hyvin (Reponen 2014). Sitä voidaan pitää ensisijaisena

hoitona silloin, kun suonon tukkeutumisesta hoidon aloitukseen on enemmän kuin kolme tuntia, hoidettavana on suuren riskin potilas (kuten diabetesta sairastava potilas), liuotushoito todetaan olevan vasta-aiheinen, tai jos potilas edelleen kipuilee liuotushoidon jälkeen. Veren hyytymisenestolääkitys aloitetaan kardiologin ohjeistuksella mahdollisimman pian sen jälkeen, kun päätös pallolaajennuksesta on tehty. (Tierala & Mäkijärvi 2015.) Toimenpiteen jälkeen potilaan veren sokeri- ja kolesteroliarvot sekä verenpaine tulevat olla hallinnassa. Oikeat elintavat sekä sepelvaltimotaudista johtuva lääkehoito ovat edellytys hyvälle ennusteelle. Tupakointi on lopetettava ja päivittäisestä liikunnasta huolehdittava. (Kivelä 2014.)

Pallolaajennuksen kesto vaihtelee puolesta tunnista kahteen tuntiin riippuen ahtaumien määrästä ja ominaisuuksista. Toimenpiteen jälkeen potilasta seurataan vuodelevossa 2-6 tuntia. Potilas voi mahdollisesti kotiutua jo samana päivänä. Hoitotulokset ovat pallolaajennuksessa hyviä. Potilaista 5 %:lla stentti ahtautuu uudelleen. Tällöin joudutaan tekemään uusi angiografia tai ohitusleikkaus. Stentin laittamisen jälkeen ei suositella magneettikuvausta tehtäväksi kahteen kuukauteen. (Sepelvaltimoiden pallolaajennus 2016.)

Ohitusleikkauksessa rakennetaan tukkeutuneen tai ahtautuneen sepelvaltimon ohitus terveellä verisuonella. Verisuonisiirteenä käytetään rinnan sisäseinämän valtimoa, alaraajalaskimoita tai varttinävaltimosiirrettä. (Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus 2016.) Ohitusleikkaustekniikka valitaan potilaskohtaisesti. Se voidaan tehdä sydän-keuhkokoneen avulla, jolloin leikkaus suoritetaan rintalastan kautta sydän pysäyttämällä tai ilman sydän-keuhkokonetta käyväällä sydämellä. Jälkimmäinen vaihtoehto soveltuu hyvin potilaille, joilla sydän-keuhkokoneen käyttöön liittyy suurentunut komplikaatioiden riski, joita ovat esimerkiksi munuaisten vajaatoimintaa tai aivoverenkiertohäiriötä sairastavat potilaat. (HUS a 2016.) Ohitusleikkauksessa potilaan on kestettävä vaativan toimenpiteen rasitus. Sillä on yleensä parempi ennuste, pitkäkestoisempi hyöty sekä oireiden pienempi uusiutumiskäsi riski pallolaajennukseen verrattuna. Hoitomuodoksi valitaan tavallisesti ohitusleikkaus, kun ahtaumakohtia todetaan olevan useita. (Vainikainen 2014.) Potilaalle tulee aloittaa statiini- ja asetyylisalisyylihappo-lääkitys pysyvästi. Lääkehoidossa beetasalpaajaa ja nitroja jatketaan tarvittaessa. Potilaskohtaisella kuntoutussuunnitelmalla ja elintapaohjauksella on merkittävä rooli jatkohoidossa. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2015.) Potilaan veren sokeri- ja kolesteroliarvoihin sekä verenpaineeseen on kiinnitettävä huomiota ja niiden tulee olla hallinnassa. Tupakointi tulee lopettaa ja päivittäisestä liikunnasta huolehtia. (Kivelä 2014.)

Ohitusleikatun potilaan vointia sekä heräämistä tulee tehostetusti tarkkailla teho-osastolla minimissään vuorokauden ajan. Potilaan kuntoutus aloitetaan heti leikkausta seuraavana päivänä. Potilaan voinnin tasaannuttua hänet siirretään vuodeosastolle, jossa hoitajat ja fysio-

rapeutit auttavat kuntoutumisen alussa päivittäisissä toiminnoissa. Potilasta motivoidaan liikumaan joka päivä hiukan enemmän. Sairaalassa ollaan yleensä 7-10 vuorokautta ohitusleikkauksen jälkeen. Moniammatillinen työryhmä keskustelee potilaan kanssa kotiutumsvaiheessa asioista, jotka liittyvät hänen lääkitykseen, toipumiseen, kotiutukseen ja jatkohoitoon. Leikkauksesta toipuminen on yksilöllistä ja se saattaa viedä monia viikkoja. Potilaan vointi toimenpidettä ennen, yleiskunto sekä ikä ovat yksilöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan yksilölliseen toipumiseen. Jälkitarkastus tehdään yleensä 3-4 kuukauden kuluttua operatiivista. (HUS b 2016.)

Liutushoito on aloitettava kahden tunnin sisällä oireiden alkamisesta. (Mäkijärvi ym. 2011, 250.) Liutushoito toteutetaan laskimonsisäisesti. Jo syntyneessä infarktissa käytetty verihyytymän liutushoito puolestaan poistaa hyytymää ja voi palauttaa verenkiertoa suoneen. (Kettunen 2014.) Lisäksi tarvitaan lääkehoitoa, joka jatkuu pitkään infarktin jälkeen (Mäkijärvi ym. 2011, 250).

3.3 Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus

Sumasen (2005, 7) tekemässä tutkimuksessa arvioitiin sepelvaltimotautia sairastavan työikäisen väestön erityispiirteitä. Tutkimukseen osallistuneista 319 potilasta olivat jatkaneet haitallisia elämäntapoja kuten tupakointia siitäkin huolimatta, että olivat saaneet diagnoosin sepelvaltimotaudista. Tämä potilasryhmä oli myös kontrolliväestöä ylipainoisempi. Tämä tarkoittaa sepelvaltimotaudin osalta sekundaariprevention epäonnistumista. Lisäksi viimeisen vuoden aikana reseptilääkkeiden hakemisen ja lääkärin vastaanottokäynnit oli laiminlyönyt joka kuudes sepelvaltimotautia sairastava potilas. Tätä perusteltiin korkeiden kustannuksiin vedoten. Tutkimus osoittaa myös, että työikäiset sepelvaltimotautia sairastavat potilaat sairastavat usein masennusta, kärsivät nukkumisongelmista sekä ovat päivällä väsyneempiä kontrolliväestöön verrattuina. Lisäksi yhteistä sepelvaltimotautipotilaille oli myös se, että he ovat kokeneet lapsuudessaan muuta väestöä enemmän epämiellyttäviä asioita. Molempia sukupuolia sepelvaltimotautipotilailla koski tutkimuksen mukaan se, että sukupuolielämän merkitys tuntui vähenevän kun potilas oli sairastanut sydäninfarktin. Tutkimuksessa tiivistettiin, että työikäisten sepelvaltimotautipotilaiden taudinkuva on monimuotoinen ongelma, johon tulee kiinnittää huomiota primaaripreventiossa, varhaisessa diagnosoinnissa, sekundaaripreventiossa, potilasryhmän hyvinvoinnissa sekä hoidon hyvässä sitoutumisessa.

Tutkimuksen mukaan potilasta kuvaa pääasiassa neljä aluetta, jotka edesauttavat elämäntapamuutokseen. Somaattisena virikkeenä toimivat elimistön signaalit parantumisen/sairaudesta. Sosiaaliset/käytännölliset virikkeet pitävät sisällään mm. muuttuneet olosuhteet liittyen sosiaalisen verkoston tukeen ja vaatimuksiin. Käytännölliset virikkeet liittyvät potilaan ulkopuolisiin ympäristötekijöihin. Kognitiivisiksi virikkeiksi voidaan lukea potilaan aktiiviset

päätökset sekä asiaankuuluva tieto, hoitomyönteisyys sekä tottumukset. Tunnepitoiset virikkeet käsittävät elämänmuutokseen ja sairauteen liittyvät pelot ja vastahakoisuuden, alentuneen itsetunnon sekä kyvyttömyyden vastustaa houkutuksia. (Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl 2005, 261-275.)

Sepelvaltimopotilaan ohjausta sekä neuvontaa on tutkittu Turussa vuonna 2008. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt jaettiin leikkauksen kiireellisyyden mukaan ryhmiin: ei-kiireellisiin ja kiireellisiin. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että potilaalle annettu ohjaus ja neuvonta vaikuttivat myönteisesti kun kyseessä oli miesten alkoholin käytön tiheys sekä naisten harrastaman liikunnan tiheys sekä toimintakyky. Nämä myönteiset vaikutukset tulivat ilmi ei-kiireellisen leikkauksen kohdalla. (Kummel 2008.)

