

Opinnäytetyö (AMK)
Sairaanhoitajakoulutus
2019

Kaidi Krusberg & Susanna Salo

SYDÄNPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSIN KUVAAMINEN


TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

Kaidi Krusberg ja Susanna Salo

SYDÄNPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSIN KUVAAMINEN

Kotiutuminen on olennainen osa jokaisen potilaan sairaalajaksoa. Onnistunut kotiuttaminen antaa potilaalle hyvät valmiudet kotona selviytymiseen. Kotiuttamiseen liittyy kuitenkin useita kriittisiä kohtia, jotka pahimmillaan voivat johtaa sairaalakierteen syntyyn.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaalasta kotiutuvien yli 18 vuotiaiden sydänpotilaiden kotiutusprosessin vaiheita. Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena (n=13). Tavoitteena on saada terveydenhuollon ammattilaiset kiinnittämään entistäkin enemmän huomiota onnistuneen kotiutusprosessin tärkeyteen, ja tehdä siitä entistäkin potilasystävällisempi. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyö tehdään osana VSSHP:n Prosessien kehittäminen -projektia.

Kirjallisuushaut suoritettiin Medline, Cochrane, Cinahl, Arto ja Medic -tietokannoissa. Kirjallisuuskatsaus perustuu vuosina 2004-2018 julkaistuihin tieteellisiin tutkimuksiin. Tutkimukset käsittelevät kotiutusprosessia, sen suunnittelua ja siinä ilmeneviä haasteita sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kotiutusprosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Potilaat kokevat oman kotiutusprosessinsa toteutuneen melko hyvin. Terveydenhuollon ammattilaiset taas kokevat, että kommunikaatioissa niin potilaiden kuin muiden työntekijöidenkin kanssa on vielä paljon parannettavaa. Kommunikaatio on siis avaimena kotiutusprosessin onnistumiseen.

AVAINSANAT:

Sydänpotilas, kotiutusprosessi, kotiutuksen suunnittelu, hoitosuunnitelma, potilastyytyväisyys.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing programme

2019 | 31 pages, 2 pages in appendices

Kaidi Krusberg and Susanna Salo

HEART PATIENT'S DISCHARGE PROCESS

Discharge is an essential part of patient's hospital period. Successful discharge gives patient capability to survive at home. There are several critical points associated with discharge and in the worst case those can lead the patient having multiple hospital periods.

The purpose of this thesis was to find out the steps of adult patients' discharge process. This thesis was made as narrative literature review (n=13). The aim was to get health care professionals to pay even more attention to the importance of well made discharge process and to add patient satisfaction. The thesis is commissioned by the Hospital District of Southwest Finland. And it's made as a part of their Process Development project.

Literature searches were made at Medline, Cochrane, Cinahl, Arto and Medic -database. The literature review is based on scientific researches made between 2004 and 2018. Those researches consider discharge process, how it's been planned and what difficulties do patients and health care professionals see in it.

According to the results of this thesis discharge process has four steps. Patients are quite satisfied with how their discharge process went. Health care professionals feel that there are problems in communication between both patients and other health care professionals. Communication is the key word at making discharge process even better.

KEYWORDS:

Heart patient, discharge process, discharge planning, patient care plan, patient satisfaction.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SYDÄNPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSI	7
2.1 Kotiutusprosessi	7
2.2 Yleisimmät sydänsairaudet ja niiden hoito	7
2.2.1 Sepelvaltimotauti	8
2.2.2 Sydämen vajaatoiminta	10
2.2.3 Eteisvärinä	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISMENETELMÄ JA AINEISTO	14
4.1 Opinnäytetyön toteuttamismenetelmä	14
4.2 Opinnäytetyön aineisto	15
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	18
5.1 Kotiutusprosessin toteutukseen osallistujat	18
5.2 Sydänpotilaan kotiutusprosessin vaiheet	18
5.2.1 Potilaan kotiutumisvalmiuden arviointi	19
5.2.2 Kotiutuspäätöksen tekeminen	19
5.2.3 Kotiutuksen valmistelu ja toteutus	20
5.2.4 Kotiutusprosessin toteutumisen arviointi	20
5.3 Kriittiset kohdat sydänpotilaan kotiutusprosessissa	21
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	23
7 POHDINTA	24
LÄHTEET	26

TAULUKOT

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto	15
---	----

LIITTEET

Liite 1. Laadukkaan kotiutumisen kriteerit -huonetaulu	31
--	----

Liite 2. Sydänpotilaan kotiutusprosessin kuvaaminen -posteri	32
--	----

1 JOHDANTO

Potilaan onnistunut kotiuttaminen on moninainen prosessi, joka vaatii osastolta aikaa ja resursseja. Kotiutus vaatii runsaasti yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Mikäli kotiutusprosessin suunnittelu aloitetaan jo potilaan osastolle tulo päivänä, on suuri mahdollisuus, että kotiutusprosessi onnistuu ja potilas pääsee sujuvasti jatkamaan elämäänsä kotonaan. (Lämsä 2013,110.)

Hoito- ja palveluketjujen toimiva yhteistyö edellyttää yhteisiä käytäntöjä, sekä selkeää vastuun ja työn jakamista. Jotta potilaan kotiutus olisi mahdollisimman onnistunut tarvitaan huolellista suunnittelua, myös potilaan voimavarat ja palveluiden tarve tulee olla oikein arvioituna ennen kotiutusta. (Koski 2007, 8.) Erityisesti entistäkin lyhyemmät hoitoajat ja kiristyneet resurssit tekevät kotiutusprosessin onnistumisesta haastavampaa. (Koski 2007, 9.)

Onnistuneen kotiutumisen tavoitteena on mahdollistaa potilaalle turvalliset lähtökohdat kotona selviytymiseen. Kotiutumisessa korostuvat erityisesti potilaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen. (Voutilainen 2005, 128.)

Onnistuneen kotiutumisen edellytyksenä on potilaan palveluntarpeen arviointi. Siihen sisältyy toimintakyvyn eri ulottuvuuksien fyysisten, kognitiivisten, psyykkisten sekä sosiaalisten ja ympäristökijöiden laaja arviointi (Voutilainen 2005, 130). Myös kivun ja ravitsemustilan muutosten ennakoinnin tärkeys korostuu, varsinkin iäkkäämpien potilaiden kohdalla. Ajoittain potilaat kotiutuvat liian huonokuntoisina ja palaavat sairaalaan tai kulkevat edestakaisin sairaalan ja kodin väliä. Epäonnistunut kotiutuminen johtuu usein valmistelemattomasta kotiutumisesta ja puutteellisesta yhteistyöstä eri toimijoiden välillä. (Watts ym. 2004.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaalasta kotiutuvien yli 18 -vuotiaiden sydänpotilaiden kotiutusprosessin vaiheita. Opinnäytetyön tavoitteena on saada terveydenhuollon ammattilaiset kiinnittämään entistäkin enemmän huomiota onnistuneen kotiutusprosessin tärkeyteen, ja näin edistää kotiutusprosessin kehittymistä yhä potilasystävällisemmäksi. Opinnäytetyö toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Toimeksiantajana toimii Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri ja opinnäytetyö tehdään osana VSSHP:n prosessien kehittäminen -projektia. Opinnäytetyön tuloksista tehdään huonetaulu, jossa käsitellään onnistuneen kotiutumisen kriteerejä potilaan näkökulmasta.

2 SYDÄNPOTILAAN KOTIUTUSPROSESSI

2.1 Kotiutusprosessi

Kotiutusprosessi on tapahtuma, jolla päätetään potilaan sairaalajakso. Kotiutusprosessiin kuuluvat muun muassa kotilääkityksen suunnittelu ja reseptien kirjoittaminen, mahdollisten apuvälineiden hankkiminen tai niiden hankintaan liittyvän ohjauksen anto potilaalle sekä potilaan mahdollisten jatko kontrollikäyntien suunnittelu.