3.4 Hoitoketjun määritelmä

Hoitoketjulla tarkoitetaan potilaan hoidon kirjattua suunnitelmaa. Se on diagnoosikohtainen, perustuu hoitosuositukseen lääketieteellisen tiedon osuudelta ja sen tavoitteena on tukea porrastettua hoitoa sairaanhoitopiirissä. Hoitoketju palvelee perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa ja sen on tarkoitus palvella työtä potilastasolla. Sen laadinnassa on usein mukana myös sosiaalitoimi. Hoitoketjussa on huomioitava kuntakohtaiset yksilöllisyydet, ja ymmärrettävä perusterveydenhuollon toiveet ja resurssit erikoissairaanhoidon asiakkaina. Ne ovat potilaan hoidon kannalta keskeisiä. Hoitoketjun kokonaisuuden hallintaa sekä työn käytännön etenemistä koordinoi tavallisesti sairaanhoitopiirissä nimetty vastuhenkilö. Moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä korostuu hoitoketjua laadittaessa. Potilaan hoitoa porrastettaessa eheä yhteistyö tarkoittaa kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen mukaan ottamista hoitoketjua laadittaessa. Tämä tulee toteutua sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Tärkeää on huomioida arvostus eri osapuolia kohtaan sekä tavoitella yhteistä näkemystä. Myös hoitohenkilökunnan näkemykset ja resurssit tulee tarkastella. Alueelliset hoitoketjut tarjoavat ytimekkään näkemyksen potilaan hoidon työnjaosta. Niiden sisältö keskittyy palvelemaan hoitoketjudiagnoosia, ja antamaan tarpeellista tietoa perusterveydenhuollon ja klinikoiden välisestä yhteistyöstä. Hoitoketjun luomisvaiheesta vastaa moniammatillinen työryhmä yli organisaatorajojen. Tämän työryhmän vastuulla on hoitoketjun suunnittelu- ja kirjoittamisvaihe. E erityisen tärkeää on muodostaa yhteistyöverkosto ja kouluttaa sekä motivoida henkilökuntaa, jotta hoito voidaan onnistuneesti porrastaa toimivaksi käytännössä hoitoketjun jokaisella tasolla. (Nuutinen 2000, 1821-1823.)

Hoitoketjuja on kehitetty eri puolilla Suomea Käypä hoito -suositusten pohjalta. Hoitoketjumallit kirkastavat työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä ohjaavat tarvittavia resursseja ja auttavat potilaita saamaan oikea-aikaista ja laadukasta hoitoa. (Silvennoinen-Nuora 2004, 35.)

Hoitoketjujen vaikuttavuutta potilaan hoitoon, sairaalassaoloaikaan sekä sairaalan kustannuksiin on tutkittu. Tutkimuksessa käytettiin yhteensä 27 alkuperäistutkimusta, ja siihen osallistui 11398 henkilöä. Tulokseksi saatiin se, että hoitoketjujen kautta dokumentaatio parantui, komplikaatiot vähentyivät, potilaan sairaalassa viettämä aika lyhentyi ja kustannukset pienenevät. Hoitoketjuista ei todettu olevan haittaa potilaan hoidossa. (Rotter ym. 2010, 2.)

Renholm, Leino-Kilpi ja Suominen ovat tehneet kriittisistä hoitopoluista artikkelin vuonna 2002, jossa todetaan, että hoidon jatkuvuus paranee hoitoketjua käyttämällä. Hoitopolku- tai ketju auttaa henkilökuntaa miettimään potilaan hoitoa hoitotiimin näkökulmasta. Hoitopolun rakentaminen antaa kaikille tiimin jäsenille paremman käsityksen potilaan hoidosta ja siitä millaisia tuloksia on odotettavissa. (Renholm, Leino-Kilpi & Suominen 2002, 198.)

3.5 Sepelvaltimotauti ja hoitoketju

Renholm, Suominen, Turtiainen ja Leino-Kilpi (2009, 169-170) ovat tutkineet leikkauspotilaiden näkemyksiä hoidon jatkuvuudesta ja sitä miten hoitoketjua pitäisi kehittää, jotta saavutettaisiin laadullisesti parempaa hoitoa. Tutkimustulokseksi saatiin se, että potilaat kokivat tiedon saannin hoidon eri vaiheista tärkeäksi asiaksi. Potilaille oli tärkeää, että toimenpide oli hyvin aikataulutettu ja järjestetty. Myös nopea kotiutuminen toimenpiteen jälkeen koettiin tärkeäksi. Jatkohoidon kannalta potilaat kokivat tärkeäksi, että joku oli heihin yhteydessä toimenpiteen jälkeenkin. Potilaista oli tärkeää, että pystyivät itse vaikuttamaan oman hoitoonsa. Ikäväksi koettiin tutkimuksen mukaan se, että potilasta siirrettiin sairaalasta toiseen, sillä kukaan ei tarkkaan tiedä hoitoketjua. Potilaat halusivat tuntea olonsa turvalliseksi ja saada yksilöllistä hoitoa. Tutkimuksen mukaan ne potilaat, joilla oli oma hoitaja, kokivat hoidon yksilöllisemmäksi. Jos hoitoon osallistui liian monta hoitohenkilökunnan jäsentä, kokivat potilaat, ettei hoidon jatkuvuus toteutunut. Tutkimuksen mukaan tietokatkoksia terveydenhuollossa syntyi eri organisaatioiden kesken. Tästä johtuen potilaat tunsivat joutuvansa yhä uudestaan ilmaisemaan oman asiansa hoitohenkilökunnan eri toimijoille.

Kuopion yliopistollinen sairaala käynnisti vuonna 2003 hankkeen, jossa kehittämiskohteena oli sepelvaltimotautipotilaan hoitoketju. Sen tavoitteena oli sepelvaltimokohtauspotilaiden hoitoketjun ja hoitoprosessien hallintajärjestelmän kokonaisvaltainen kehittäminen sekä tehostaminen. Kuopion yliopistollinen sairaala oli todennut sepelvaltimotautipotilaiden hoitoketjut tehottomiksi. Hoitoketjun sisällä sepelvaltimotautipotilas kohtaa moniammatillista henkilökuntaa useilla eri osastoilla. Nämä oman toiminta-alansa asiantuntijat osaavat potilaan hoitoketjusta hyvin oman osuutensa. He eivät kuitenkaan hahmota hoitoketjun kokonaisuutta. Tästä johtuen potilas voi joutua tarpeettomiin laboratoriotutkimuksiin tai hänelle saatetaan toistaa samat ohjeet moneen kertaan. Lisäksi tiedonkulku hoitoketjun edellisistä vaiheista

seuraaviin vaiheisiin on puutteellista. Kun sepelvaltimotautipotilaan hoito on ohjattu prosessin omaisesti, hoitohenkilökunta suunnittelee potilaan hoitoprosessin hoitosuosituksen mukaisesti haarautumiskohtineen. Myös vaihekohtainen dokumentointi toteutetaan. Tähän liittyy olennaisesti myös prosessinomaisen hoidon hallintajärjestelmä, jonka avulla on mahdollista käyttää vaiheittaisia hoito-ohjeita sekä oletusmääräyksiä. Moniammatillisen hoitohenkilökunnan tehtäväksi jää huolehtia siitä, että potilas on soveltuvin standardihoitoon sekä tehdä yksilöllisiä ratkaisuja potilaskohtaisesti. Tämä tarkoittaa rutiineista poikkeavaa, syvää ammatillista osaamista. (Rönkä & Markkanen 2004, 37.)

Hoitoprosessin hallintajärjestelmässä potilas saa ajankohtaista tietoa hoidostaan. Potilaalla on mahdollista saada informaatiota hoitoketjun vaiheista ja suunnitellusta kestosta. Hoidon eteneminen ja siihen vaikuttavat päätökset on mahdollista antaa potilaalle entistä nopeammin. Hoito on tasalaatuista, sillä hoidossa noudatetaan asetettuja suosituksia ja hoitostandardeja. Tämä vähentää myös mahdollisia hoitovirheitä. Prosessimallinen hoito poistaa sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun ongelmakohtia, mikä edesauttaa tehokkaampaa potilasvirtausta. (Rönkä & Markkanen 2004, 37.)

3.6 Moniammatillisuus yli organisaatorajojen sepelvaltimotautipotilaan hoidossa

Eri organisaatioihin ja ammattikuntiin kuuluvien työntekijöiden yhteistyö ja päätöksenteko työryhmissä ja kokouksissa on keskeinen väline moniammatillisessa työssä. Yhteistyöllä taataan tasapuolisempi ja läpinäkyvämpi hoito- ja päätöksentekotyö niin ammattilaisten kuin asiakkaiden kannalta. Tehtävän moniammatillisen yhteistyön muoto voi vaihdella tiimityöskentelystä kokouksissa erilaisiin päätöksiin koskien mm. potilaan hoitoa, kotiuttamista, sijoitusta tai kuntouttamista. Päätöksistä keskustellaan eri ammattiryhmien kesken sekä ryhmissä, joissa potilas ja/tai hänen omaisensa ovat läsnä. Ammattiryhmien edustajia voi olla eri organisaatioista kuten esimerkiksi perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Moniammatillisten ryhmien tavoitteena on tuottaa rationaalisia, tasapuolisia ja eettisesti oikeita päätöksiä niin järjestelmän kuin asiakkaan kannalta. Moniammatillinen päätöksenteko on osa asiakaskeskeistä hoitoa ja asiakkaan osallisuudesta omaan hoitoon käytävää vuoropuhelua. (Nikander 2003, 279-290.)

Moniammatillisessa työryhmässä on oleellista jokaisen työntekijän osuus potilaan hoidossa. Työryhmään kootaan eri ammattiryhmien edustajia, jotka ovat tärkeitä potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Eri ammattikuntien rajat ylittävä yhteistyö tulee tulevaisuudessa entisestään lisääntymään. Hoitoalan koulutuksessa ja sen kehittämisessä voidaan hyödyntää moniammatillisesta työskentelystä saatuja kokemuksia mm. eettisen ja moraalisen päättelyn ja tasapainon osalta. Erityisesti erilaisten päätöksentekotilanteiden analysointi tuottaa arvokasta

tietoa ja ymmärrystä, joilla moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää jatkossa. (Nikander 2003, 288.)

Moniammatillisessa yhteistyössä voi tulla myös ongelmia. Pula eri ammattiryhmien edustajista, yhteisen ajan löytäminen voi olla hankalaa ja kokoukset voivat kärsiä tehottomuudesta. Myös eri työpaikkojen erilaiset hoitokulttuurit voivat aiheuttaa ongelmia yhteistyövalmiuteen. Lisäksi haasteita voi tuoda eri ammattiryhmien välinen työnjako ja sen säilyttäminen sopivana. (Lehtonen 2011, 1187-1188)

3.7 Moniammatillisuus sepelvaltimotautipotilaan hoidossa

Moniammatillisesta ryhmätyöskentelystä on hyötyä sepelvaltimotautia sairastavan potilaan diagnosoinnissa ja lääkehoidossa sekä yhteensopivan hoidon löytymiseksi mahdollisten muiden sairauksien hoidon kanssa. Lääkehoidon osalta on löydettävä oikea lääkitys ja annostus. Muu lääkehoito, liitännäissairaudet tai ikä voivat peittää alleen sydänsairauden oireet. Jaarsman (2005) artikkelin mukaan potilaan diagnosoinnissa on hyötyä kardiologien, yleislääkäreiden, sisätautilääkäreiden ja geriatrien yhteistyöstä. (Jaarsma 2005, 833.)

Erityisesti moniammatillisuus on koettu tärkeäksi iäkkään potilaan hoidossa sekä elämäntapamuutosten yhteydessä. Sydänsairas saattaa usein myös sairastua masennukseen tai hänellä voi olla muutoksia toimintakyvyssään. Tällöin on oleellista, että hänen jatkohoitoon osallistuvat niin lääkärit kuin sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset kuten esimerkiksi fysioterapeutit. Pelkästään itse sydänsairauden hoitaminen ei siis riitä, vaan moniammatillisen tiimin on mietittävä yhdessä koko potilaan hoitoketju aina kotiutukseen ja voinnin seurantaan saakka. (Jaarsma 2005, 843-835.)

3.8 Perusterveydenhuollon rooli sepelvaltimotautipotilaan hoidossa

Sairaanhoitajan vastaanotolla voidaan potilaalle tehdä valtimosairauksien riskikartoitus. Siinä kirjataan ylös potilaan riskitekijät haastatteleamalla seuraavat asiat: liikunnan määrä, liikunnan teho ja laji, tupakointi, alkoholin käyttö, stressi sekä mielen hyvinvointi. Lisäksi potilaan vyötärön ympärys ja paino mitataan sekä verenpaineen kotimittaustulokset ja viimeisimmät verensokeri- ja kolesteroliarvot käydään läpi. Sairastumisen riskikartoituksessa voidaan apuna käyttää Score- tai Finriski -laskuria. Yhdessä potilaan kanssa keskustellaan niistä riskitekijöistä, joihin hänellä on motivaatiota vaikuttaa omilla elintavoillaan. Potilaan tullessa vuositarkastukseen arvioidaan aiemmin suunniteltujen tavoitteiden toteutuminen. (Pellikka 2014.)

Sepelvaltimotaudin sekundaariprevention tavoitteena on potilaan tupakoimattomuus sekä veren normaali kolesterolipitoisuus. Siihen pyritään muuttamalla alkoholi-, ruoka- ja liikuntatottumuksia. Tarvittaessa turvaudutaan lääkitykseen. (Kauppinen & Muhonen 2014.)

On tutkittu, että sekundaaripreventiolla, joka sisältää opetusta ja neuvontaa tai ohjattua liikuntaa tai näitä molempia, on tilastollisesti tärkeä elämänlaatua parantava merkitys. Tutkijaryhmä etsi tutkittua tietoa sepelvaltimotaudin sekundaariprevention tehokkuudesta eri tietokannoista. He jättivät sairaalahoitoon suunnatut tutkimukset huomioimatta. Eri tutkimuksista elämänlaatua arvioi 42 tutkimusta, joista 24:ssä ilmeni selkeä elämänlaatuun parantavasti vaikuttava merkitys. Vuonna 2005 tehtyyn tutkimukseen osallistui 21295 henkilöä. (Clark, Hartling, Vandermeer & McAlister 2005.)

Sepelvaltimotaudin diagnosoimiseen kuuluvat anamneesi sekä rasitus-EKG. Lohjan sairaanhoitopiirissä rasitus-EKG voidaan suorittaa terveyskeskuksessa tai Lohjan sairaalassa sisätautipoliklinikalla. Riskitekijät on oltava selvillä ja niihin on reagoitava asiaan kuuluvalla tavalla. Niitä ovat mm. veren kohonnut kolesterolipitoisuus (LDL), tupakointi, kohonnut verenpaine ja diabetes. Perusterveydenhuolto kartoittaa riskitekijät seuraavien verikokeiden perusteella: pvk, krea, s-elektrolyytit, s-LDL, s-HDL, fs-triglyseridit, s-kolesteroli ja fb-glukoosi. Kroonisen sepelvaltimotaudin ensisijainen lääkehoito on asetyylisalisyylihappo ja beetasalpaaja. Rasitus-EKG tulee uusina, jos potilaan rintakipuilu pahenee. (Luotola, Lindholm & Nummila 2011.)

Jos potilaalle tehdään pallolaajennus, ohjataan hänet sen jälkeen yhdestä kahteen kuukauteen kuluttua kontrolliin avohoidon lääkärin vastaanotolle. Tällöin arvioidaan mahdollisuus vähentää lääkehoitoa (kuten pitkävaikutteinen nitraatti) sekä tarkistetaan, että riskitekijät on asiainkuuluvalla tavalla hoidettu. Oireeton potilas käy kontrolloissa yhdestä kahteen kertaa vuoden aikana. Ohitusleikatun potilaan kontrollit avohoidon lääkärin vastaanotolla ovat potilaasta riippuen yhdestä neljään kertaa vuodessa. Riskitekijät tulee hoitaa myös ohitusleikatujen potilaiden kohdalla. Potilaan ollessa oireeton angina pectoris -lääkityksen voi lopettaa. Myös beetasalpaajan voi lopettaa, jos potilaalla ei ole ollut sydäninfarktia. ASA säilyy potilaan lääkehoitona kuitenkin pysyvästi. (Luotola ym. 2011.)

Terveyskeskuslääkäri kirjoittaa B-lausunnon erityiskorvattavista lääkkeistä. Kun hoito siirtyy erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen, sinne lähetetään potilaan epikriisi, siirtodekursus eli päivittäismerkinnät sekä laboratoriojaksokertymä. Jatkoseurannan osalta erityisen tärkeitä seikat tulee ilmetä potilaan sairauskertomuksesta. (Luotola ym. 2011; Lapin sairaanhoitopiiri 2014)

3.9 Erikoissairaanhoidon rooli sepelvaltimotautipotilaan hoidossa

Kroonisen sepelvaltimotautipotilaan diagnosoimisessa potilas lähetetään Lohjan sairaalaan sisätautipoliklinikalle raskuskokeeseen, jos sitä ei ole mahdollista tehdä terveyskeskuksessa (Luotola ym. 2011). Kun sepelvaltimot ahtautuvat tai tukkeutuvat, aiheutuu oireistoja, joita kutsutaan sepelvaltimotautikohtauksiksi. Akuutin sepelvaltimotautikohtauksen saanut potilas tulee lähettää sairaalahoitoon päivystyksellisesti. Potilaan vaaran arviointi luokittelee hänelle määrätyn hoitopaikan. Jos potilas on hemodynaamisesti (veren virtauksellisesti) epävakaa, hänellä on käynnissä oleva iskemia, joka on tukoksen aiheuttama hapen tai veren puute kudoksessa tai merkkejä globaalista tai laaja-alaisesta iskemiasta, tulee hoito olla valvontatasoista. Jos potilas on suuressa vaarassa, tehdään sydämen kaikukuvaus. Potilas pidetään vuodelevossa, jos hänellä on oireita, merkittäviä rytmihäiriöitä tai hänelle on todettu kehittyneen merkittävä sydänlihaskaurio. (Sepelvaltimotautikohtaus 2014.)