Lääkehoidon toteutus, suunnittelu ja ohjaus ovat isossa osassa kotiutusprosessia. Myös kotona toteutettavaa lääkehoitoa koskeva ohjaus tulee olla yksilöllistä ja potilaskohtaista. Lääkärin arvioimaan lääkehoidon tarpeeseen koettiin tyytymättömyyttä lääkäri ei antanut riittäviä ohjeita koskien lääkehoitoa (Jaakkola 2012, 43). Varsinkin iäkkäiden potilaiden kohdalla riski lääkkeiden väärinkäyttöön kotiutuksen jälkeen on muita potilasryhmiä suurempi, joten ohjauksenkin tulee olla entistäkin tarkempaa (Freyer ym. 2018, 628.)

Erityisesti monisairailta potilailla on riskinä, että kotiuttamisprosessissa ei pystytä ottamaan huomioon kaikkia mahdollisesti kotona vastaan tulevia ongelmatilanteita. Yleensä potilaan kotiutuminen tapahtuu noin vuorokauden kuluessa, siitä, kun lääkäri on antanut kotiutusluvan, joten kotiutumiseen liittyvät asiat tulee hoitaa nopealla aikataululla. (Eggen ym. 2018, 4.)

Myös potilaan alkuperäinen sairaalaan saapumisen syy on tärkeä ottaa huomioon kotiutumisessa, sillä se voi vaikuttaa siihen millä aikavälillä potilaalla saattaa ilmetä kotona ongelmia. Esimerkiksi avoleikkauksesta kotiutuvalla potilaalla ensimmäinen kuukausi on vielä kriittistä aikaa, jolloin leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita voi ilmetä (Kang ym. 2018, 1). Potilaalla onkin hyvä olla kirjalliset ohjeet siitä, minne ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee.

2.2 Yleisimmät sydänsairaudet ja niiden hoito

Sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat yhä lähes puolet työikäisten suomalaisten kuolemista. Vuonna 2012 sydäninfarktin tai sepelvaltimokohtauksen sai 21 769 suomalaista. Sydämen vajaatoiminnan yleisyys Suomessa on tällä hetkellä laskussa, yhä kuitenkin yli 43 000 suomalaista on oikeutettu sydämen vajaatoiminnan

erityiskorvattavaan lääkitykseen. (THL 2014) Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin sairaalahoitoa vaativa rytmihäiriö. 10% yli 75-vuotiasta sairastaa eteisvärinää joko pysyvästi tai kohtausluontoisena. (Kettunen 2018.)

Se millaisia toimenpiteitä sydänpotilaalle hänen sairaalajaksonsa aikana tehdään vaikuttaa suuresti sairaalajakson pituuteen. Suuri osa sydäntoimenpiteistä on ennalta suunniteltuja, jolloin potilaalla on ollut aikaa tutustua leikkauksenjälkeisiin kotihoito-ohjeisiin jo ennen leikkausta. Sydäntoimenpiteet kehittyvät koko ajan ja avosydänleikkauksista on pystytty siirtymään huomattavasti pienempiin mini-invasiivisiin toimenpiteisiin. (Vainikainen 2018.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään sepelvaltimotaudista, sydämen vajaatoiminnasta ja eteisvärinästä kärsiviin potilaisiin. Koska nämä ovat yleisimmät Suomessa sairaalahoitoa vaativista sydänsairauksista (THL 2014).

2.2.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotaudissa, eli ateroskleroosissa, joka tunnetaan myös nimellä valtimonkovettumistauti, kovettumia ilmenee sepelvaltimoiden seinämissä. Sepelvaltimotautia sairastavalla sydäntä ravitsevien sepelvaltimoiden seinämät kovettuvat ja ahtautuvat, tällöin valtimo ei kykene kuljettamaan verta ja happea normaalisti sydänlihakseen. Tällöin osa sydänlihaksesta kärsii hapenpuutteesta. Sepelvaltimon seinämiin kertyy rasvaa, mikä kovettuu pesäkkeiksi, eli ateroomaplakeiksi, nämä ahtauttavat valtimoa ja estävät veren normaalin virtauksen. (Ahonen ym. 2016, 214-215.)

Sepelvaltimotaudille altistavia riskitekijöitä ovat korkea ikä, mies sukupuoli, tupakointi, diabetes, rasva- aineenvaihdunnan häiriöt, kohonnut verenpaine ja sukurasite. Sepelvaltimotautikohtauksilla tarkoitetaan sepelvaltimoiden ahtautumisesta ja tukkeutumisesta johtuvia oireita. Sepelvaltimotautikohtauksien oirekuva on laaja, aina täysin oireettomista äkkikuolemaan. Tyypillinen oire on voimakas puristava rintakipu. Kipua voi esiintyä kädessä, leukaperissä ja ylävatsalla. Oireina voi olla myös hengenahdistusta, närästystä, hikoilu, huimausta tai heikotusta. Kriittisesti sairailta, iäkkäillä, naisilla sekä diabeetikoilla oireet voivat olla erittäin vähäisiä tai todella poikkeavia. (Sepelvaltimokohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja: Käypä hoito -suositus, 2014) Sepelvaltimotautikohtaukset jaetaan primaareihin ja sekundaarisiin. Primaarissa sepelvaltimotautikohtauksessa sepelvaltimon seinämässä ateroomaplakki repeytyy tai haavautuu, jolloin aiheutuu

verihyytymä eli trombi, tämä aiheuttaa suonien tukkeutumisen. Sekundaarisen sepelvaltimotautikohtauksen aiheuttaa jokin ulkoinen tekijä, kuten nopea rytmihäiriö, voimakas anemia, trauma, kriittinen aorttaläppäahtauma tai hypertensiivinen kriisi. Tällöin sepelvaltimotautikohtaus hoidetaan huolehtimalla perus syystä. Jos sepelvaltimotautikohtaus aiheuttaa sydänlihassolujen tuhoutumista, puhutaan sydäninfarktista. (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus, 2014)

Lääkehoidon avulla pyritään parantamaan potilaan ennustetta, elämänlaatua ja lievittämään oireita. Pysyviä ja ennustetta parantavia lääkkeitä ovat asetyylisalisyylihappo, statiini ja osalla potilaista ACE:n estäjät. Nämä kuuluvat jokaisen sepelvaltimotautia sairastavan lääkitykseen huolimatta taudin vaikeusasteesta tai toteutetusta revaskularisaatiohoidosta. Beetasalpaajia, kalsiumkanavan salpaajia ja nitraatteja käytetään oireiden lievitykseen. (Airaksinen ym. 2016, 324) Sepelvaltimotautia ei ole mahdollista parantaa, mutta sen oireita voidaan lievittää ja etenemistä hidastaa (Tarnanen ym. 2015). Hyvällä lääkehoidolla voidaan potilas saada vähä oireiseksi tai oireettomaksi. Tällöin revaskularisaatiohoidosta ei yleensä ole hyötyä. Revaskularisaatiohoito on yhteisnimitys sepelvaltimoiden pallolaajennukselle ja ohitusleikkaukselle. Jos revaskularisaatiohoitoon kuitenkin päädytään, valintaan pallolaajennuksen ja ohitusleikkauksen välillä vaikuttavat muun muassa sepelvaltimotaudin vaikeusaste ja sepelvaltimoiden anatomia, potilaan liitännäissairaudet sekä leikkausriski. Hoitomuodon valintaan vaikuttavia liitännäissairauksia ovat muun muassa diabetes, keuhkosairaudet, merkittävät munuaissairaudet, sekä aikaisemmin sairastetut aivoverenkiertohäiriöt. (Stabiili sepelvaltimotauti: käypä hoito -suositus, 2015)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen avulla pyritään parantamaan sydänlihaksen verenkiertoa ja vähentämään sepelvaltimotaudin oireita. Ohitusleikkauksessa kierretään potilaan ahtautunut tai tukossa oleva sepelvaltimo valtimosiirännäisellä, joka on peräisin potilaan omasta kehosta. Valtimosiirännäisen avulla saadaan veri taas kuljettamaan sydänlihakseen happea ja ravinteita. (Syväne 2016.) Potilaan kotiutuminen tapahtuu tavallisesti noin 4-6 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Haavanhoito ja potilaan oikeaoppinen liikkuminen ovat isossa asemassa, jotta potilaan rintalastan luutumisen ei tule komplikaatioita. (Sydänsairaala 2019.)

2.2.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminnassa sydän ei kykene normaalisti pumppaamaan verta elimistön käytettäväksi. Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, joka voi ilmetä seurauksena useasta eri sydänsairaudesta, kuten sepelvaltimotaudista, sydäninfarktista tai pitkäkestoisesta korkeasta verenpaineesta. Myös pitkään jatkunut keuhkosairaus voi olla sydämen vajaatoiminnan taustalla. (Kettunen 2018.)

Aluksi sydämen vajaatoiminta ilmenee usein fyysiseen rasitukseen liittyvänä hengenahdistuksena. Myöhemmin hengenahdistusta esiintyy myös levossa, varsinkin makuuasennossa. Yöllinen hengitysvaikeuteen herääminen on varsin tyypillistä. Alaraajojen turvotusta ilmenee usein, kun oireyhtymää on sairastanut jo pidempään. Oireet ovat kuitenkin melko epäspesifejä, ja niitä esiintyy runsaasti muissa sairauksissa. (Syväne 2015.) Tavallisesti sydämen vajaatoiminnan toteamiseen tarvitaan tyypilliset oireet, EKG-tutkimus, thorax -röntgenkuva ja sydämen ultraäänitutkimus. Varsinkin EKG:ssä ja thorax kuvassa muutokset näkyvät usein hyvin selkeästi, mikäli kyseessä on sydämen vajaatoiminta. (Kettunen 2018.)

Potilaan lääkehoito määräytyy sen mukaan, onko kyseessä systolinen vai diastolinen vajaatoiminta. Systolisesta vajaatoiminnasta kärsiville aloitetaan ACE-estäjä, beetasalpaaja tai angiotensiinireseptoreja salpaava lääkitys. Mikäli potilaalla on runsaasti turvotuksia ja nestekertymiä tulee diureettihoito aloittaa. ACE-estäjät ovat käytössä usein myös diastolista vajaatoimintaa sairastavilla. Mikäli lääkehoidosta ei ole tarpeeksi apua, sydämen tahdistimen asennus on vaihtoehtona. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017) Hoidon päällimmäisenä tarkoituksena on hoitaa sairautta, joka on sydämen vajaatoiminnan aiheuttanut. Jos taustalla on sepelvaltimotauti, voidaan harkita pallonlaajennusta. Liikunta, painon tarkkailu ja suola määrrien rajoittaminen ovat lääkehoidon ohella isossa roolissa. Sydämen vajaatoimintaa ei voida parantaa, mutta oireita pyritään lievittämään yksilöllisesti. (Kettunen 2018.)

Sydämentahdistin laitetaan tavallisimmin sydämen vajaatoiminnasta kärsivälle potilaalle. Potilas on tahdistimen asennuksen ajan paikallispuudutuksessa. Tahdistin asennetaan potilaan rintakehään ihon alle, solisluun ala puolelle, joko oikealle tai vasemmalle puolelle. Leikkausviilto on pituudeltaan noin viisi senttimetriä. Tahdistimen asennusleikkaus kestää puolesta tunnista jopa kolmeen tuntiin. (Yli-Mäyry 2018.) Tahdistimen asennuksen jälkeen suoritetaan laitteen tarkistus ja yksilöllinen

ohjelmointi. Keuhkokuva tulee ottaa joko leikkauspäivänä tai sitä seuraavana päivänä. Keuhkokuvalla pois suljetaan mahdollisuus ilmarinnan kehittymiseen ja tarkistetaan tahdistimen johtojen paikoillaan olo. Tavallisesti potilas kotiutuu sydämen tahdistimen asennuksen jälkeen joko saman päivänä kuin leikkaus on tehty tai seuraavana. (Vaasan keskussairaala 2015.)

2.2.3 Eteisvärinä

Eteisvärinä eli flimmeri on sydämen rytmihäiriö, jota sairastaa joka neljäs yli 40 vuotiaista. Eteisvärinässä sydämen kammio ja eteinen supistuvat eri tahdissa. (Kettunen 2018.) Eteisvärinä harvoin aiheuttaa haittaa itse sydämelle, mutta sen aiheuttamat rytmihäiriökohtaukset ovat kuitenkin epämiellyttäviä. Pahimmillaan eteisvärinästä voi seurata jopa aivoinfarkti, jos rytmihäiriön aikana sydämen eteissopukkaan pääsee muodostumaan verihyytymä, joka kulkeutuu muualle elimistöön lopulta tukkien valtimosuonen ja kulkeutumalla lopuksi aivoihin. Usein eteisvärinän taustalla ovat useat sairaudet, elintavat tai rakenteellinen sydänvika. (Hekkala 2018.) Eteisvärinä voi kuitenkin olla oire jostakin muusta sairaudesta kuten sydämen vajaatoiminnasta, läppäviasta tai sepelvaltimotaudista. Tämän vuoksi sydämen ultraäänitutkimus on suositeltavaa. (Kettunen 2018.)

Valtaosa rytmihäiriökohtauksista päättyy itsestään. Pitkittyntä rytmihäiriökohtausta voidaan hoitaa sähköisellä rytminsiirrolla tai lääkehoidolla. (Hekkala 2018.) Eteisvärinän hoito jaetaan tyypillisesti kahteen linjaan, sykkeen- tai rytminhallintaan. Potilaan toiveet, hoidon hyödyt ja haitat, rytmihäiriöiden kesto sekä potilaan muut sydänsairaudet vaikuttavat hoitolinjan valintaan. Lääkehoito kuuluu molempiin hoitolinjoihin, mutta sähköinen rytminsiirto vain rytminhallinta hoitolinjaan. Eteisvärinäkohtaus voi ilmetä myös akuutisti, jolloin sähköinen rytminsiirto tehdään mahdollisimman pian riippumatta rytmihäiriön kestosta tai antikoagulaatiohoidon toteutuksesta. On suositeltavaa, että usein rytmihäiriöstä kärsivälle potilaalle aloitetaan rytmihäiriöiden estolääkitys. (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2017)

Pitkittyneen eteisvärinän, eli rytmihäiriön yksi hoitomahdollisuus on siis sähköinen rytminsiirto. Rytminsiirto toteutetaan lyhyessä nukutuksessa annettavilla sähköiskuilla. Tarkoituksena on palauttaa sydämen normaali rytmi. Toimenpide vaatii yleisvoiminnan, sydämen rytmin, verenpaineen ja sykkeen seuranta sen aikana ja 2-4 tuntia toimenpiteen jälkeen. (Muhonen 2018.) Rytminsiirto ei kuitenkaan poista potilaalta mahdollisuutta uuteen eteisvärinään (Hekkala 2018). Potilaan voiminnan ollessa hyvä 2-

4 tunnin vuodelevon jälkeen kotiutuminen on mahdollista samana päivänä, mikäli potilaalla on saattaja. Saattaja vaaditaan, sillä autolla ajo on kiellettyä vuorokauden verran toimenpiteen jälkeen. (Muhonen 2018.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kotiutusprosessin vaiheita ja siinä ilmeneviä kriittisiä kohtia. Opinnäytetyön tavoitteena on saada terveydenhuollon ammattilaiset kiinnittämään entistäkin enemmän huomiota onnistuneen kotiutusprosessin tärkeyteen, ja näin edistää kotiutusprosessin kehittymistä yhä potilasystävällisemmäksi.