Varjoainokuvaus ja revaskularisaatio (verenkierron palauttaminen) mahdollisimman varhaisessa vaiheessa yhdessä antitromboottisen eli veren hyytymisenestohoidon kanssa vähentävät suuren vaaran sepelvaltimotautikohtauksen saaneiden potilaiden vakavia sydäntapahtumia. Näitä ovat sydäninfarkti ja kuolema. Potilaalle tehdään varjoainokuvaus, jolla voidaan varmistaa sepelvaltimotaudin diagnoosi ja sen vaikeusaste. Varjoainokuvaus on merkityksellinen arvioitaessa revaskularisaation tarvetta ja menetelmää. Revaskularisaatiolla tarkoitetaan ohitusleikkausta tai pallolaajennusta. Se tulee pyrkiä tekemään mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 2-3 vuorokaudessa. Varjoainokuvausta voidaan hyödyntää myös diagnosoitaessa rintakipupotilasta. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2015.) Lohjan sairaanhoitoalueella potilas lähetetään HYKS:iin sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen, jos potilaan oireet lääkähoidosta huolimatta häiritsevät normaalia elämää tai raskus-EKG:n löydös on sepelvaltimotautiin viittaava. Myös toistuva keuhkopöhö ilman selkeää syytä sekä primaarisen kammiovärinänsä saanut, elvytetty potilas ja diagnostinen rintakipu ovat syitä lähettää potilas varjoainekuvaukseen. (Luotola ym. 2011.) Kammiovärinänsä sydämen kammiot värisevät, joka aiheuttaa sydänlihaksen epätavallisen supistumisen ja verenkierto lakkaa (Kettunen 2014).

HYKS:ssä ohitusleikattu potilas palaa toimenpiteestä Lohjan sairaalan sisätautiosastolle. Leikkauksen jälkeinen jälkitarkastus tehdään noin kolmen kuukauden kuluttua Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikalla. (Luotola ym. 2011.)

Sepelvaltimotaudin riskitekijöihin tulee puuttua myös sairaalassaoloaikana riippumatta hoitajakson pituudesta. Näitä riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, diabetes, tupakointi ja rasva-aineenvaihdintahäiriöt. Suurin riski kohtauksen uusiutumiselle on kotiutumista seura-

vat viikot. Potilaalle tulee antaa toimintaohjeet siltä varalta, että sepelvaltimotautikohtauksen viittaavat oireet uusiutuvat. (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2015.)

3.10 Lainsäädäntö

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 2 luku 3 §) mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Lisäksi lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 2 luku, 8 §) mukaan potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 2 luku 4 a §) mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Terveydenhuoltolain (2010, 2 luku 13 §) mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Edelleen terveydenhuoltolain (2010, 3 luku 24 §) mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

- 1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;
- 2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;
- 3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;
- 4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen.

Lain mukaan krooninen sepelvaltimotauti luokitellaan lääketieteellisin perustein vaikeaksi ja pitkäaikaiseksi sairaudeksi. Sen hoidossa käytettävässä välttämättömästä lääkkeestä 72 % tulee korvata. (Valtioneuvoston asetus 198/2009, 2 §.)

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (2011, 2 luku 3§) mukaan terveydenhuollon järjestämissuunnitel-

massa on sovittava kuntien tavoista toimia laaja-alaisessa yhteistyössä alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteuttamiseksi. Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (2011, 2 luku 10§) mukaan suunnitelmassa on sovittava, kuinka terveydenhuollon toimintayksiköiden yhteistyö kuntien sosiaalihuollon ja muun toiminnan kanssa toteutetaan. Suunnitelmassa on sovittava myös, kuinka yhteistyö muiden viranomaisten, alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisten toimijoiden, kuten yksityisen työterveyshuollon ja lääkehuollon sekä järjestöjen kanssa toteutetaan.

4 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, järjestämistä tai järjeistämistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Työn tuloksena on aina jokin konkreettinen tuote. Opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu perehdyttämisoas tai jonkin tapahtuman kuten konferenssin toteuttaminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä nivoutuvat yhteen käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-58.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Siinä luodaan toimeksiantajalle sähköinen hoitoketju ja tuotetaan prosessia kuvaileva kirjallinen raportti. Osana toiminnallista tutkimusta toteutetaan kysely moniammatilliselle yhteistyöryhmälle yli organisaatio-rajojen. Kyselyssä kerätään käyttökokemuksia sähköisestä hoitoketjusta ja siitä miten se on vastannut odotuksia. Kysely suoritetaan sähköisellä lomakkeella ja saadut tulokset analysoidaan.

4.1 Toiminnallisen opinnäytetyön prosessin kuvaus

Yhteistyö tilaajaorganisaation kanssa alkoi toukokuussa 2015. Ensimmäinen tapaaminen oli 4.5.2015, jolloin käytiin läpi sähköisen hoitoketjun aineistoa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen työikäisten terveystalvupalvellaikkön kanssa. Ensimmäinen sepelvaltimotautipotilaiden hoitoketju - kokous pidettiin moniammatillisen työryhmän kesken 8.5.2015. Tällöin myös sähköistä hoitoketjua sekä siihen liittyvää posteria alettiin suunnitella. Lisäksi nimettiin viisihenkinen pienryhmä työryhmän keskuudesta työstämään posteria ja sähköistä hoitoketjua yhteistyössä opiskelijoiden kanssa.

Pienryhmä kokoontui kolme kertaa päivinä 26.5., 27.8. ja 16.9.2015 työstämään posteria. Työryhmälle, johon kuului 22 moniammatillista henkilöä yli organisaatio-rajojen, lähetettiin sähköpostitse kysely 2.6.2015. Kyselyssä kysyttiin työryhmän mielipiteitä ja ajatuksia siihen mennessä toteutuneesta tai muuttuneesta toimintatavasta liittyen sepelvaltimotautipotilaan

hoitoon. Vastauksista referoitiin yhteenveto, joka luovutettiin työryhmälle. Kyselyn tuloksista saatiin myös aineistoa posterin arviointiosuuteen.

Opiskelijat kuvasivat 3.9.2015 sydämen ultraäänitutkimusta ja potilaan rasiuskoetta Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosastolla 4A. Kuvattavia olivat kardiologi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimenpiteeseen osallistuva potilas sekä potilasta esittävä hoitaja. Kuvia käytettiin sekä posterissa että sähköisessä hoitoketjussa.

Seuraava sepelvaltimotautipotilaiden hoitoketju kokous pidettiin 18.9.2015. Tällöin työryhmälle esiteltiin viimeinen versio posterista ja ensimmäinen versio sähköisestä hoitoketjusta. Valmis posterit esiteltiin Suomen kardiologisten hoitajien koulutuspäivillä Turussa 26.10.2015. Opinnäytetyön aiheanalyysi valmistui samana päivänä 26.10.2015. Viimeinen sepelvaltimotautipotilaiden hoitoketjua koskeva kokous pidettiin 20.11.2015. Kokouksessa esiteltiin lähes valmis sähköinen hoitoketju, johon oli tehty työryhmän antamat korjaukset ja sisältömuutokset. Valmis sähköinen hoitoketju luovutettiin työryhmälle 24.11.2015.

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma esitettiin suunnitelmaseminaarissa 8.12.2015. Opiskelijat toimittivat Lohjan kaupunkiin, Perusturvakuntayhtymä Karviaiseen, Siuntion kuntaan sekä HUS Lohjan sairaalaan tutkimuslupahakemukset koskien sähköisen lomakekyselyn lähettämistä moniammatilliselle työryhmälle. Kyselyssä arvioitiin sähköisen sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun käyttökokemuksia. Tutkimusluvut eri organisaatioilta saatiin 11.2.2016 mennessä.

Sähköinen lomakekysely lähetettiin moniammatilliselle työryhmälle Lohjan kaupunkiin, Perusturvakuntayhtymä Karviaiseen sekä Siuntion kuntaan 8.2.2016 ja HUS Lohjan sairaalaan 11.2.2016. Työryhmää muistutettiin kyselyyn osallistumisesta 16.2. ja 1.3.2016. Kysely lähetettiin 21 henkilölle, joista yhdeksän vastasi kyselyyn määräaikaan mennessä. Toisesta muistuttamisesta huolimatta kyselyyn ei saatu lisää vastauksia.

4.2 Sähköisen hoitoketjun esittely

Sähköinen hoitoketju toteutettiin teknisesti Microsoftin PowerPoint -ohjelmalla. Ohjelman valintaan vaikutti se, että se on laajasti käytössä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidon piirissä. Ulkonäön osalta sähköinen hoitoketju toteutettiin HUS:n värimaailman ja asetusten mukaisesti. Aineisto sähköiseen hoitoketjuun saatiin moniammatilliselta työryhmältä. Lisäksi hoitoketjua elävöittämään kuvattiin työryhmän jäseniä aidoissa työympäristöissä. Hoitoketjusta tehtiin ensimmäinen versio työryhmältä saadun materiaalin mukaisesti ja sen jälkeen ketjua muokattiin työryhmältä saadun palautteen perusteella.