Kirjallisuuskatsausta johdattavat seuraavat kysymykset:

1. Mitkä ovat sairaalapotilaan kotiutusprosessin vaiheet?
 - 1.2 Ketkä kotiutusprosessiin osallistuvat?
 - 1.3 Mitkä ovat kotiutusprosessin kriittiset kohdat?

2. Miten kotiutusprosessia arvioidaan?
 - 2.1 Miten potilaat kokevat sairaalan kotiutusprosessin onnistuneen?
 - 2.2 Miten terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kotiutusprosessin onnistuneen?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISMENETELMÄ JA AINEISTO

4.1 Opinnäytetyön toteuttamismenetelmä

Kirjallisuuskatsaus on keskeinen menetelmä, kun muodostetaan kokonaiskuvaa tietyistä aihealueista tai asiakokonaisuudesta. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsauksia käytetään usein hahmottamaan aihealueiden tai ilmiöiden tutkimustarvetta, se voi myös itse tutkimusmenetelmä, jonka avulla laaditaan synteesi aikaisemmasta tutkimustiedosta. (Stolt ym. 2015, 6.) Kirjallisuuskatsauksen päällimmäisenä tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuvaa aikaisemmasta tutkimuksesta, eli se on tutkimus tutkimuksista (Whitemore 2005, 56.)

Opinnäytetyö toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään kuvailemaan viimeaikaista tai aikaisemmin tiettyyn aiheeseen kohdistunutta tutkimusta (Kangasniemi ym. 2013, 291). Sen avulla pystytään antamaan kattava kuva käsiteltävästä aiheesta, tai kuvailemaan käsiteltävän aiheen historiaa ja kehityksen kulkua (Salminen 2011, 7).

Tyypillisesti narratiivisissa kirjallisuuskatsauksissa kartoitetaan julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, ja keskitytään varsinkin vertaisarvioinnin läpi käyneisiin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus koostuu viidestä vaiheesta: 1) katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2) kirjallisuushaun teko ja aineiston valinta, 3) löydettyjen tutkimusten arviointi, 4) aineiston analysointi ja synteesi ja 5) tulosten raportointi (Stolt ym. 2015, 9, 23).

Kirjallisuushakua tehdessä käytetään sekä suomalaisia, että kansainvälisiä tietokantoja: Medline, Cochrane, Cinahl, Arto ja Medic. Käytettäviä hakusanat ovat kotiutus (discharge), kotiutusprosessi (discharge process), kotiutuksen suunnittelu (discharge planning), hoitosuunnitelma (patient care plan), sydänpotilas (heart patient) ja kokemukset kotiutuksesta (discharge review), sekä edellä mainittujen hakusanojen yhdistelmät. Aikaisempien tutkimusten tullee olla viimeisten 15 vuoden sisällä tehtyjä, niiden tulee käsitellä juuri sairaalapotilaiden kotiutumista ja niissä kuvataan kotiutumisprosessin vaiheita. Lisäksi tehdään toimeksiantajalle toimitettavat huonetaulu, joka käsittelee laadukkaan kotiutumisen kriteerejä potilaan näkökulmasta.

4.2 Opinnäytetyön aineisto

Tutkimuskysymysten ja aineiston iän perusteella kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui 13 artikkelia. Nämä artikkelit ovat listattuina taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto.

Artikkeli	Aihe
Drachenberg, J.; Spector, D.; Booth Thomas, M. & Cesta, T. 2015. Star rating show hospitals need to improve the discharge process.	Kotiutusprosessin onnistumisen arviointi tähti asteikon avulla.
Kuttila, K.; Lahti, A. & Tuominen, P. 2014. Sydänkirurgia: opas sydänleikkaukseen tulevalle.	Mitä asioita potilaan tulee huomioda ennen ja jälkeen sydänleikkaukseen tulon. Mitä kannattaa suunnitella valmiiksi.
Mazloun, S. R.; Heidari-Gorji, M. A.; Bidgoli-Gholkhatmi, M. & Agayei, N. 2016. Effectiveness of discharge-planning on physical quality of life of patients with ischemic heart disease.	Kotiutuksen suunnittelun vaikuttavuus iskeemisestä sydänsairaudesta kärsivän potilaan fyysiseen elämän laatuun.
Nordmark, S.; Söderberg, S & Skär, L. 2015. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data.	Millaisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan välisellä tiedonkululla on kotiutusprosessin suunnittelu vaiheeseen.

Pinelli, V.; Stuckey, H. L. & Gonzalo, J. D. 2017. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions.	Millaisia ongelmia ja haasteita kotiutusprosessissa esiintyy.
Rantasalo, K. 2007. Sairaalaan kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille.	Miten tyytyväisiä potilaat ovat olleet oman kotiutusprosessinsa onnistumiseen.
Robeznieks, A. 2017. Successful handoff? A good discharge planning process follows a patient across the continuum of care from hospital to home.	Millaisia muutoksia kotiutusprosessin suunnitteluun tarvitaan.

(jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollosta -hoitajien kuvaamana.	Miten kotiutusprosessi onnistuu ja toteutuu sairaanhoitajien näkökulmasta.
Syvänne, M. 2016. Ohitusleikkaus kiertää sepelvaltimon ahtauman.	Sepelvaltimotaudin vaikutus potilaan elämään ohitusleikkauksen jälkeen.
Terveyskyli.fi. 2019. Leikkauksen jälkeen.	Millaisia asioita on otettava huomioon potilaan toipuessa sydänleikkauksesta.
Underwood, R.; Drachenberg, J.; Booth Thomas, M. & Cesta, T. 2014. Beef up your discharge planning process, experts recommend.	Millaisia muutoksia sairaaloiden kotiutusprosessien suunnitteluun tarvitaan ammattilaisten näkökulmasta.

Watts, R. J.; Pierson, J. & Gardner, H. 2004. How do critical care nurses define the discharge planning process?	Kotiutusprosessin toteutuksen suunnittelu kriittisessä tilassa olevia potilaita hoitavien sairaanhoitajien näkökulmasta.
Ämmälä, K.; Saxelin, I.; Brander, P.; Ylivaara, T.; Klemola, K.; Rautioaho, A. & Niskanen, T. 2008. Kotiuttamisprosessi Hyvinkään sairaalan sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosastolla - esite.	Sydänpotilaan kotiutuminen sisätautiosastolta.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Kotiutusprosessin toteutukseen osallistujat

Kotiutusprossiin osallistuu varsin moniammatillinen työryhmä. Jo pelkästään kotiutuspäätöstä tekemässä ovat potilaan hoitava lääkäri, omahoitaja, potilas itse, omaiset sekä tapauskohtaisesti fysioterapeutti, osaston farmaseutti, kotiutushoitaja ja sosiaaliohjaaja (Ämmälä ym. 2008, 4). Monissa sairaaloissa osastosihteerin tehtävänä on varata potilaalle mahdolliset jatkokäynti-ajat ja laboratorio-ajat. Näin myös osastosihteerit ovat tärkeässä roolissa kotiutusprosessissa. Koska kotiutusprosessiin osallistuu varsin moniammatillinen ryhmä tiedonkulku heidän välillään on oltava saumatonta. Erilaiset moniammatilliset tapaamiset ovat hyvä keino välittää tietoa kaikille potilaan hoitajaksoon osallistuville sairaalan henkilökunnan jäsenille (Pinelli ym. 2017, 570.)

Tärkeintä on, että jokainen kotiutusprosessin toteutukseen osallistuja tietää omat tehtävänsä ja toteuttaa ne. Asiat, kuten lääkärin määräysten toteutukset, hoitotyön yhteenvetojen teko ja potilaan jatkokontrollien varaaminen tulee jakaa selkeästi hoitohenkilökunnan kesken, jotta väärinymmärryksiltä vältytään. (Pinelli ym. 2017, 568)

5.2 Sydänpotilaan kotiutusprosessin vaiheet

Kotiutusprosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat potilaan kotiutusvalmiuden arviointi, kotiutuspäätöksen tekeminen, kotiutuksen valmistelu sekä toteutus ja kotiutusprosessin toteutumisen arviointi. Jokaiseen vaiheeseen osallistujilla on omat tehtävät ja vastualueet. (Rantasalo 2007, 21–22.)

Sydänpotilailla erityistä huomiota kotiutusprosessissa kiinnitetään lääkehoidon muutoksiin ja toteutukseen, sekä mahdollisten suurten leikkaushaavojen hoitoon. Sydänsairaudet ovat usein elinikäisiä, joten tärkeää on myös panostaa potilaan arjesta selviytymiseen sydänsairauden kanssa. (Syväne 2016.)

5.2.1 Potilaan kotiutumisvalmiuden arviointi

Kotiutuksen suunnittelu yhdessä potilaan kanssa tulisi aloittaa jo heti siinä vaiheessa, kun potilas otetaan sisälle vuodeosastolle (Nordmark ym. 2015, 25). Potilaan kotiutumisvalmiutta ja kotiutusprosessin toteuttamista tulee arvioida koko potilaan sairaalajakson ajan. Esimerkiksi HUS, Hyvinkään sairaalan sisätautienosastolla potilaan nimetty omahoitaja suunnittelee sekä koordinoi potilaan kotiutumista koko hoitajakson ajan. Omahoitaja keskustelee kotiutumisesta ja siihen liittyvistä odotuksista potilaan ja tämän omaisten kanssa. Myöhemmin omahoitaja konsultoi muita potilasta hoitavia sairaalana työntekijöitä ja kotiutus päätöksen tekoon osallistuvia henkilöitä esiin tulleista asioista. (Ämmälä ym. 2008, 6.)

Jo potilaiden tullessa sairaalaan on tärkeää tunnistaa potilaat, joiden tulevaan kotiutumiseen saattaa liittyä haasteita. Tällöin ongelmia ja haasteita voidaan ennakoita ja mahdollisesti jopa välttää. Esimerkiksi pitkässä sairaalakierteessä olleiden potilaiden kotiutumien voi olla erityisen haastavaa. (Salomaa 2004,10.) Sillä pitkien sairaalakierteiden katkaisuun vaaditaan paljon työtä esimerkiksi koskien potilaan taustojen ja kotiolojen perinpohjaista selvitystä. Erityisen tärkeää on saada selville, miksi kyseinen potilas on palannut takaisin sairaalaa, jotta vastaavien tilanteiden syntyä pystytään ennaltaehkäisemään (Salomaa 2004,11). Hyvin alusta asti suunniteltu ja tehty kotiutusprosessi parantaa potilaan mahdollisuuksia kotona pärjäämiseen, kun mahdolliset riskitekijät saadaan huomioitua.

5.2.2 Kotiutus päätöksen tekeminen

Vaikka virallisen kotiutus päätöksen tekee potilaan hoitava lääkäri, on taustalla kuitenkin moniammatillinen ryhmä terveydenhuollon ammattilaisia, jotka yhdessä ovat päättävät onko potilas kotiutuskuntoinen. Useilla osastoilla viikoittain pidetään palavereja, joissa lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti arvioivat potilaan kotikuntoisuutta. Arvioinnissa otetaan huomioon potilaan liikkumiskyky kyky osastolla, se miten potilas on toipunut leikkauksesta, potilaan kivut ja millaista hoitoa hän niihin tarvitsee sekä potilaan henkinen valmius kotiutumiseen. (Ämmälä 2008, 6.)

Tavallisesti potilas kotiutuu noin vuorokauden sisällä kotiutus päätöksen saamisesta. Eli viimeinen vuorokausi sairaalassa käytetään usein potilaan kanssa kirjallisten ohjeiden läpi käyntiin. Tärkeitä läpi käytäviä asioita ovat lääkitys, liikunta ohjeistukset ja rajoitukset, sekä jatkohoitoon liittyvien kontrollien tarpeen kartoitus. (Watts 2004, 42.)

Heti potilaan kotiutumisaikojen selvittyä on hyvä viimeistään varmistaa potilaalta, että hän saa tapauskohtaisesti tarvitsemaansa apua kotona selviytymiseen omien rajoitteidensa puitteissa.

5.2.3 Kotiutuksen valmistelu ja toteutus

Kotiutusprosessin kolmannessa vaiheessa valmistellaan yksilöllisesti tulevaa kotiutusta. Samassa vaiheessa tapahtuu myös potilaan varsinainen kotiutuminen. Kun potilas saa kotiutus päätöksen, potilaan omahoitaja laatii potilaan sairaalajaksosta hoitotyöntehtävien yhteenvedon. Jos potilas siirtyisi jatkohoitoon esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle toimisi tämä yhteenvedo ikään kuin lähetteenä ja jatkohoidon suunnitelman pohjana jatkohoitopaikalle. Omahoitajan, tai jonkun muun kyseiseen aikaan työvuorossa olevan sairaanhoitajan, tehtävänä on myös tarkistaa potilaan lääkemääräykset, reseptit, erilaiset loppulausekkeet sairaalajaksosta sekä onko jatkohoitosuunnitelma tehty ja onko mahdolliset jatkokontrolliajat varattuina. (Ämmälä ym. 2008, 6.)

Mitä suuremmissa toimenpiteissä potilas on ollut, sitä todennäköisempää on, että hän tarvitsee jatkohoidon perusterveydenhuollon parissa esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla muutaman päivän ajan sairaalasta kotiututtuaan. Monet yli 18 vuotiaista potilaista kuitenkin kotiutuu omaan kotiinsa. Kuitenkin erityisesti yli 70 vuotiaat potilaat tarvitsevat usein jatkohoidon paikan tai kotihoidon palveluita toipumisajan verran. (Kuttila ym. 2014, 22-23.)

Sydänpotilaista avosydänleikkauksessa olleet potilaat kotiutuvat tavallisesti noin viikon kuluttua leikkauksesta. He saavat haavanhoito ohjeet ja ohjausta koskien liikumista ja arkisten askareiden tekoa. Avosydänleikkauksissa kuten aorttaläpänleikkauksissa olleiden potilaiden rintalastan luutumisen kestää tavallisesti noin kaksi kuukautta, tuona aikana potilaan tulee välttää äkkinäisiä ylävartalon liikkeitä ja painavien taakkojen nostelua. Potilaan on hyvä harjoitella jo sairaalassa arkisista askareista selviytymistä, se onkin edellytys kotiutus päätöksen tekoon. (Terveyskylä.fi 2019.)