Sähköisen hoitoketjun käyttö aloitetaan valitsemalla ammattiryhmä joko lääkäri tai sairaanhoitaja/fysioterapeutti (dia 1).




LÄÄKÄRI

SAIRAANHOITAJA JA
FYSIOTERAPEUTTI

Dia 1: Valitaan ammattiryhmä

Ammattiryhmän valinnan jälkeen päästään seuraavaan valikkoon, josta edetään valitsemalla potilaan sairauden mukainen vaihtoehto. Kuviossa kaksi on valittu ammattiryhmäksi Sairaanhoitaja ja fysioterapeutti (dia 2).



Sydäninfarktipotilaan
ohjauskaavio

Sepelvaltimotautipotilaan
ohjauskaavake

Dia 2: Sairaanhoitajan ja fysioterapeutin valikko, josta valitaan potilaan sairauden mukainen vaihtoehto

Hoitoketjussa edetään valikko kerrallaan valitsemalla sopiva vaihtoehto potilaan sairauden näkökulmasta. Diassa kolme on valittu edellisestä diasta kaksi sydäninfarktipotilaan ohjauskaavio (dia 3).



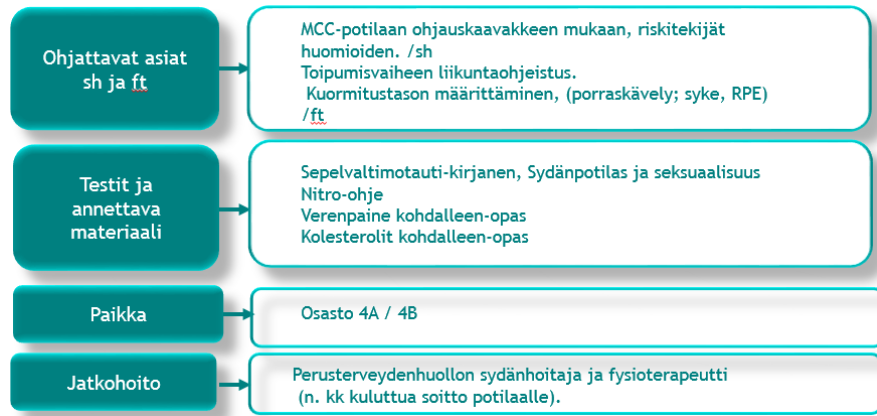
Dia 3: Sydäninfarktipotilaan ohjauskaavio hoitoketjussa

Edelleen tehdään valinta työikäisen tai iäkkään potilaan suhteen (dia 3). Seuraavassa diassa neljä on valittu Työikäiset vaihtoehto (dia 4). Jokaisen hoitoketjun ruudun oikeassa alareunassa on valinnat Edellinen valikko tai Takaisin alkuun, joilla päästään liikkumaan ketjussa taaksepäin tai hoitoketjun aloitusruutuun.



Dia 4: Työikäiset / PCI lääkehoito

Hoitoketjussa valitaan seuraavaksi potilaan oireiden mukainen vaihtoehto. Diassa viisi on valittu vaihtoehto EF > 50% NYHA I, jolloin päästään hoitoketjun viimeiseen ruutuun tämän potilasryhmän kohdalta (dia 5). Viimeisessä ruudussa kerrotaan mitä asioita ja materiaalia potilaalle tulee ohjata ja jakaa sekä ilmoitetaan missä potilaan hoito- ja jatkohoitopaikka sijaitsee.



Dia 5: Hoitoketjun viimeinen ruutu

4.3 Sähköinen kysely ja sen toteutus

Sähköinen kyselylomake suunniteltiin kohderyhmän vastaajien näkökulmasta. Sähköpostiviestissä, jolla vastaajille lähetettiin linkki kyselyyn, oli mukana vastausohje ja saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin mitä tarkoitusta varten kysely tehdään, mihin tietoja tullaan käyttämään, ketkä ovat kyselyn tekijöitä, kuka on työn toimeksiantaja, mikä oppilaitos on kyseessä sekä ketkä ovat opinnäytetyön ohjaajia. Sähköisen kyselyn kysymykset (Liite 2) muotoiltiin tutkimuskysymyksen perusteella väittämiksi, joihin vastaaja valitsi sopivan vaihtoehdon määrittelystä asteikosta. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-59.)

Opinnäytetyössä käytetään tutkimuksen tiedonkeruu- ja analyysimenetelmänä sähköistä kyselylomaketta kohderyhmän mielipiteiden kartoittamiseksi sähköisen hoitoketjun käyttökokeuksista ja siitä miten se on vastannut odotuksia. Kysely suoritetaan sähköisellä lomakkeella ja lähetetään kaikille moniammatillisen työryhmän jäsenille. Kyselyyn tulevat kysymykset on lueteltu alla. Vastaaja arvioi jokaista kysymystä 5-portaisella asteikolla. (Kananen 2012, 126-127.)

Asteikko:

- 4 = täysin samaa mieltä
- 3 = jokseenkin samaa mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 1 = täysin eri mieltä
- 0 = ei kokemusta asiasta

Valitse ammattiryhmä:

Lääkäri

Sairaanhoitaja

Fysioterapeutti

Väittämät:

1. Koen, että sähköisestä hoitoketjusta on ollut hyötyä ja se tukee työskentelyäni.
2. Sähköinen hoitoketju on helppokäyttöinen.
3. Olen tyytyväinen sähköisen hoitoketjun tekniseen toteutukseen.
4. Sähköisen hoitoketjun ulkoasu vastaa odotuksiani.
5. Sähköinen hoitoketju on sisällöllisesti riittävä työni kannalta.
6. Olen käyttänyt sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena.
7. Sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoitoon.
8. Sähköinen hoitoketju vastaa sille asetettuja odotuksia.
9. Avoin palaute sähköisestä hoitoketjusta:

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Toiminnallisen tutkimuksen arviointi

Opinnäytetyön arviointisuunnitelmassa arvioidaan työn aihetta ja ideaa, asetettuja tavoitteita, teoreettista viitekehystä ja tietoperustaa sekä kohderyhmää. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan sähköisellä kyselyllä kohderyhmälle. Kyselyn palautteen perusteella arvioidaan sähköisen hoitoketjun käyttökokemuksia ja odotuksiin vastaamista kohderyhmän näkökulmasta. Arviointia suoritetaan myös työn toteutustavan osalta, johon lasketaan mukaan mitä keinoja käytettiin tavoitteiden saavuttamiseksi ja aineiston keräämiseksi. Koko opinnäytetyön ja sen osa-alueiden osalta arvioidaan myös mahdollisia epäonnistumisia ja kehityskohteita. (Vilka & Airaksinen 2003, 154-161.)

5.2 Sähköisen kyselyn tulokset

Sähköinen kysely tuotettiin Laurean e-lomake -ohjelmalla. Kyselyn vastaukset vietiin Excel- taulukkolaskentaohjelmaan, jossa niitä jatkokäsiteltiin. Vastauksia sähköiseen kyselyyn saatiin määräaikaan mennessä yhdeksän kappaletta.

Kyselyyn vastasivat eri ammattiryhmien edustajat seuraavasti:

Lääkäri	2
Sairaanhoitaja	3
Fysioterapeutti	3
Ei ammattiryhmää	1

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) on vastaukset koottuina ja keskiarvot laskettuina.

Taulukko 1. Kootut vastaukset.

(N = 9) (4 = täysin samaa mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä, 0 = ei kokemusta asiasta)

Väittäjä	Ka
1. Koen, että sähköisestä hoitoketjusta on ollut hyötyä ja se tukee työskentelyäni	3,67
2. Sähköinen hoitoketju on helppokäyttöinen.	3,78
3. Olen tyytyväinen sähköisen hoitoketjun tekniseen toteutukseen	4,00
4. Sähköisen hoitoketjun ulkonäkö vastaa odotuksiani	3,56
5. Sähköinen hoitoketju on sisällöllisesti riittävä työni kannalta	3,33
6. Olen käyttänyt sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena	2,33
7. Sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa	1,44
8. Sähköinen hoitoketju vastaa sille asetettuja odotuksia	3,67

Ensimmäinen väittäjä: ”Koen, että sähköisestä hoitoketjusta on ollut hyötyä ja se tukee työskentelyäni.”

Kuusi vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketjusta on ollut hyötyä heidän työssään. Kolme vastaaja oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketjusta on ollut hyötyä heidän työssään. Ensimmäisen väittämän vastausten keskiarvo on 3,67.

Toinen väittäjä: ”Sähköinen hoitoketju on helppokäyttöinen.”

Seitsemän vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että sähköinen hoitoketju on helppokäyttöinen. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketju on helppokäyttöinen. Toisen väittämän vastausten keskiarvo on 3,78.

Kolmas väittäjä: ”Olen tyytyväinen sähköisen hoitoketjun tekniseen toteutukseen.”

Kaikki yhdeksän vastaajaa olivat täysin samaa mieltä siitä, että he olivat tyytyväisiä sähköisen hoitoketjun tekniseen toteutukseen. Kolmannen väittämän vastausten keskiarvo on 4,00.