5.2.4 Kotiutusprosessin toteutuksen arviointi

Jotta kotiutusprosessia pystytään kehittämään, on tärkeää arvioida jo tapahtuneiden kotiutusprosessien onnistuminen. Arviointi onkin oleellinen osa kotiutusprosessia. Se

on kuitenkin osa, jonka toteuttamisessa tulee helposti puutteita tai joka jää kesken. Koska palautteen antaminen ja potilastyytyväisyys lomakkeiden täyttäminen perustuu vapaaehtoisuuteen, monesti potilailla tai henkilökunnalla ei ole riittävästi aikaa palautteen antoon. Palautteenanto tapojen tulisi olla yksinkertaisia, selkeitä ja nopeasti tehtäviä. Yksi sairaanhoidon päätehtävistä on kuitenkin kohentaa potilaiden elämänlaatua niin sairaalassa olo aikana kuin potilaan kotiuduttua (Mazloum ym. 2016, 129).

Kotiutusprosessia tulee arvioida sekä potilaan, että kotiutukseen osallistuneen henkilökunnan. Potilaiden osalta arviointi tapahtuu usein kotiin sairaalajakson jälkeen tulevien palautelomakkeiden tai sähköisten kyselyiden välityksellä. Tällöin on potilaan omalla vastuulla vastaako hän kyselyyn. Olisi kuitenkin tärkeää, että mahdollisimman moni potilas näihin kyselyihin vastaisi, jotta palautteen perusteella voitaisiin kiinnittää huomiota mahdollisiin epäkohtiin. Potilaat ovat pääosin tyytyväisiä kotiutusprosessin toteutumiseen, eri tahojen välinen kommunikaation puute nousee kuitenkin esille myös potilaiden mielipiteissä (Pinelli ym. 2017, 570).

Hoitohenkilökunnasta osa kokee kotiutusten ajoittain toteutuvan liian nopeasti, jolloin kotiutuksen yksilölliselle suunnittelulle ei jää tarpeeksi aikaa. Kiireellisten kotiutusten syynä on usein potilaspaikkojen vähyys ja suuret potilasmäärät. (Watts ym. 2004.) Varsinkin isosta leikkauksesta kotiutuva potilas tarvitsee aikaa suunnitella, miten kotona pärjääminen onnistuu leikkauksen jälkeen, erityisesti jos leikkaus ei ollut ennalta suunniteltu. Sairaanhoidtajien ja muun henkilökunnan kokemukset kotiutusprosessin onnistumisesta tulevat esiin varsinkin osastokokouksissa, näissä onkin osasto kerrallaan mahdollista keskustella siitä mitä juuri kyseisellä osastolla tulee tehdä, jotta kotiutusprosessi olisi entistäkin toimivampi. (Robeznieks 2017, 40.) Hoitohenkilökunta kokee kommunikaatioon liittyvät ongelmat yhtenä eniten negatiivisesti kotiutusprosessiin vaikuttavana tekijänä. Oli sitten kyseessä puutteellinen kommunikaatio henkilökunnan ja potilaan välillä tai henkilökunnan sisäinen kommunikaation puute, on tällaisissa tilanteissa aina suurempi vaara väärinymmärryksiin ja virheisiin. (Pinelli 2017, 568.)

5.3 Kriittiset kohdat sydänpotilaan kotiutusprosessissa

Kriittisin vaihe kotiutuksessa ovat ensimmäiset kotiutuksen jälkeiset päivät. Usein ensimmäiset päivät kotona kertovat onko kotiutus tapahtunut liian aikaisin. Näinä ensimmäisinä päivinä saadaan lopullinen käsitys siitä, pärjääkö potilas kotona oman

tukiverkostonsa avulla. Liian aikaista potilaan kotiuttamista on pyrittävä välttämään ja korkeassa sairaalakierteen riskissä olevat potilaat on tunnistettava ajoissa, mahdollisesti jo sairaalajakson ensimmäisinä päivinä, jos mahdollista. (Underwood ym. 2014, 75.) Liian aikaista kotiutumista tulee välttää, sillä se voi aiheuttaa potilaiden joutumista sairaalakierteeseen tai hidastaa potilaan toipumista. Myös kotiutusprosessin toinen vaihe eli kotiutuspäätöksen tekeminen, sisältää riskejä. Tässä vaiheessa toteutuksen ajankohta on suurin riskitekijä. Jos potilaan kotiutumisvalmius ja kotona selviytymiseen vaikuttavat tekijät ovat arvioitu väärin ei kotiutus välttämättä ole pysyvä. Osa potilaista saattaa kertoa kotiolojensa olevan aivan erilaiset kuin mitä ne todellisuudessa ovat. Potilaalla ei välttämättä ole läheisiä, joilta voivat pyytää apua, eikä heillä ole aina mahdollisuus huolehtia hygieniastaan leikkauksen jälkeen vaaditulla tavalla. (Drachenberg ym. 2015, 83.) Varsinkin leikkauksesta kuntoutuvalla sydänpotilaalle on tärkeää, että kotiutumisympäristö on riittävän hygieeninen ja ettei hän joudu tekemään liian raskaita askareita, kun toipuminen on vasta alkuvaiheessa (Terveyskylä.fi 2019).

Ongelmat kommunikaatiossa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välillä, sekä sisäiset kommunikaation ongelmat henkilökunnan välillä tekevät kotiutusprosessin kaikista vaiheista melko kriittiset. Kommunikaation ongelmat estävät kotiutusprosessin normaalin kulun, ja ne voivat jopa nopeuttaa kotiutuspäätöksen tekemistä tilanteessa, jossa potilas ei olekaan vielä valmis kotiutumaan. Kommunikaation ongelmat voivat esiintyä puutteina tiedonkulussa, riittämättömänä ohjeistuksen antona tai pelkona kysyä selventäviä kysymyksiä. Hyvässä kommunikaatiossa kaikki osapuolet kokevat voivansa kysyä tarkentavia kysymyksiä, he kokevat saavansa tarpeeksi tietoa, eivätkä tunne jäävänsä ulkopuolelle tärkeissä mahdollisesti itseään koskevissa asioissa tai päätöksissä. (Drachenberg ym. 2015, 83-85.)

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETISYYS

Opinnäytetyön luotettavuuteen suuri vaikutus on tutkimuskysymyksillä, tietokannoilla ja hakusanoilla, joilla tietoa etsitään. Jos hakusanat ovat tiettyyn lopputulokseen johdattelevia ei opinnäytetyön tuloksia voida pitää luotettavina. Narratiivisissa kirjallisuuskatsauksissa ongelmat liittyvät usein aikaisempien tutkimusten luotettavuuden arviointiin (Holloway & Galvin 2017, 213).

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan kaikkia tutkimuseettisiä periaatteita. Eli kunnioitetaan aiempiin tutkimuksiin vastanneiden henkilöiden itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja tietosuojaa. (TENK 2009, 4.) Eettisiä ongelmia ei juurikaan tässä opinnäytetyössä tule vastaan. Sillä se toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, eli opinnäytetyön tekoon ei kuulu haastattelujen tekemistä. On kuitenkin huomioitava, että monet aikaisemmat tutkimukset ovat tehty haastattelujen tai tutkimuslomakkeiden avulla, joten opinnäytetyössä on sitouduttava noudattamaan aikaisempiin tutkimuksiin osallistuneiden henkilöiden yksityisyyden suojaa. Opinnäytetyötä tehdessä noudatetaan myös aikaisempia tutkimusaineistoja koskevia tekijänoikeuslakeja (TENK 2018, 11).

Opinnäytetyön aihe ja tutkimuskysymykset eivät aiheuta eettisiä ristiriitoja, sillä tarkoituksena on yleisesti käsitellä ja perehtyä sydänpotilaiden kotiutusprosessin vaiheisiin ja onnistumiseen. Opinnäytetyöhön valikoitujen tutkimusten (n=13) määrä on melko vähäinen, mikä laskee opinnäytetyön luotettavuutta. Myöskin se, että osa tutkimuksista on tehty 15 vuotta sitten ei lisää luotettavuutta. Toisaalta samat kotiutusprosessiin liittyvät ongelmat tulivat esille niin vanhoissa kuin uusissakin tutkimuksissa.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa yli 18-vuotiaiden sydänpotilaiden kotiutusprosessin vaiheita sairaalasta kotiin kotiuduttaessa. Tavoitteena oli saada terveydenhuollon ammattilaiset kiinnittämään entistäkin enemmän huomiota onnistuneen kotiutusprosessin tärkeyteen ja tämän avulla tehdä kotiutusprosessista entistäkin potilasystävällisempi. Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jossa käytetyt tieteelliset tutkimukset oli julkaistu vuosina 2003-2018. Kirjallisuuskatsauksen tulokset perustuvat 13 aiemmin julkaistuu tutkimukseen.

Opinnäytetyön tuloksena saatiin selville, että kotiutusprosessi voidaan jakaa neljään osaan 1) potilaan kotiutumisvalmiuden arviointi, 2) kotiutuspäätöksen tekeminen, 3) kotiutuksen valmistelu ja toteutus ja 4) kotiutusprosessin toteutuksen arviointi (Rantasalo 2007, 21–22). Kotiutusprosessiin osallistuvat potilaan hoitavat lääkärit, omahoitaja ja osaston muut sairaanhoitajat sekä lähihoitajat, fysioterapeutti, mahdollisesti osaston farmaseutti, sosiaaliohjaaja sekä kotiutushoitaja, jos osastolla sellainen on. Sekä tietysti itse potilas ja omaiset. (Ämmälä 2008, 4)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa tuli selkeästi esille, että kommunikaation vähäisyys on isoin ongelma kotiutusprosessissa. Potilaat kokevat kotiutumisensa onnistuneen melko hyvin, he kuitenkin nostivat esille terveydenhuollon ammattilaisten välisen puutteellisen kommunikaation mahdollistamat riskit (Pinelli ym. 2017, 570). Myös terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteissä kommunikaation ongelmat tulivat esille. He kuitenkin painottivat myös potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen kommunikaation merkitystä sekä avoimuutta keskusteluissa, jotta potilaan selviytymistä kotona voidaan ennalta arvioida ja kotiutusta suunnitella paremmin. (Drachenberg ym. 2015, 83) Koska potilaan kotiutumiseen osallistuu suuri moniammatillinen ryhmä pienetkin katkokset kommunikaatiossa voivat johtaa suuriin ongelmiin.

Myös liian aikainen potilaiden kotiuttaminen potilaspaikan vapauttamisen vuoksi vaikuttaa negatiivisesti potilaan kotiutusprosessin toteutumiseen (Watts ym. 2004). Potilasmäärät kuitenkin kasvavat jatkuvasti ja terveydenhuollon ammattilaisilla on paineita kotiuttaa potilaat yhä nopeammin. Täytyisi kuitenkin löytää aikaa käydä potilaan kanssa läpi kaikki kotihoito-ohjeet, ja varmistaa että potilas on valmis kotiutumaan sekä fyysisesti että psyykkisesti.

Opinnäytetyön tutkimusongelmiin saatiin melko hyvin vastaukset. Aiempia tutkimuksia juuri sydänpotilaiden kotiutusprosessista löytyi melko vähän, ja nekin olivat

ulkomaalaisia. Ylipäättään suomalaisten kotiutusprosessia käsittelevien tutkimusten löytäminen oli haasteellista. Voidaan siis todeta, että kotiutusprosessia tulisi tutkia Suomessa enemmän. Kotiutusprosessi on kuitenkin osa jokaisen potilaan sairaalajakson päättymistä, joten sitä kannattaa tutkia entistä enemmän ja sen tärkeyteen on hyvä kiinnittää entistäkin enemmän huomiota.

LÄHTEET

Airaksinen, J.; Aalto-Setälä, K.; Hartikainen, J.; Huikuri, H.; Laine, M.; Lommi, J.; Raatikainen, P. & Saraste, A. 2016. Vakaaoreisen sepelvaltimotaudin lääkähoidon tavoitteet ja toteutus. Kardiologia. Kustannus Oy Duodecim, painos 3.

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Sepelvaltimotautipotilaan hoitotyö. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Sanomapro, painos 6.

Drachenberg, J.; Spector, D.; Booth Thomas, M. & Cesta, T. 2015. Star rating show hospitals need to improve the discharge process. Hospital case management -the essential guide to hospital-based care planning vol 23, no 7, 81-96.

Eggen, A.; Jalving, M.; Bosma, I.; Veenhuis, D.; Bossher, L.; Geerling, J. & Reyners, A. 2018. A methodology to systematically analyze the hospital discharge of terminally ill patients. Medicine vol 97, no 11, 4.

Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu:13.5.2019) Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Freyer, J.; Hueter, L.; Kasprick, L.; Frese, T. & Sultzer, R. 2018. Drug-related problems in geriatric rehabilitation patients after discharge -a prevalence analysis and clinical case scenario-based pilot study. Research in social and administrative pharmacy vol14, no 7 volume 14, 628.

Glasberg, K. 2017. Turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Opinnäytetyö. Ammattikorkeakoulu Arcada.

Hekkala, A-M. 2018. Mitä on eteisvärinä? Sydänliitto. Viitattu:13.5.2019 <https://sydan.fi/fact/eteisvarina/>

Hekkala, A-M. 2018. Pitkään jatkuneen eteisvärinän rytminsiirto. Sydänliitto. Viitattu: 18.4.2019 <https://sydan.fi/fact/pitkaan-jatkuneen-eteisvarinan-rytminsiirto/>

Holloway, I & Galvin, K. 2017. Qualitative research in nursing and healthcare. 4. painos. Wiley Blackwell.

Jaakkola, T. 2012. "Valpas mieli on turva verraton" – potilaiden ja läheisten kokemukset potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja varmistamisesta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kang, E.; Gillespie, B.; Tobiano, G. & Chaboyer, W. 2018. Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: a systematic mixed studies review. International journal of nursing studies vol 87, no 11, 1.

Kangasniemi, M.; Utriainen, K.; Ahonen, S-M.; Pietilä, A-M.; Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvailevakirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksistä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede -lehti vol 25, no 4, 291.

Kettunen, R. 2018. Eteisvärinä (flimmeri) ja eteislepatus (flutteri). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu:11.5.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015

Kettunen, R. 2018. Sydämen vajaatoiminta. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu: 13.5.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Koski, J. 2007. Sairaalaan kotihoitoon -toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

- Kuttila, K.; Lahti, A. & Tuominen, P. 2014. Sydänkirurgia: opas sydänleikkaukseen tulevalle. TYKS, Turun yliopistollinen keskussairaala. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalatason käytännöissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Tutkimus 99.
- Mazloun, S. R.; Heidari-Gorji, M. A.; Bidgoli-Gholkhatmi, M. & Agayei, N. 2016. Effectiveness of discharge-planning on physical quality of life of patients with ischemic heart disease. International journal of applied & basic medical research vol 6, no 2, 129-133.
- Muhonen, R. 2018. Sähköiseen rytminsiirtoon valmistautuminen ja ohjeet toimenpiteen jälkeen. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu:18.4.2019
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00933
- Nordmark, S.; Söderberg, S & Skär, L. 2015. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. Informatics for health and social care vol 40, no 1, 23-44.
- Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli-Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes aiheita 29. Helsinki: Sta-kes.
- Pinelli, V.; Stuckey, H. L. & Gonzalo, J. D. 2017. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. Journal of professional care vol 31, no 5, 566-574.
- Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta koti-hoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Robeznieks, A. 2017. Successful handoff? A good discharge planning process follows a patient across the continuum of care from hospital to home. Hospital & Health networks vol 91, no 6, 38-43.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4. Vaasan yliopisto.
- Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollosta -hoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Sepelvaltimokohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST -nousuja. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu: 5.5.2019) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi
- Stabiili sepelvaltimotauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu: 5.5.2019) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi
- Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73/2015. Turun yliopisto.
- Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu:13.5.2019) Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Sydänsairaala. 2019. Sepelvaltimotaudin hoito. Viitattu:19.4.2019
<https://www.sydansairaala.fi/potilaana/sepelvaltimotaudin-hoito/>
- Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu: 5.5.2019) Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi
- Syvänne, M. 2016. Ohitusleikkaus kiertää sepelvaltimon ahtauman. Sydänliitto. Viitattu 11.4.2019 <https://sydan.fi/fact/ohitusleikkaus-kiertaa-sepelvaltimon-ahtauman/>