Neljäs väittämä: ”Sähköisen hoitoketjun ulkonäkö vastasi odotuksiani.”

Kahdeksan vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että sähköisen hoitoketjun ulkonäkö vastaa heidän odotuksiaan. Yhdellä vastaajista ei ollut kokemusta asiasta. Neljännen väittämän vastausten keskiarvo on 3,56.

Viides väittämä: ”Sähköinen hoitoketju on sisällöllisesti riittävä työni kannalta.”

Kuusi vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että sähköinen hoitoketju on sisällöllisesti riittävä heidän työnsä kannalta. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sähköinen hoitoketju on sisällöllisesti riittävä heidän työnsä kannalta. Yhdellä vastaajista ei ollut kokemusta asiasta. Viidennen väittämän vastausten keskiarvo on 3,33.

Kuudes väittämä: ” Olen käyttänyt sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena.”

Yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä siitä, että hän on käyttänyt sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena. Neljä vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat käyttäneet sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä siitä, että he ovat käyttäneet sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena. Yksi vastaajista oli väittämästä täysin eri mieltä ja yhdellä vastaajista ei ollut kokemusta asiasta. Kuudennen väittämän vastausten keskiarvo on 2,33.

Seitsemäs väittämä: ”Sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa.”

Yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa. Yksi vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa. Yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa. Neljä vastaajaa oli täysin eri mieltä siitä, että sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa. Kahdella vastaajista ei ollut kokemusta asiasta. Seitsemännen väittämän vastausten keskiarvo on 1,44.

Kahdeksas väittämä: ”Sähköinen hoitoketju vastaa sille asetettuja odotuksiani.”

Kuusi vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että sähköinen hoitoketju vastaa sille asetettuja odotuksia. Kolme vastaajaa olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, että sähköinen hoitoketju vastaa sille asetettuja odotuksia. Kahdeksannen väittämän vastausten keskiarvo on 3,67.

Sähköisen kyselyn viimeisenä kohtana annoimme vastaajille mahdollisuuden antaa avointa palautetta sähköisestä hoitoketjusta. Avointa palautetta antoi neljä vastaajista. Vastauksista kävi ilmi se, että sähköisen hoitoketjun koettiin olevan hyvä apuväline perehdytyksessä. Vastaajat itse eivät sitä kuitenkaan ole käyttäneet työssään. Sydänpotilaan hoidossa sähköinen hoitoketju todettiin olevan hyvä edistysaskel, joka vähentää konsultointitarvetta ja selkeyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon roolijakoa sekä luo yhtenäistä toimintakulttuuria kehittäen samalla organisaatorajoja ylittävää yhteistyötä.

Avoimissa palautteissa kirjattiin seuraavaa:

”Henkilöille jotka tarvitsevat lisätietoja ja perehdytystä, tämä on erittäin hyvä apuväline mielestäni.”

”Sähköinen hoitoketju on hyvä edistysaskel sydänpotilaan hoitopolussa. Se luo yhtenäisyyttä ja tasa-arvoa potilaiden hoidossa, koska se ohjaa samalla tavalla käyttäjää.”

”Sähköisen hoitoketjun käyttö kliinisessä työssä on vielä vähäistä. Se selventää kyllä eri ammattiryhmien työnkuvaa sydänpotilaan hoidossa.”

6 Pohdinta

6.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Tutkimuksen arviointitieto koostuu eri tekijöistä, joita ovat tutkimusaineiston perusteella tehdyt havainnot, niistä tehdyt johtopäätökset sekä johtopäätöksistä tehdyt kehittämissuositukset (Virtanen 2007, 165). Tutkimusraportissa on kerrottava, jos tietoja ja tuloksia voidaan vain osittain käyttää hyväksi. Samoin raportissa on kerrottava kuinka moni vastasi kyselyyn ja arvioitava vastauskato ja sen vaikuttavuus tulkintaan. (Vilka 2015, 203.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda sähköinen hoitoketju sepelvaltimotautia sairastavan potilaan moniammatillisesta hoidon ohjauksesta yli organisaatorajojen. Sähköisen kyselyn tarkoituksena oli kerätä moniammatillisen työryhmän näkemyksiä sähköisen hoitoketjun käyttökemuksista sekä sen vastaamisesta odotuksiin. Sähköinen hoitoketju onnistui erittäin hyvin ja sen teknistä toteutusta, ulkonäköä sekä helppokäyttöisyyttä kyselyyn vastaajat pitivät erittäin onnistuneena. Myös hoitoketjun sisältö koettiin onnistuneeksi ja olevan riittävä sisällöllisesti

työn kannalta. Hoitoketjun koettiin vastaavan sille asetettuja tavoitteita ja siitä koettiin olevan apua potilaan jatkohoidon kannalta.

Itse sähköinen kysely onnistui tyydyttävästi. Kysely lähetettiin 21 henkilölle ja siihen vastasi yhdeksän henkilöä. Näin ollen vastausprosentti kyselyyn oli 43 %. Kysely itsessään oli erittäin helppo laatia Laurean e-lomake -ohjelmalla ja sen lähettäminen vastaajille sähköpostilinkkinä toimi moitteettomasti. Kyselyn vastausprosentti olisi saanut olla suurempi ja kyselyn kohde-ryhmänä työryhmä oli liian suppea.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen pätevyyttä eli validiteettiä arvioidaan siten, miten hyvin tehty kysely on mitannut sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiteetin vaikuttaa se, millä tavalla vastaajat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen ja kysymykset. Tulokset voivat vääristyä, jos vastaaja ei ajattelekaan samalla tavalla, kuin kyselyn laatijat olettavat. Tutkimuksen luotettavuus (reliabiliteetti) tarkoittaa sitä, miten hyvin kysely on toistettavissa. Luotettavuutta voi vähentää se, jos vastaaja esimerkiksi muistaa vastatessaan jonkin asian väärin tai ymmärtää asian eri tavalla kuin kyselyn tekijä. (Vilka 2015, 193-194.)

Sähköiseen kyselyyn vastanneista vain yksi oli täysin samaa mieltä siitä, että hän on käyttänyt sähköistä hoitoketjua työssään. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä siitä, että he ovat käyttäneet sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena. Yksi vastaajista oli väittämästä täysin eri mieltä ja yhdellä vastaajista ei ollut kokemusta asiasta. Tutkimuksen validius ei täten toteutunut kovin hyvin. Vastaajat ymmärsivät kysymyksen oikein, mutta tutkimuksen kohde-ryhmänä sähköisen hoitoketjun suunnitteluun osallistunut moniammatillinen työryhmä ei ollut paras mahdollinen. Tutkimuksen validiteettiä olisi lisännyt, jos kohde-ryhmäksi olisi valittu laajempi ammattikunta, joka tarvitsee päivittäisessä työssään potilaan hoitoa ja jatkohoitoa päätettäessä apuvälinettä kuten sähköistä hoitoketjua.

Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimaa hyvää tieteellistä käytäntöä eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten esittämisessä ja niiden arvioinnissa. Lähdemerkinnöissä viitataan muiden tutkijoiden tekemiin julkaisuihin asianmukaisesti. Tutkimuslupa ja mahdollinen vaadittava eettinen ennakoarviointi tehdään vaaditulla tavalla. Opinnäytetyötä tehdessä otetaan huomioon henkilö- ja tietosuoja-asiat. Varsinaisia potilastietoja ei opinnäytetyössä tulla käsittelemään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Eettisyyden osalta opinnäytetyö ja siinä käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisesti. Tutkimusluvut on haettu ja hyväksytty ajallaan sekä sähköiseen kyselyyn vastanneiden henkilö- ja

tietosuoja-asiat on huomioitu niin, ettei yksittäisen henkilön vastauksista voi päätellä henkilöllisyyttä.

6.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyössä toteutetulla sepelvaltimotautipotilaan sähköisellä hoitoketjulla oli tarkoitus yhtenäistää eri ammattiryhmien käytänteitä sepelvaltimotautipotilaan jatkohoidosta ja siihen liittyvistä asioista. Hoitoketju käsitteenä on varsin uusi ja siihen liittyvää teoretietoa oli vaikea löytää. Eri tutkimuksissa vaihtelivat käsitteet hoitoketju ja hoitopolku. Hoitoketjun koettiin olevan terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessin kokonaisuus, joka kohdistuu potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen. Opinnäytetyön osalta hoitoketju käsitteenä sopi parhaiten kuvaamaan sähköistä hoitoketjua, joka työssä toteutettiin.

Moniammatillisuus on tapa organisoida työtä yhdessä tai yhteistyössä muiden ammattiryhmien asiantuntijoiden kanssa. Englanninkielisissä tutkimuksissa siitä käytetään usein nimikettä ”inter-professional collaboration”, joka tarkoittaa asiantuntijuuden, tiedon sekä vallan jakamista. Moniammatillisuudessa kommunikoinnilla on keskeinen rooli. Sen avulla pyritään yhdistämään ja hyödyntämään erilaiset näkökulmat luovuudella. (Flink & Saarinen 2002, 4-5.)

Opinnäytetyössä moniammatillisuus toteutui sähköisen hoitoketjun suunnittelussa. Suunnittelua tehtiin työryhmässä, johon osallistui eri ammattiryhmien edustajia kuten kardiologi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja alan opiskelijoita. Työryhmän sisällä kommunikointi sujui hyvin eri ryhmien välillä ja luovuutta hyödynnettiin organisaatorajojen yli.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: ”Minkälaisia käyttökokemuksia moniammatillisella työryhmällä on sepelvaltimotautipotilaan sähköisestä hoitoketjusta, ja miten sen on koettu vastaavan työryhmän odotuksiin?”. Tutkimuskysymykseen saatiin vastaus sähköisellä kyselyllä, jonka kohderyhmänä oli moniammatillinen työryhmä. Sähköisen hoitoketjun tekniseen toteutukseen, ulkonäköön ja helppokäyttöisyyteen moniammatillinen työryhmä oli tyytyväinen. Lisäksi sen koettiin olevan sisällöllisesti riittävä työn kannalta. Hoitoketjun koettiin vastaavalle asetettuja tavoitteita ja siitä koettiin olevan apua potilaan jatkohoidon kannalta. Tutkimuksen vastauksista kävi kuitenkin ilmi myös se, että osa vastaajista eivät olleet käyttäneet sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena lainkaan, ja että sähköinen hoitoketju on vielä heikosti kliinisessä käytössä. Toisaalta sepelvaltimotautipotilaan sähköinen hoitoketju oli ollut kohderyhmän käytettävissä vasta noin kaksi ja puoli kuukautta silloin, kun kysely työryhmän käyttökokemuksista lähetettiin. Kyselyn vastausprosentti oli 43. Sähköisen kyselyn kohderyhmänä työryhmä oli siis liian suppea. Tämä olisi pitänyt huomioida ennen tutkimussuunnitelman tekoa. Tarkoituksenmukaisempaa olisi ollut lähettää kysely laajemmalle käyttäjäkunnalle eri organisaatioissa.

Lähteet

Painetut lähteet

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Lehtonen, J. 2011 Moniammatillisuus psykiatriassa. Duodecim vol. 127, 2011.

Lockhart - Wood, K. 2000. Collaboration between nurses and doctors in clinical practise. British journal of nursing.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Nro: 40.

Nyholm, A. & Åman, N. 2014. Sepelvaltimotautia sairastavan kansalaisen saumaton hoitopolku - kotiutumisvaihe erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Renholm, M., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 2002. Critical Pathways. JONA. Volume 32.

Rönkä, M. & Markkanen, P. 2004. Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketju kehittämiskohteena. Sairaala 5/2004, 37.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketju ja vaikuttavuus. Tampere: Pekan Offset.

Silvennoinen, P. & Martikainen, T. 2014. Sepelvaltimotautipotilaan saumaton hoito ESH:n ja PTH:n yhteistyönä. Lotjake 6.3.2014 kokouksen esitysmateriaali.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Sähköiset lähteet

Clark, AM., Hartling, L., Vandermeer, B. & McAlister, FA. 2005. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med. Viitattu 25.1.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16263889>

Flink, S. & Saarinen, S. 2002. ”Yksin näkee asiat yhdestä suunnasta, yhdessä vähän laajemmin” Moniammatillisen yhteistyön jännitteet. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.22.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89634/gradu00111.pdf?sequence=1>

HUS. a 2016. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Sepelvaltimoiden pallolaajennus. Viitattu 29.3.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/kardiologia/yleisimpia-toimenpiteita/Sivut/Sepelvaltimoiden-pallolaajennus.aspx>

- HUS. b 2016. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Sydänleikkauspotilaan hoitoketju sairaalassa. Viitattu 29.3.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/sydankirurgia/sydanleikkauspotilaan-hoitoketju/Sivut/default.aspx>
- Jaarsma, T. 2005. Inter-professional team approach to patients with heart failure. Education of heart. Heart. 91. Viitattu 10.3.2016. <http://heart.bmj.com/content/91/6/832.extract>
- Kauppinen, A. & Muhonen, R. 2014. Sepelvaltimotaudin sekundaaripreventio. Viitattu 25.1.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00463&p_haku=sepelvaltimotautipotilaan ohjaus
- Kettunen, R. 2014. Sydäninfarkti. Duodecim. Viitattu 8.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086
- Kettunen, R. 2014. Sydämenpysähdys ja äkkikuolema. Duodecim. Viitattu 25.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00085
- Kivelä, A. 2014. Hoito pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen. Duodecim. Viitattu 28.3.2016. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00190
- Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveystyöskäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto. Viitattu 7.10.2015. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/41979/C271.pdf?sequence=1>
- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M. & Bergdahl, B. 2005. Incentives or lifestyle changes on patients with coronary heart disease. Journal of Advanced Nursing. 3/2005, 261-275. Viitattu 9.2.2016. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=2a005320-4d83-4f4b-acfa-068ec067373f%40sessionmgr112&hid=125>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 26.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20oikeus#L2P3>
- Lapin sairaanhoitopiiri. Yhteiset toimintamallit -koulutus. 2014. Viitattu 7.5.2016. www.kanta.fi/documents/.../4340b01e-edba-4d9e-9fd9-2a4a02ea91c4
- Lepojärvi, M. 2013. Ohitusleikkaus vai pallolaajennus - missä menee raja? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 29.3.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=pallolaajennus
- Luotola, K., Lindholm, M. & Nummila, T. 2011. Krooninen sepelvaltimotauti. Viitattu 25.1.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=pallolaajennus
- Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Duodecim. Viitattu 24.11.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Katsaus. Viitattu 18.11.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf>
- Pellikka, M. 2014. Sepelvaltimotaudin primaaripreventio. Viitattu 25.1.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00463&p_haku=sepelvaltimotautipotilaan ohjaus
- Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A-M., Leino-Kilpi, H. 2009. Continuity of Care in Ambulatory Surgery Critical Pathways: The Patients' Perceptions. MEDSURG Nursing 18 (3), 169-173. Viitattu 5.3.2016 <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=bf47975f-75ac-44e5-aaf6-4bd1d96289ef%40sessionmgr113&hid=101>

- Reponen, M. 2014. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tai elektiiviseen pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus. Duodecim. Viitattu 28.3.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=pallolaajennus
- Rotter, T., Kinsman, L., James, El., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P. & Kugler, J. 2010. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. (Review) The Cochrane Collaboration. Viitattu 5.3.2016. <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD006632.pdf>
- Sairaanhoitoalueet. 2015. HUS. Viitattu 20.11.2015: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/Sivut/default.aspx>
- Sairaanhoitopiirit. 2015. Kunnat.net. Viitattu 20.11.2015. (<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/Sivut/default.aspx>)
- Sepelvaltimotautikohtaus. 2014. Käypä hoito -suositus 23.6.2014. Viitattu 29.3.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=pallolaajennus
- Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. 2016. HUS. Viitattu 25.1.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/sydankirurgia/sepelvaltimoiden-ohitusleikkaus/Sivut/default.aspx>
- Sepelvaltimoiden pallolaajennus. 2016. HUS. Viitattu 25.1.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/kardiologia/yleisimpia-toimenpiteita/Sivut/Sepelvaltimoiden-pallolaajennus.aspx>
- Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. 2015. Käypä hoito -suositus. Viitattu 25.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04058#s8>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairaalat ja erikoissairaanhoito. Viitattu 25.11.2015. <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>
- Stabiili sepelvaltimotauti. 2015. Käypä hoito -suositus. Viitattu 28.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50102>
- Sumanen, M. 2005. Special Features of Coronary Heart Disease among Working-aged Patients. Academic Dissertation. University of Tampere, Medical School. Viitattu 9.2.2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67499/951-44-6323-4.pdf?sequence=1>
- Sydän- ja verisuonitaudit. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>
- Syvänne, M. 2016. Sepelvaltimotauti. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 25.3.2016. <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/sepelvaltimotauti>
- Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 25.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khp00062
- Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoito. Duodecim. Helsinki. Viitattu 25.11.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053
- Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 26.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tierala, I. & Mäkijärvi, M. 2015. Pallolaajennushoito akuutissa infarktissa. Duodecim. Viitattu 28.3.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00122&p_haku=pallolaajennus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Viitattu 27.11.2015.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vainikainen, T. 2014. Sydänsairaudet ja hoito. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 25.3.2016.
<http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/hoitotapa-valitaan-yksilollisesti>

Valtioneuvoston asetus 198/2009 lääketieteellisin perustein vaikeiksi ja pitkäaikaisiksi arvioitavista sairauksista, joiden lääkehoidon kustannuksista sairausvakuutuslain 5 luvun 5 §:n 2 momentin perusteella korvataan 72 tai 100 prosenttia. Viitattu 29.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090198>

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta. 337/2011. Viitattu 9.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110337?search%5Bkohdista%5D=koko&search%5Ball%5D=hoito-ketju%2A%20j%C3%A4rjest%C3%B6%2A&search%5Bany%5D=&search%5Bphrase%5D=&search%5Bwithout%5D=&search%5Btype%5D=tekstihaku>

Yleistietoa kansantaudeista. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.2.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Taulukko

Taulukko 1. Kootut vastaukset. 30

Kuviot

Dia 1: Valitaan ammattiryhmä.....	26
Dia 2: Sairaanhoidajan ja fysioterapeutin valikko, josta valitaan potilaan sairauden mukainen vaihtoehto.....	26
Dia 3: Sydäninfarktipotilaan ohjauskaavio hoitoketjussa	27
Dia 4: Työikäiset / PCI lääkehoito	27
Dia 5: Hoitoketjun viimeinen ruutu.....	28

Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	42
Liite 2 Kyselylomake	43
Liite 3 Posterit.....	44

Liite 1. Saatekirje



Hyvä kyselyyn vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta. Olemme toteuttaneet HUS Lohjan sairaalalle sekä Lohjan, Vihdin, Siuntion, Karkkilan ja Inkaan perusterveyden-huollolle sepelvaltimotautipotilaan ja sydänleikattujen sähköisen hoitoketjun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. Olemme tekemässä aiheesta opinnäytetyötä, jossa raportoimme moniammatillisen työryhmän suunnitteleman sähköisen hoitoketjun toteutuksen.

Tällä sähköisellä kyselyllä keräämme tietoa sähköisen hoitoketjun käyttökokeuksista ja siitä miten te koette hoitoketjun vastanneen odotuksianne. Toivomme, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen kestää noin viisi minuuttia.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään anonymisti sekä luottamuksellisesti, kenenkään henkilöllisyys ei käy ilmi opinnäytetyössä. Kyselyn aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyö raportoidaan Laurean ohjeiden mukaisesti ja julkaistaan koulun julkaisuseminaarissa ja Theseus.fi sivustolla, joka on Suomen ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto.

Vastausaikaa kyselyyn on helmikuun 21. päivään saakka.

Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin

Anne Reid
sairanhoitajaopiskelija
Laurea Lohja
anne-maarit.reid@student.laurea.fi

Minna Lahtinen
sairanhoitajaopiskelija
Laurea Lohja
minna.lahtinen@student.laurea.fi

Ohjaavat opettajat:

Anne Makkonen
anne2.makkonen@laurea.fi

Liisa Ranta
liisa.ranta@laurea.fi



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Liite 2. Kyselylomake

**SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN JA SYDÄNLEIKATTUJEN SÄHKÖINEN HOITOKETJU ERIKOIS-
SAIRAAHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON VÄLILLÄ**

Valitse mihin ammattiryhmään kuulut:

- Lääkäri
Sairaanhoitaja
Fysioterapeutti

Vastaa seuraaviin väittämiin asteikolla:

- 4 = täysin samaa mieltä
3 = jokseenkin samaa mieltä
2 = jokseenkin eri mieltä
1 = täysin eri mieltä
0 = ei kokemusta asiasta

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Koen, että sähköisestä hoitoketjusta on ollut hyötyä työssäni. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Sähköinen hoitoketju on helppokäyttöinen. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Olen tyytyväinen sähköisen hoitoketjun tekniseen toteutukseen. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Sähköisen hoitoketjun ulkonäkö vastaa odotuksiani. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Sähköinen hoitoketju on sisällöllisesti riittävä työni kannalta. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. Olen käyttänyt sähköistä hoitoketjua potilaan hoidon tukena. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Sähköisestä hoitoketjusta ei ole ollut apua potilaan jatkohoidossa. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Sähköinen hoitoketju vastaa sille asetettuja odotuksia. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Avoin palaute sähköisestä hoitoketjusta: | | | | | |

Kiitos vastauksestasi!

Liite 3. Posterit

Posterin työryhmä:

HUS Lohjan sairaala/Medisiininen yksikkö/Sisätaudit

- Martikainen Terhi, ylilääkäri
- Jurkko Rajja, apulaisylilääkäri, kardiologi
- Näätäsaari Mirja, fysioterapeutti
- Saarinen Sirpa, sairaanhoitaja
- Marttila Liisa, vs. ylihoitaja
- Frigård Riitta, osastonhoitaja

Laurea-ammattikorkeakoulu Lohja

- Reid Anne, sairaanhoitajaopiskelija
- Lahtinen Minna, sairaanhoitajaopiskelija
- Ranta Liisa, lehtori
- Makkonen Anne, lehtori



SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OPTIMAALINEN HOITO YLI ORGANISAATIORAJOJEN

Kehittämiprojektin tavoite: sujuvoittaa ja parantaa sepelvaltimotautipotilaan moniammatillista hoitoa organisaatioiden sisällä ja yli organisaatio-rajoiden.

Tausta

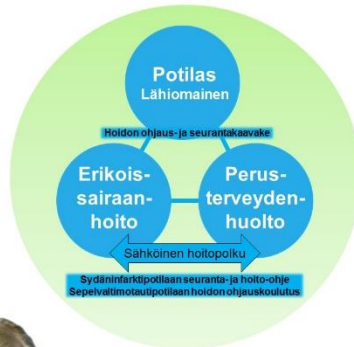
Lohjan sairaanhoitoalueella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö on perinteisesti ollut vahvaa. "Sepelvaltimotautia sairastavan kansalaisen saumaton hoitopolku – kotiutusvaihe erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin" - opinnäytetyön aikana yhteistyö sepelvaltimotautipotilaan hoidossa tiivistyi ja on jatkunut sen jälkeen vilkkaana moniammatillisessa työryhmässä. Nykyisen kehittämiprojektin tarkoituksena oli suunnitella sepelvaltimotautipotilaan hoito saumattomana kokonaisuutena. Kehittämiprojektiin osallistui lääkäreitä, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja HUS Lohjan sairaalan, Lohjan, Inkoon, Siuntion, Karkkilaan ja Vihdin perusterveydenhuollon alueelta.

Toteutus

- Moniammatillisissa työpajoissa, joissa oli kaikkien organisaatioiden edustajia
 - Kuvattiin sepelvaltimotautipotilaan hoitopolku nykytilassaan.
 - Valikoitiin kehittämiskohteet:
 - potilasohjauksen kehittäminen
 - yhteystietojen helppo löytyminen ja päivitys
 - potilaan osallistumisen mahdollistaminen kotiutusvaiheessa
 - potilaan jatkohoidon turvaaminen
- Kehittämiskohteet vietiin alueelliseen yhteistyöfooriin.
- Muodostettiin työryhmä jatkamaan kehitystyötä.
- Projektiryhmän jäseniltä kartoitettiin kokemuksia moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta ja siitä, millaisia työtapamuutoksia se on tuonut omaan työhön. Lisäksi kysyttiin kokemuksia yhteistyöstä yli organisaatio-rajoiden (perusterveydenhuolto – erikoissairaanhoido).

Arviointi

- Projektiryhmän jäsenet olivat erityisesti tyytyväisiä seuraaviin asioihin:
 - Moniammatillisuus korostui, ja yhteistyö tiivistyi.
 - Asioiden kyseenalaistaminen ja asioiden ratkaiseminen yhdessä oli antoisaa ja loi uusia toimintamalleja.
 - Toiminta tehostui ja terävöityi.
 - Käytäntöjä on pystytty yhtenäistämään ja hiomaan toimivimmiksi.
 - Eri työntekijöiden työ on tullut näkyväksi.
 - Ymmärrys ja tietoisuus eri ammattiryhmien antamasta potilasohjauksen sisällöstä on parantanut ohjauksen kokonaisuutta ja oikea-aikaisuutta.



Tulokset

- Potilaan hoitoa sujuvoitettiin kehittämällä ja tiivistämällä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä.
- Luotiin sydäninfarktipotilaan moniammatillinen seuranta- ja hoito-ohje.
- Jatkohoidon painopiste siirrettiin perusterveydenhuoltoon tarkoituksenmukaisin ja soveltuvin osin.
- Järjestettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen sepelvaltimotautipotilaan ohjauskoulutus.
- Lohjan sairaalassa kehitettiin sydänpotilaan ohjausta - uusi sepelvaltimotautipotilaan ohjauskaavake seuraa potilasta sairaalasta jatkohoitoon.
- Vaikuttanut myös sydänhoitajan vastaanotto toiminnan kehittämiseen Lohjan sairaalan kardiologisella poliklinikalla.

Kehittämiskohteet ja jatkosuunnitelmat

- Tulevalla opinnäytetyöllä arvioidaan hoitopolun toimivuutta.
- Hoitoketjun toimivuutta seurataan kehittämällä seurantamittarit.
- Säännöllisiä kokoontumisia jatketaan ja hoitopolkua päivitetään.
- Hoitoketju muunnetaan sähköiseen muotoon.



Yhteystiedot: Mia Jernfors mia.jernfors@karviainen.fi, Mirja Näätäsaari mirja.naatsaari@hus.fi, Birgitta Kuosmanen birgitta.kuosmanen@lohja.fi, Veera Westerholm veera.westerholm@siuntio.fi