- Syvänne, M. 2015. Sydämen vajaatoiminnan oireet. Sydänliitto. Viitattu:13.5.2019
<https://sydan.fi/fact/sydamen-vajaatoiminnan-oireet/>
- Tarnanen, K.; Porela, P.; Mäntylä, P. & Meinander, T. 2015. Vakaa sepelvaltimotauti (stabiili angina pectoris). Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu: 5.5.2019
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00111
- Terveyskylä.fi. 2018. Aorttaläppäleikkaus. Sydänsairaudet. Viitattu: 19.4.2019
<https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/syd%C3%A4nleikkaukset/aorttal%C3%A4pp%C3%A4leikkaus>
- Terveyskylä.fi. 2019. Leikkauksen jälkeen. Sydänsairaudet. Viitattu: 19.4.2019
<https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/syd%C3%A4nleikkaukset/leikkauksen-j%C3%A4lkeen>
- TENK. 2009. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu: 7.6.2019
<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- TENK. 2018. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 31.1.2019.
<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>
- THL. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. Viitattu:11.5.2019 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>
- Underwood, R.; Drachenberg, J.; Booth Thomas, M. & Cesta, T. 2014. Beef up your discharge planning process, experts recommend. Hospital case management -the essential guide to hospital-based care planning vol 22, no 6, 73-88.
- Vaasan keskussairaala. 2015. Sydämentahdistin: asennus. Viitattu: 19.4.2019
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/erikoisalut/sydan--ja-verisuonitaudit/sydamentahdistimen-asennus/>
- Vainikainen, T. 2018. Sydäntoimenpiteiden valikoima kasvaa. Sydänliitto. Viitattu:19.4.2019
<https://sydan.fi/sydantoimenpiteiden-valikoima-kasvaa/>
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Viitattu: 25.1.2019
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf>
- Watts, R. J.; Pierson, J. & Gardner, H. 2004. How do critical care nurses define the discharge planning process? Intensive and critical care nursing vol 21, no 1, 39-46.
- Whittemore, R. 2005. Combining evidence in nursing research. Methods and implications. Nursing research vol 54, no 1, 56.
- Yli-Mäyry, S. 2018. Tahdistimen asennus. Sydän sairaudet. Duodecim. Viitattu 11.4.2019
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00258
- Ämmälä, K.; Saxelin, I.; Brander, P.; Ylivaara, T.; Klemola, K.; Rautioaho, A. & Niskanen, T. 2008. Kotiuttamisprosessi Hyvinkään sairaalan sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosastolla -esite. Hyvinkää 19.11.2008

Laadukkaan kotiutumisen kriteerit -huonetaulu

**LAADUKKAAN KOTIUTUMISEN KRITERIT
- POTILAAN NÄKÖKULMASTA**

- **Toimiva kommunikaatio** → Pidetään potilas ajan tasalla läpi hoitojakson
- **Potilaan toiveiden huomiointi** → Otetaan selvää potilaan toiveista ja huolista
- **Omaisten huomiointi** → Pidetään omaiset ajan tasalla ja hyödynnetään heillä olevaa tietoa potilaasta
- **Kotihoito-ohjeiden läpikäynti** → Ohjeiden läpikäynti yhdessä potilaan kanssa
- **Kattava ohjeistus lääkehoidosta** → Kirjallinen ja sanallinen ohjaus
- **Mahdollisuus antaa palautetta** → Hoitojakson jälkeiset tyytyväisyys kyselyt

Kaidi Krusberg ja Susanna Salo 2019
Turun ammattikorkeakoulu

Sydänpotilaan kotiutusprosessin kuvaaminen -posteri.

Sydänpotilaan kotiutusprosessin kuvaaminen

Kaidi Krusberg & Susanna Salo

#Excellence
In Action

Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja menetelmä:

- Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaalasta kotiutuvien yli 18-vuotiaiden sydänpotilaiden kotiutusprosessin vaiheita.
- Tavoite on saada terveydenhuollon ammattilaiset kiinnittämään entistäkin enemmän huomiota onnistuneen kotiutusprosessin tärkeyteen, ja tehdä siitä entistäkin potilastyötavallista.
- Opinnäytetyö toteutettiin näytelmänsä kirjallisuuskäytännöllä.

Sydänpotilaan kotiutusprosessi

- Potilaan onnistunut kotiuttaminen on monivaiheinen prosessi, joka vaatii osastoilla aikaa ja resursseja. (Lämsä 2013, 110)
- Onnistuneen kotiuttamisen tavoitteena on mahdollistaa potilaalle turvalliset lähtökohdat kotona eläytymiseen. (Vastola 2008, 128)
- Ajetaan potilaat kotiutuvia liian huonokuntoisina ja joutuvat sairaalahoitoon. (Wälte ym.2004)



Kuva: [https://www.shutterstock.com/image-vector/healthcare-team-1234567890](#)

Avainsanat:

- Sydänpotilas
- Kotiutusprosessi
- Kotiutuvan suunnittelu
- Hoitosuunnitelma
- Puheluystävällisyys

Kotiutusprosessin vaiheet

1. Potilaan kotiutusvalmiuden arviointi
 - Tulos: voittoa heti potilaan saapumisesta osastolle (Nordrenk ym. 2015,25)
 - 2. Kotiutusvalmiuden toteuttaminen
 - Moniammatillinen työryhmä osallisuutta kotiutuspäätöksen tekemiseen. (Ämmälä2008,6) Yleensä kotiutus tapahtuu noin vuorokauden sisällä päätöksen teosta. (Wälte 2004)
 - 3. Kotiutuksen valmistelu ja toteutus
 - Hoitoyhteistyön tekeminen mahdollisten kotiutusohjeiden läpikäynnin (Ämmälä ym.2008,6)
 - 4. Kotiutusprosessin toteutuksen arviointi
 - Potilaat täyttävät palvelukysymykset tai sähköiset kyselyt (Ponni ym.2017,570)
 - Henkilökunnan palaute osastokokouksissa (Rozbeznika2017,40)

Kotiutusprosessiin osallistujat

- Potilaan hoitovälittäjä
- Omaishoitaja
- Fysioterapeutti
- Toimintaterapeutti
- Osaamisen lausekutsu
- Sosiaaliohjaaja
- Kotiutusohjaaja
- Osaamisen lausekutsu
- Omaiset
- Itse potilas

Kotiutusprosessin kriittiset kohdat

- Ensimmäiset kotiutuksen jälkeiset vuorokaudet kotona (Linderoos ym.2014,75)
- Liian aikainen kotiuttaminen
- Ongelmat kommunikaatiossa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välillä, ja sisäiset kommunikaation ongelmat sairaalan henkilökunnan välillä (Drachenberg ym.2015, 83)



TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



TYKS

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPUURI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT