

Jenny Silander

Eteisvärinäpotilaan elektiivinen hoito Marian sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyö

Opinnäytetyö

26.11.2012

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jenny Silander Eteisvärinäpotilaan elektiivinen hoito Marian sairaalassa 27 sivua + 2 liitettä 26.11.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Lehtori Marjatta Luukkanen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisen eteisvärinä potilaan hoitoprosessi Marian sairaalassa, joka on yksi Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kaupunginsairaaloista.</p> <p>Eteisvärinäpotilaan elektiivisellä hoidolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä suunniteltua sähköistä rytminsiirtoa, joka suoritetaan polikliinisesti Marian sairaalan sisätautien ajanvauruspoliklinikalla.</p> <p>Työn tavoitteena oli tuottaa vuokaavio potilaan hoitoprosessista ammattilaiskäyttöön. Marian sairaalan henkilökunta käyttää vuokaaviota oman henkilökuntansa perehdyttämiseen.</p> <p>Aineisto saatiin haastattelemalla työn tilaajan, Marian sairaalan sisätautien poliklinikan, henkilökunnan jäseniä. Saatu aineisto litteroitiin ja ryhmiteltiin, jonka pohjalta rakennettiin vuokaavio.</p> <p>Hoitoprosessin tueksi opinnäytetyöhön liitettiin teoretietoa sairaudesta, käsitteistä ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toiminnasta.</p>	
Avainsanat	Marian sairaala, eteisvärinä, elektiivinen hoito, hoitoprosessi, vuokaavio

Author(s) Title	Jenny Silander Atrial fibrillation patients elective treatment in Maria's hospital
Number of Pages Date	27 pages + 2 appendices 26th November 2012
Degree	Bachelor of Health care
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Principal Lecturer Marjatta Luukkanen
<p>The purpose of this thesis is to describe the elective atrial fibrillation patient treatment process in Maria's hospital, which is one of the City hospitals in Health Centre of City at Helsinki.</p> <p>Atrial fibrillation patients elective treatment means scheduled electric cardioversion, which is performed in Maria's hospitals internal disease clinic.</p> <p>The main goal of the thesis was to produce a flow chart of the elective atrial fibrillation patients care process for professional use. Maria's hospital would use the flow chart to familiarize their staff to the care process.</p> <p>Material was collected by interviewing the staff members of the internal disease appointment clinic. The given material was transcribed and grouped, the flow chart was made using this material.</p> <p>To support the care process, the thesis was attached with theory of the disease, concepts and knowledge of the actions of City of Helsinki Healthcare.</p>	
Keywords	Maria's hospital, atrial fibrillation, elective treatment, care process, flow chart

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Helsingin kaupungin terveyskeskus toimintaympäristönä	1
3	Eteisvärinä	3
3.1	Eteisvärinä sairautena	3
3.2	Eteisvärinän hoito Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa	4
4	Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia hoidosta	5
5	Hoitoprosessi	7
6	Potilasturvallisuus	8
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	11
8	Aineisto	11
8.1	Tutkimusluvut	11
8.2	Aineiston hankinta	11
8.3	Tiedonhaku	12
8.4	Vuokaavion toteuttaminen	13
8.5	Aineiston analysointi	16
9	Tulokset	17
10	Pohdinta	24
10.1	Tulosten tarkastelu	24
10.2	Luotettavuus	24
10.3	Eettisyys	25
10.4	Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset	26
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	
	Liite 2. Tutkimusluvut	

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoitoprosessi. Marian sairaala on Helsingin kaupungin akuuttisairaala, jossa toimii tällä hetkellä myös Malmin sairaalan päivystys, kunnes 2014 se siirtyy remontin valmistuttua takaisin Malmille. Marian sairaala tarjoaa terveyspalveluita ensisijaisesti pohjoisen, kaakon, itäisen ja koillisen Helsingin yli 16-vuotiaille asukkaille. (Helsingin kaupunki :2012)

Suomessa eteisvärinä potilaita on n.100 000. Väestön ikääntymisen vuoksi, luvun arvioidaan pian suurenevan. Rytmihäiriöt yleistyvät iän noustessa. Rytminsiirtoja tehdään erityisesti iäkkäille ihmisille, joiden normaali sinusrytmi on kääntynyt poikkeavaksi muun muassa eteisvärinän, eteislepatuksen tai muun sydämenrytmihäiriön vuoksi. (Käypä hoito-suositus: 2012) Eteisvärinä on yleisin pitkäkestoinen sydämen rytmihäiriö, jota voidaan yrittää kääntää sinusrytmiksi joko sähköisesti tai lääkkeellisesti. (Käypä hoito-suositus: 2012) Väestön ikääntyessä voidaan olettaa, että rytmihäiriöitä tullaan tulevaisuudessa kohtamaan enemmän.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eteisvärinäpotilaan elektiivinen hoitoprosessi Marian sairaalassa. Työn yhteydessä julkaistaan vuokaavio posterimuodossa tarkoitettuna ammattilaiskäyttöön, jossa esitetään visuaalisessa muodossa eteisvärinäpotilaan hoitoprosessi Marian sairaalassa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kanssa.

2 Helsingin kaupungin terveyskeskus toimintaympäristönä

Terveyskeskuksen tarkoituksena on edistää helsinkiläisten terveyttä ja järjestää yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa tarpeellinen sairauksien hoito sekä turvata hoitoon pääsy ja palvelun laatu. (Helsingin kaupunki: 2012) Terveyskeskuksessa on viisi kliinisestä toiminnasta vastaavaa osastoa: terveysasemat, suun terveydenhuolto, kotihoito, psykiatria ja kaupungin sairaala. Helsingin kaupungin terveyden huollon piiriin kuuluu 26 terveysasemaa ja kuusi kaupungin sairaalaa. (Helsingin kaupunki: 2012) Perusterveyden huollon järjestäminen kuuluu terveysasemille. Kaupunginsairaala vastaa perusta-

son erikoissairaanhoidosta ja kuntoutuksesta yhdessä kotihoidon kanssa. (Helsingin kaupunki: 2012) Marian sairaala, on yksi näistä kaupungin sairaaloista.



Kuva 1. Helsingin kaupungin terveystakeskuksen organisaatiokaavio (Helsingin kaupunki: 2012 Terveystakeskuksen organisaatiokaavio)

Kaupungin sairaaloihin potilaat tulevat yleensä päivystyspoliklinikoilta tai erikoissairaanhoidon jatkohoitoon HYKS:iltä. HYKS sairaanhoito piiri muodostuu Helsingin ja Uudenmaan yliopistollisista sairaaloista, joita on 17, Helsingissä, Vantaalla ja Espoossa. (HUS: 2012) Marian sairaala oli vielä vuoden 2007 loppuun osa HYKS-sairaanhoitopiiriä, jolta se siirtyi pääosin Helsingin kaupungin sairaalaksi. Marian sairaalassa toimii edelleen dialyysiyksikkö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alaisena. Marian sairaalassa toiminut päivystyspoliklinikka siirtyi vuonna 2009 Meilahden sairaalan läheisyyteen valmistuneeseen Haartmanin sairaalaan. Tällä hetkellä Marian sairaalan tiloissa toimii myös Malmi sairaalaan päivystyspoliklinikka, terveystakeskus-

päivystys ja osa vuodeosastoista. Malmin sairaalan ollessa remontissa vuoteen 2014 saakka, samalla rakennetaan myös uusi sairaala. Marian sairaalaan tiloissa toimii sisätautien ajanvarauspoliklinikka, jossa täyhystykset ja rytminsiirrot toteutetaan. Tämä opinnäytetyö on toteutettu Marian sairaalan sisätautien poliklinikalle.

3 Eteisvärinä

3.1 Eteisvärinä sairautena

Eteisvärinä, kansankielellä flimmeri, on yksittäisten lisälyöntien jälkeen yleisin sydämen rytmihäiriö. Nuorella väestöllä eteisvärinä on harvinainen, mutta sen esiintyvyys lisääntyy nopeasti iän myötä. Kun alle 60-vuotiailla eteisvärinää esiintyy vain 0,4% ihmisistä, yli 65-vuotiaista jopa 10% sairastaa eteisvärinää. (Mäkijärvi – Kettunen – Kivelä – Parikka – Yli-Mäyry 2008; 402, Käypähoito: 2012)

Eteisvärinän aiheuttamat oireet johtuvat kammioiden nopeasta ja epäsäännöllisestä supistelusta, joka voi tuntua tykyttelynä tai rytmien epäsäännöllisyytenä. Eteisten nopea ja järjestymätön toiminta on tyypillistä eteisvärinässä. Eteisten supistellessa jopa 600 kertaa minuutissa epätahdissa, aiheuttaa se sähköiset aallot kulkemaan kaoottisesti. Kun eteiset värisevät, sähköimpulsseja tulee kammioiden alueelle vaihtelevalla taajuudella. Tämä johtaa kammiot supistelemaan epäsäännöllisesti, usein turhan nopeasti. (Mäkijärvi ym. 2008; 402) Eteisvärinä on supraventikulaarinen rytmihäiriö, jota luonnehtii eteisten nopea, järjestymätön sähköinen ja mekaaninen toiminta. (Käypä hoito-suositus: 2012)

Eteisvärinä voidaan jakaa neljään päätyyppiin uusiutumistaipumuksen ja sen keston mukaan. (Käypä hoito-suositus: 2012)

1. kohtauksittainen, eli paroksysmaalinen.
2. jatkuva, eli persistoiva
3. pitkään jatkunut eteisvärinä
4. pysyvä, eli krooninen

Kohtauksittaisessa eteisvärinässä sydän palautuu sinusrytmiin itsestään, alle viikossa, mutta yleensä jo alle kahdessa vuorokaudessa. Jatkuva eteisvärinä kestää hoitamattomana

tomana yli viikon ja tällöin sydän voidaan palauttaa sinusrytmiin lääkkeellisellä tai sähköisellä rytminsiirrolla. Pitkään jatkuneessa eteisvärinää on kestänyt jo yli vuoden ajan, tässä sinusrytmin palauttamista pidetään edelleen aiheellisena. Pysyvästi eteisvärinää kärsivältä potilaalta rytminsiirto sinusrytmiin ei enää onnistu, tai sitä ei pidetä enää aiheellisena. (Käypä hoito-suositus: 2012)

Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään termiä lone atrial fibrillation, jolla tarkoitetaan alle 60-vuotiaalla muuten terveellä potilaalla esiintyvää eteisvärinää. Suomessa sitä nimitetään itsenäiseksi eteisvärinäksi. (Käypä hoito-suositus: 2012)

Eteisvärinä todetaan anamneesin, EKG:n ja laboratoriotutkimusten perusteella. EKG:n lisäksi otetaan diagnostivaiheessa myös tarvittaessa thorax eli sydämen ja keuhkojen röntgenkuva. (Mäkijärvi ym. 2011: 421)

EKG:ssä eteisvärinä potilaan perusviiva on epätasainen, eikä normaali P-aalto erotu. Tämä johtuu tiheästä eteistaajuudesta, joka voi olla jopa 600/min. (Heikkilä – Huikuri – Luomanmäki – Nieminen – Peuhkurinen 2000; 709) Kammiotaajuus on epäsäännöllinen sähköimpulssien edetessä eteisistä kammioihin vaihtelevalla nopeudella. (Käypä hoito: 2012) Henkeä uhkaava sairaus eteisvärinä on harvoin, kuitenkin monilla eteisvärinäpotilailla on oireita ja ongelmia rytmihäiriön vuoksi. (Heikkilä ym. 2000;709)

Eteisvärinä on yleisin sydämen rytmihäiriö, asianmukainen hoito parantaa potilaan suorituskykyä ja ennustetta mm. ehkäisemällä aivohalvauksia. Antikoagulaatiohoito ja sähköinen rytminsiirto ovat toistaiseksi eteisvärinän hoidon kulmakiviä. (HUS: 2012) Eteisvärinän laukaisevat tekijät ovat usein sydänperäisiä, esimerkkinä sepelvaltimotauti, korkea verenpaine ja sydämen vajaatoiminta. Potilaan aiempi kardiovaskulaarinen, eli sydämeen tai verisuoniin liitännäinen sairaus, nostaa eteisvärinään sairastumisen riskin jopa kolmekymmenkertaiseksi. Myös suomalaiseen kulttuuriin kuuluvat alkoholin liikkakäyttö ja liiallinen kahvin juonti saattavat aiheuttaa tilapäisen eteisvärinän. (Illikainen & Kerälä 2005, 11; Mäkijärvi ym. 2011, 404-405.) Kuitenkin merkittävin eteisvärinälle altistava tekijä on ikä. (Käypä hoito-suositus: 2012)

3.2 Eteisvärinän hoito Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa

Eteisvärinä potilaat hoidetaan Helsingin kaupungilla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Marian sairaala kuuluu erikoissairaanhoidon Marian sairaalassa eteisvärinäpotilaiden hoito keskittyy päivystykselliseen ja elektiiviseen hoitoon. Päivystyksellisesti hoidetaan nykyisen hoitoketjun mukaiset lääkkeelliset hätätapaukset, varsinainen antikoagulaatti hoidon aloitus kuuluu perusterveyden huoltoon eli terveysasemille.

Eteisvärinän elektiivinen hoito toteutetaan Marian sairaalassa sisätautien ajanvarauspoliklinikalla sähköisenä rytminsiirtona. Poliklinikalla työskentelee sairaanhoitajia, jotka on koulutettu hoitamaan kardioversiopotilaat alusta loppuun. Marian sairaalasta potilas siirretään päivystyksellisesti hoitoon Meilahden sairaalaan; jos hoidosta huolimatta akuutti eteisvärinä jatkuu. Myös hemodynaamiikan hallinnan vaikeus tai akuutti tahdistuksen tarve voivat olla päivystys siirron syynä. (HUS: 2012)

4 Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia hoidosta

On tutkittu miten yksilöllisenä potilaat kokevat saamansa hoidon ajanvarauspoliklinikalla. Tulosten mukaan hoito koetaan kokonaisuudessaan yksilölliseksi, mutta yksilöllisyyttä oli hoitotyön toimintojen avulla tuettu heikoiten. (Makkonen - Hupli - Suhonen 2010;128) Parhaiten koettiin toteutuneen potilaan päätöksenteon kontrolli ja potilaan kliinisen tilanteen huomioiminen hoitotyön toteutuksen yhteydessä.

Vuonna 2006 suomessa tehtiin lähes 7 000 000 avohoitokäyntiä, joista eniten sisätautien erikoisalalle, noin 600 000 käyntiä. (Makkonen yms. 2010;129) Sisätautien erikoisala sisältää HUS piirissä endokrinologian, gastroenterologian, geriatrian, hematologian, infektiosairaudet, kardiologian, nefrologian, reumatologian ja yleissisätaudit. Lisäksi sisätautien erikoisaloiksi lasketaan keuhkosairaudet, allergologia ja iho- ja sukupuolitaudit. (HUS: 2012)

Poliklinikan palveluiden parantaminen kiinnostaa asiakkaita ja palvelun kustantajia, mutta aluealueeseen kohdistunut tutkimus on vähäistä. (Makkonen yms. 2010;129) Potilaan osalta palveluprosessi alkaa potilaan hakeutuessa terveydenhuollon toimijoiden apuun ja päättyy potilaan saatua ratkaisun ongelmiinsa. Polikliinisessä hoitotyössä potilaan ohjaamisella ja hoitosuhteen sisällöllä on tärkeät roolit. Henkilökunnan odotetaan tietävän useiden sairauksien hoitoperiaatteet ja kykenemään huomioimaan jokai-

nen potilas yksilönä. (Makkonen yms. 2010; 129) Yksilöllinen hoito jaetaan kirjallisuudessa yleisesti kolmeen eri osa-alueeseen: potilaan kliiniseen tilanteeseen, henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen ja päätöksenteon osa-alueeseen. (Makkonen yms. 2010: 130)

Rajallisen vastaanottoajan vuoksi, potilaat saattavat kokea, että he eivät saa osallistua hoitonsa suunnitteluun, eivätkä saa riittävästi tietoa sairaudestaan ja hoitoaan koskevista asioista. (Makkonen 2010;129) Tämän ongelman vuoksi on Marian sisätautien poliklinikalla perustettu elektiiviseen sähköiseen rytminsiirtoon tuleville potilaille tiedonsaannin turvaamiseksi ensitieto-koulutuspäivät.

Kliiniseen tilanteeseen kiinnitettiin huomiota ja potilaat kokivat, että sairaanhoitajat keskustelivat heidän kanssaan sairauteen liittyvistä tunteista ja heidän henkilökohtaisista tarpeista sekä antaneen mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidosta voimavarojen mukaisesti. Vähiten potilaat kokivat, että sairaanhoitajat keskustelivat sairauden vaikutuksesta ja merkityksestä. (Makkonen yms. 2010:133) Makkosen, Huplin ja Suhosen tutkimuksessa paljastui, että potilaan henkilökohtainen elämäntilanne, kuten yksilölliset elintavat, jokapäiväiset toiminnot ja aikaisemmat sairaalakokemukset on otettu huomioon sairaalahoidossa. Hoitajat olivat vain harvoin selvittäneet esimerkiksi potilaan elintapoja. (Makkonen yms. 2010:131) Vanhemmat potilaat, yli 65-vuotiaat, kokivat nuorempia useammin, että heidän henkilökohtaisen elämäntilanteensa oli otettu huomioon hoidossa. (Makkonen yms. 2010:131)

Tärkeä merkitys yksilöllisen hoidon toteutumisessa polikliinisessä hoidossa on sillä, kuinka potilaan osallistuminen omaan hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon on mahdollistettu. Makkosen, Huplin ja Suhosen tutkimuksessa kerrotaan, että kirurgiset potilaat kokivat, että heidän yksilöllisyytensä huomioitiin parhaiten päätöksenteon osa-alueella. Tutkimustuloksissa todettiin potilaiden potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa liittyvän päätöksentekoon toteutuvan osa-alueista parhaiten. (Makkonen yms. 2010:134) Poliklinikalla käyvät potilaat pitivät tärkeänä sitä, että tieto annetaan selkeästi ”heidän omalla kielellään” ja käyttäen yksilöllisesti valikoituja, käyttökelpoisia kirjallisia ohjeita. (Makkonen yms. 2010: 131)

Yhteenvetona Makkosen, Huplin ja Suhosen tutkimuksessa todetaan, että väestön ikääntyessä ja sen myötä kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden määrän lisääntyessä keskeiseksi haasteeksi polikliiniselle hoidolle ja menetelmille tulee hoitoon sitout-

taminen ja potilaiden suhtautuminen heidän omaan hoitoonsa. Tähän voidaan vaikuttaa potilaan yksilöllisellä hoidolla.

Potilaiden kokema pelko ja pelkotilat on otettava huomioon potilaan ohjauksessa. Kun asiasta ei tiedetä riittävästi, se aiheuttaa pelkoa. Eteisvärinäpotilaalle pelkoa aiheuttavat eniten itse toimenpide, eli sähköinen rytminsiirto, nukutus ja mahdolliset komplikaatiot. Pelontunnetta aiheutti myös tiedon puute, juuri edellä mainituista pelon kohteista. (Karvonen: 2012) Toimenpiteeseen liittyvä pelko liittyi toimenpiteen onnistumiseen. Pelko johti yleensä tietämättömydestä toimenpiteen etenemisestä. Pelko aiheutti potilailla vastahakoisuutta toimenpidettä kohtaan. Karvosen tutkimuksessa huomattiin, että potilaan ennakkoluulottomuudella ei ollut vaikutusta potilaan tuntemaan pelkoon. Ennakkokäsitykset potilailla olivat yleensä perustuneet internetistä haettuun tietoon ja elokuvissa nähtyihin sähköisiin rytminsiirtoihin. (Karvonen: 2012)

Anestesia ja siihen liittyvät riskit pelottivat useaa potilasta. Anestesia oli monelle Karvosen tutkimukseen osallistuneille ensimmäinen. Pelottavina asioina mainittiin nukutuksen aikaiset tai sen jälkeen ilmenevät komplikaatiot. Pelko oli voimakkain juuri ennen nukutusta. Pelko kohdistui myös heräämiseen ja siihen mahdollisuuteen ettei anestesiasta herättäisikään. Nukuttaminen koettiin pelottavaksi myös potilaista, joilla oli edeltävää kokemusta anestesiasta. (Karvonen: 2012) Komplikaatioista vakavin ja pelätyin on mahdollinen tukos, jonka vaarasta potilaat olivat hyvin tietoisia. Potilaat olivat usein tutkineet kirjallisuudesta ja internetistä aivoverenkierron häiriöistä ja tukoksien mahdollisuudesta. Potilaiden pitkä viive diagnosoinnista hoitoon aiheutti usein pelkojen lisääntymisen, kun potilaat odottelivat kotona itse hankitun tiedon kanssa. (Karvonen: 2012)

5 Hoitoprosessi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrää, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Uudessa terveydenhuoltolaissa, joka tuli voimaan 01.05.2011 korostetaan hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen merkitystä. Lääkäreiden tietokannasta löytyy yli 600 eri tarkoituksiin tehtyä hoitoketjua, joita ei kuitenkaan käytetä arjen työssä. Näin väittävät Doris Holmberg-Marttila ja Jaakko Valanne Lääkärilehden pääkirjoituksessaan 2011.

Hoitoketju on aiemmin määritetty lähinnä tietojärjestelmien suunnittelua varten, ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaksi, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittäväksi, suunnitelmalliseksi ja yksilöllisesti toteutuvaksi hoitoprosessien kokonaisuudeksi. (Holmerg-Marttila - Valanne :2011) Hoitoprosessi on yksi osa toimivaa hoitoketjua, hoitoketjun ollessa kokonaisuus, joten prosessi on vain yksi lenkki ketjussa. Hoitoketju tulee olla tehtynä yhteistyössä asiaan liittyvien organisaatioiden edustajien kesken, se on tehty moniammatillisessa työryhmässä ja on sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon saavutettavissa. Suurimmat esteet hoitoketjuille ja niiden kehittymiselle ovat organisaatioiden rakenteet, positiivisten kokemusten puute ja johdon asenteet. (Holberg-Marttila - Valanne :2011)

Marian sairaalassa on elektiivisen kardioversiopotilaan hoitoprosessi, joka on yksi osa potilaan hoitoketjusta, joka on alkanut jo paljon aikaisemmin, ennen kuin tieto potilaasta on saavuttanut Marian sairaalan. Kaupunginsairaalan asiakasryhmät on jaoteltu, joten Marian sairaalaan tulee koillisen-, kaakkoisen-, pohjoisen ja itäisen- Helsingin eteiväriinää sairastavat potilaat, joille on päätetty suorittaa elektiivinen sähköinen rytminsiirto.

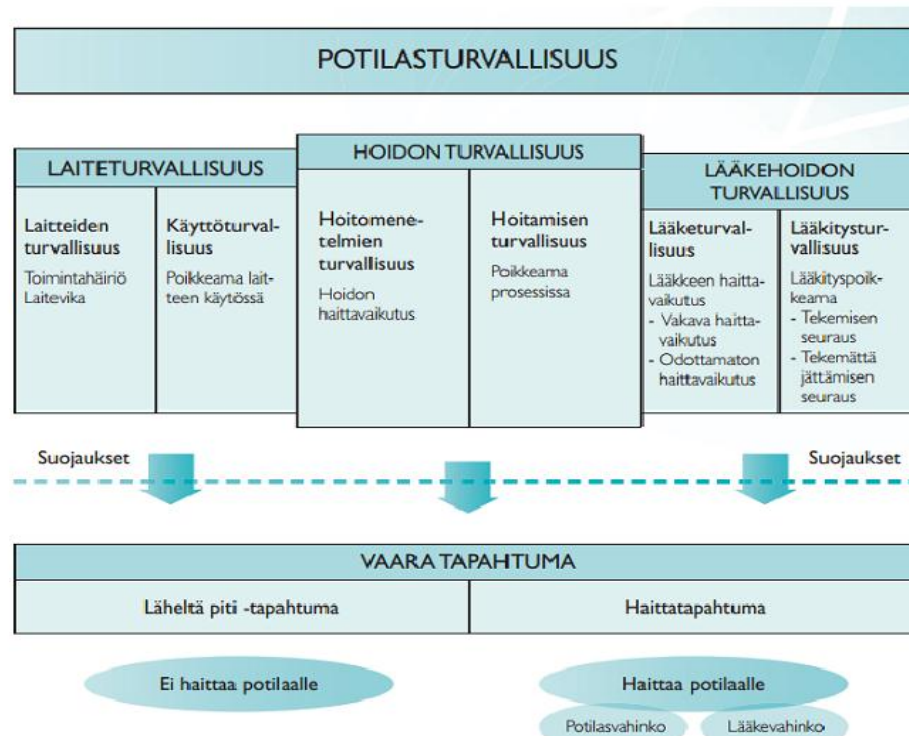
6 Potilasturvallisuus

Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009-2013 toiminta ajatuksena on edistää potilasturvallisuutta yhdessä. Potilasturvallisuus on terveyden ja sairaanhoidon perusta. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:11)

Potilasturvallisuusstrategiassa potilasturvallisuuteen otetaan kantaa neljästä näkökulmasta, jotka ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Näillä näkökulmilla tähdätään kokonaisvaltaisesti turvalliseen hoitoon. Turvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua ja organisaation riskienhallintaa. Helsingin terveyskeskuksessa potilasturvallisuutta on kehitetty useiden vuosien aikana osana hoidon kliinisen laadun sekä lääkeosaamisen turvallisuuden parantamista. (Helsingin terveyskeskuksen potilasturvallisuussuunnitelma, 2012)

Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla. Tätä vastuuta johto ei voi delegoida. Johto korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa ja varmistaa työolosuhteet sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Kaikki päätökset, joita johto tekee, muukaan lukien myös taloudelliset, on arvioitava potilasturvallisuutta miettien. Terveystieteiden lainsäädäntö edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:14-15) Helsingin kaupungin turvallisuustyötä johtaa toimitusjohtaja ja linjajohto. Turvallisuusasioiden johtaminen on osa palvelutuotannon johtamista. Terveyskeskuksen turvallisuustoiminnan kokonaisuus jakaantuu virasto-, osasto- ja toimipaikkatasolla seuraaviin sektoreihin: henkilö-, pelastus/palo-, rikos-, tieto-, toimitila-, potilas-, työsuojelu/työ- ja ympäristöturvallisuuteen sekä varautumisena toiminnan erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin. (Terveyskeskuksen potilasturvallisuussuunnitelma, 2012)

Potilasturvallisuuteen sisältyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. (Kuva 2.) Lääke- ja laiteturvallisuus sisältyvät hoidonturvallisuuteen, niiden tärkeyden vuoksi ne on kuitenkin hyvä erotella. Helsingin terveyskeskuksen potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena on luoda toimintakulttuuri, jossa vaaratilanteet ja haittatapahtumat voidaan käsitellä avoimesti. Tavoitteena on virheistä oppiminen ja tapahtuneista vahingoista kertyneen tiedon hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä. Vuoden 2013 aikana Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) käyttöä laajennetaan. HaiPro-ilmoitus on hoitajan intranetissa tekemä ilmoitus joko tapahtuneesta virheestä tai vahingosta tai ilmoitus läheltä piti tilanteesta.



Kuva 2. Potilasturvallisuus. Lähde: Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon internet-sivut (päivitetty 2007) (<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>.)

Terveysthuollossa ammattihenkilöiden osaaminen, työkyky ja –motivaatio sekä kieli-taito on erittäin tärkeää. Tämän vuoksi Helsingin terveysthuollossa sisällytetään myös henkilöstön ammatillisen osaamisen määrittely-jä. (Terveysthuollossa potilasturvallisuus suunnitelma, 2012)

Organisaatorajat ylittävissä hoitoprosesseissa riskit hoitovirheisiin lisääntyvät. Helsingin terveysthuollossa on laadittu erilaisia hoitoprosesseja yleisimmille hoidettaville saira-uksille. Esimerkkinä näistä ovat, monisairaalan hoitoprosessi, muistisairaalan poti-laan hoitoketjut, eteivärinän hoitoketju Helsingissä ja lihavan lapsen hoitopolku. Hoi-toprosesseissa huomioidaan hoidon laatu ja potilasturvallisuus. (Terveysthuollossa po-tilasturvallisuus suunnitelma, 2012) Tämä opinnäytetyö tutkii juuri tästä eteivärinäpo-tilaan hoitoketjusta osaa, elektiivisen eteivärinäpotilaan hoitoprosessia Marian sairaa-lassa.

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoitoprosessi Marian sairaalassa. Työn tuotoksena on vuokaavio ammattilaiskäyttöön. Vuokaavio avaa hoitoprosessin visuaaliseen muotoon. Eteisvärinäpotilaan jatkohoito siirtyy usein terveyskeskukseen, joten on tärkeää että jatkohoitopaikka on tietoinen potilaan jo saadusta hoidosta. Vuokaavio vastaa kysymykseen: Mitkä ovat elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoitoprosessin vaiheet Marian sairaalassa?

Kirjallinen osuus selittää vuokaavion vaiheet ja näin tukee vuokaaviota teoriaviitekehystenä. Tavoitteena on että vuokaaviota käytetään Marian sairaalassa perehdytykseen. Vuokaaviolla selitetään nopeasti hoitoprosessi uusille ja vanhoille työntekijöille. Vuokaavion avulla voidaan karsia turhat työvaiheet pois.

8 Aineisto

8.1 Tutkimusluvut

Opinnäytetöihin tarvitaan toimitusjohtajan myöntämä tutkimuslupa aina kun aineisto kerätään terveyskeskuksesta. Perusteluna on se, että näihin kuuluu työntekijöiden työaika ja työpanosta ja etukäteen halutaan varmistaa, että tämä rasite on kohtuullinen. Samoin halutaan varmistaa, että tutkimuksella on onnistumisen edellytykset. Tutkimusluvut (kts. Liite 3.) hyväksyttiin 26.03.2012 olleessa TUTKA:n kokouksessa. Heille toimitettiin opinnäytetyön suunnitelma. Opinnäytetyö ei edennyt kun tutkimuslupia odotettiin.

8.2 Aineiston hankinta

Aineisto muodostuu teoretiedosta sairaudesta, tutkimuksesta ajanvarauspoliklinikan potilaiden kokemuksista, käsitteiden selkeyttämisestä ja Marian sairaalan henkilökunnan haastatteluista. Aihealueen teoria viitekehukseen löytyy tutkimusta, mutta koska opinnäytteen tuotos on rajattu yhteen yksikköön, kaikki tutkimukset eivät

olleet sovellettavissa opinnäytetyöhön. Tällöin on haastattelumuotoinen tutkimusaineiston keruu eduksi. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2006: 34–35)

Haastattelu järjestettiin heti hyväksytyjen tutkimuslupien jälkeen. Haastateltavana oli sisätautien ajanvarauspoliklinikan henkilökuntaa. Haastattelut suoritettiin teema-haastatteluna. Haastateltaville lähetettiin haastattelun teemat etukäteen lomakkeena (kts. Liite 2.), kaavio hoitoprosessista (kts. Kuva 2.) ja opinnäytetyön suunnitelma. Näin haastateltavat pystyivät valmistautumaan haastatteluun ja haastattelussa esiintuotaviin teemoihin. Samalla mahdollistettiin palautteen antaminen vuokaavion tekoprosessista.

Haastattelu nauhoitettiin kaikkien osapuolien suullisella suostumuksella. Lisäksi haastattelija teki muistiinpanoja. Haastattelut järjestettiin haastateltavien aikataulujen ja tutkimuslupien antamien rajoitteiden puitteissa. Tunnin aikarajaa per haastateltava ei ylitetty.

Työtä varten tehtiin tietokanta-hakuja erilaisilla hakusanoilla. Hyväksytyjen tutkimusten määrä on pieni ja eri tietokannat tuottivat päällekkäisyyksiä tutkimuksissa.

8.3 Tiedonhaku

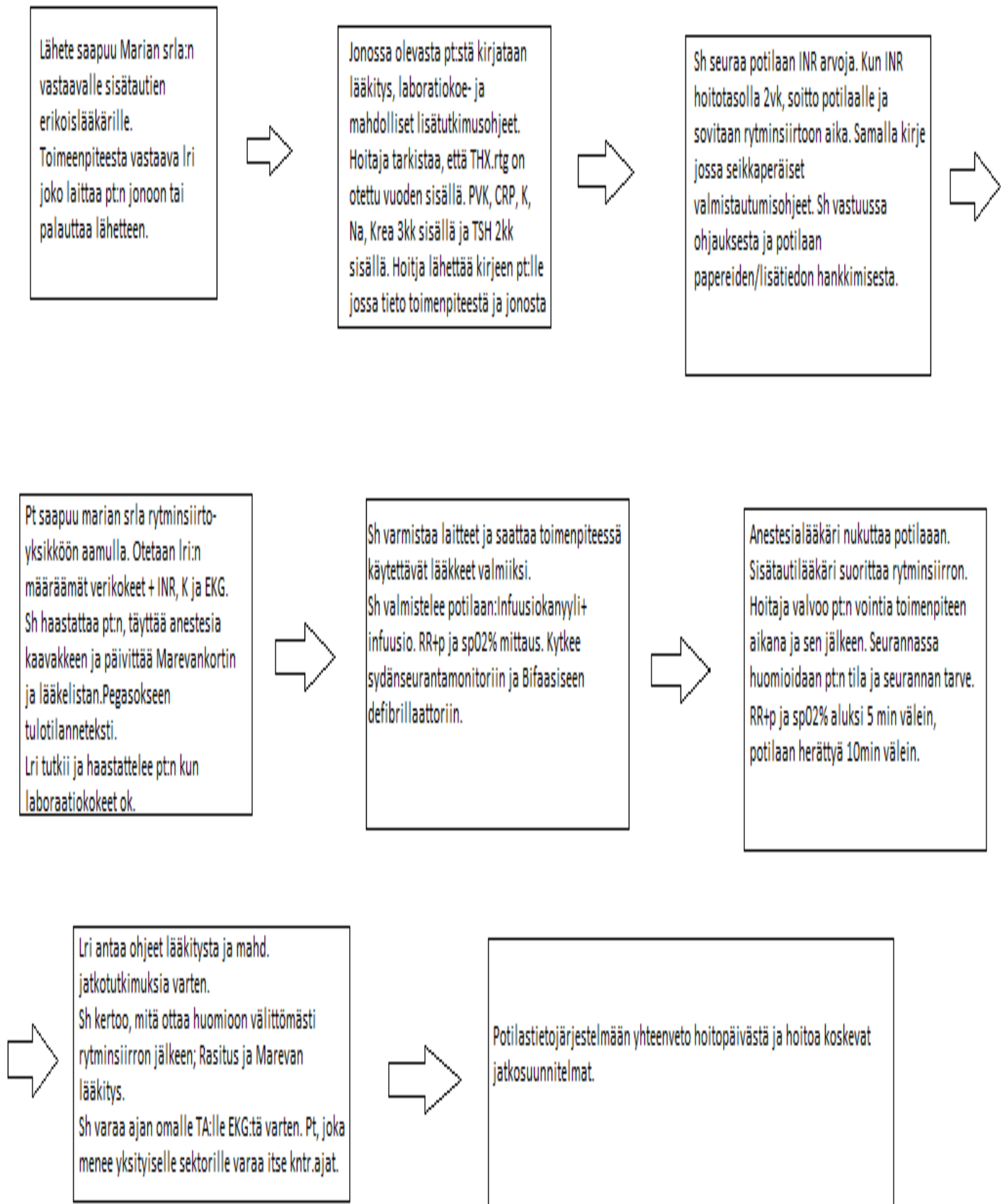
Haku	Kriteerit	Hakusanat	Osumat	Otsikon ja abstraktin perusteella	Koko tekstin perusteella
Cinahl 16.01. 2012	2000-2011, re- searcharticle	"atrial fibrillation" AND "thereathment"	260	5	1
Medic 16.01. 2012	2000-2011, re- searcharticle	"atrial fibrillation" AND "thereathment"	47	3	0
PubMed 16.01. 2012	2000-2011, re- searcharticle	"atrial fibrillation" AND "thereathment"	67	4	1
Medic 10.09. 2012	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, 2000-2011	"patient experience" AND "heart"	67	1	1

Medic 10.09. 2012	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, 2000-2011	"hoitoprosessi"	6	0	0
Medic 10.09. 2012	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, 2000-2011	"hoitopolku"	167	4	0
Medic 10.09. 2012	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, 2000-2011	"Care path" AND "atrial fibrillation"	9	2	2
PubMed 10.09. 2012	2000-2011, re- searcharticle	"Care path"	3	0	0
Medic 12.09. 2012	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, 2000-2011	"Care path" AND "refresh"	0	0	0
PubMed 12.09. 2012	2000-2011, re- searcharticle	"Care path" AND "refresh"	1	0	0
Medic 12.09. 2012	Alkuper.tutkm, katsausartikkeli, 2000-2011	"Eteisvärinä" AND "hoi- topolku"	1	0	0
Medic 12.09. 2012	Alkuper.tutkimus, katsausartikkeli, 2000-2011	"Eteisvärinä" AND "Elektii- vinen hoito"	27	6	1

8.4 Vuokaavion toteuttaminen

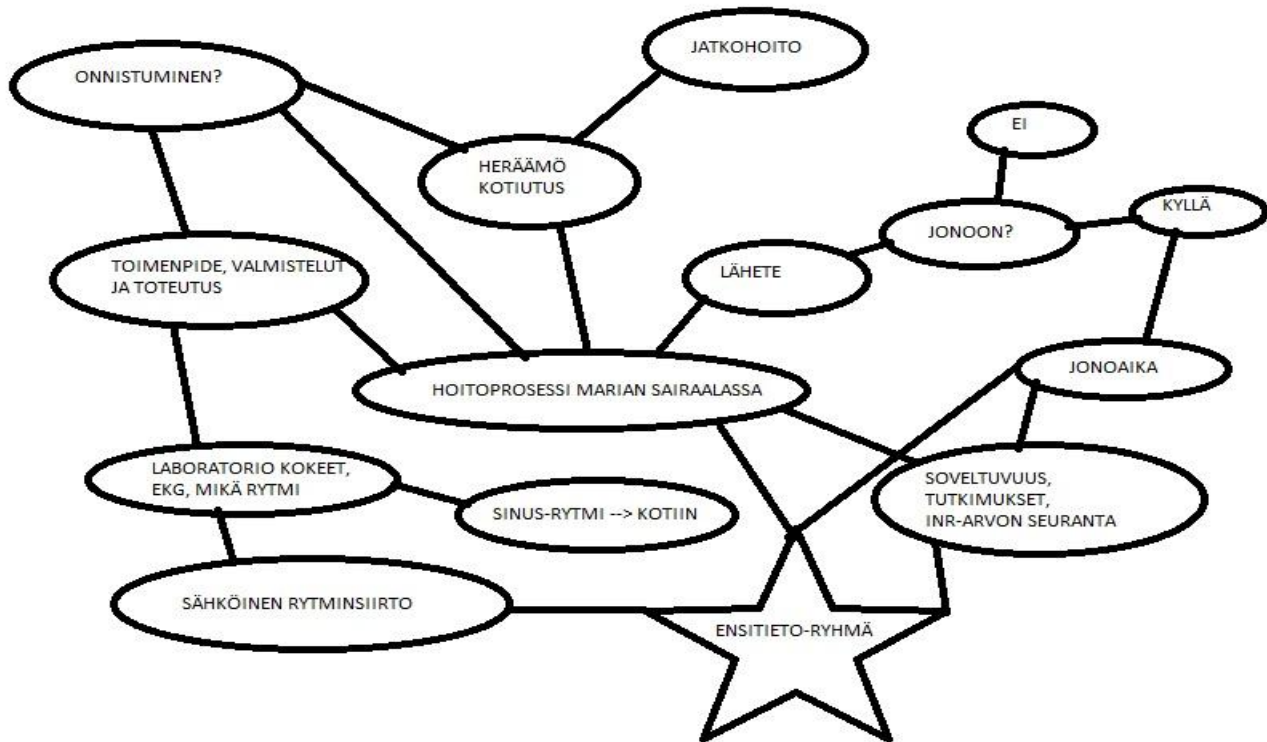
Haastatteluiden perusteella työstettiin vuokaavio. (Kaavio 1.) Vuokaaviolla annetaan kuva koko elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoitoprosessista visuaalisessa muodossa, jota opinnäytetyö tukee, antamalla teoreettisen viitekehysten. Usein työntekijät tuntevat oman osuutensa, mutta eivät koko prosessia. Vuokaavion avulla hoitoprosessi selittyy yksinkertaisesti visuaalisessa muodossa vuokaaviona.

Vuokaavio auttaa jäljittämään laadun kriittiset kohdat: turhat työvaiheet ja epäjohtomukaisuudet. (Jyväskylän yliopisto: 2007) Vuokaaviolla helpotetaan perehdytystä ja prosessin kuvaamista ulkopuolisille. Marian sairaala voi käyttää vuokaaviota oman henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden perehdyttämisessä. Aluksi tehtiin alustava vuokaavio (kts. Kuva 3.) materiaalista, joka opinnäytetyöntekijälle oli toimitettu ennen haastatteluja ja käyttäen apuna käypähoito-suositusta.



Kuva 3. Alustava vuokaavio elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoidosta Marian sairaalassa

Haastattelun jälkeen sen pohjalta saaduista tiedoista laadittiin käsitekartta. Käsitekartan avulla asetettiin hoitoprosessin vaiheet kronologiseen järjestykseen. (kts. kuva 4.) Näiden vaiheiden jälkeen toteutettiin vuokaavio. Materiaalina käytettiin alustavaa vuokaaviota, käsitekarttaa ja käypähoito-suositusta.



Kuva 4. Käsitekartta

8.5 Aineiston analysointi

Haastateltavien kanssa käytiin kahdenkeskinen teemahaastattelu, keskustelut tallennettiin nauhurilla ja nauhalle saatu materiaali kirjoitettiin sana sanalta tekstimuotoon. Litterointi, eli puhtaaksikirjoitusvaiheessa on mahdollista eritellä epäolennainen tieto tutkimuksen kannalta pois. (Hirsjärvi - Hurme 2006: 138).

Haastattelun ympäristö oli rauhallinen ja keskustelu kyettiin käymään keskeyttämättä. Ensimmäisessä haastattelussa tilana käytettiin poliklinikan simulaatiohuonetta, mitä käytetään myös koulutustilana. Toinen haastattelu suoritettiin haastateltavan työhuo-

neessa. Tällöin poliklinikka oli jo suljettu, eikä harhailevia työntekijöitä tai potilaita ollut enää poliklinikan tiloissa.

Redusointi- eli pelkistämisvaiheessa tarkoituksena on, että materiaalia tiivistetään ja siitä etsitään ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimuksen kannalta olennaisia sisältöjä (Tuomi - Sarajärvi 2002: 110–115). Koska eteisvärinäpotilaan hoitoprosessi nykymuotoisena on Marian sairaalassa toimivan sisätautien ajanvarauspoliklinikan itse kehittämä, ei epäoleellista tietoa opinnäytetyölle haastatteluissa ilmennyt. Litterointi vaiheessa poistettiin niin sanotut rupattelut, jotka olivat epäoleellisia liittyen opinnäytetyöhön.

9 Tulokset

Opinnäytetyön tuloksina on vuokaavio, joka on avattu kirjalliseen muotoon. Aineistoa varten suoritettiin toukokuussa 2012 haastattelu Marian sisätautipoliklinikalla. Hoitoprosessi saa alkunsa kun, Marian sairaalan kardiologian ylilääkärille tulee lähete terveyskeskukselta. Se joko asetetaan jonoon tai hylätään palauttaen lähete takaisin terveyskeskukselle. Kun potilas asetetaan jonoon elektiiviseen rytminsiirtoon, lähetetään hänelle ensimmäisenä ennakoiva ohjekirje ja terveydenhuolto lakia koskeva kirjelmä. Tässä kirjeessä potilas saa myös kutsun ensitietoryhmään. Nämä postitse potilaalle menevät paperit toimivat hoitotakuukirjeenä. Kirje pyritään lähettämään samalla viikolla kuin jonoon on potilas asetettu.

Seuraavaksi sairaanhoitaja tarkastaa onko potilaasta otettu Thorax-keuhkoröntgen viimeisen vuoden aikana. Jos potilas sairastaa sydämen vajaatoimintaa, täytyy vajaatoiminta olla hoidettu ennen rytminsiirtoa. Laboratoriokokeina tulisi olla otettu tai tullaan ottamaan pienverenkuva (PVK), tulehdusarvot (CRP), Kalium (K), Natrium (Na) ja Kreatiini (Krea) viimeisen kolmen kuukauden aikana. Kilpirauhashormoniarvo (TSH) tulisi olla myös otettuna kahdeksan kuukautta ennen rytminsiirtoon tuloa.

Joidenkin tutkimusten puuttuessa Sairaanhoitaja ottaa tässä vaiheessa yhteyttä lähettävään yksikköön lisätutkimuspyynnön merkeissä. Hän myös hankkii lääkärin määräyksestä tarvittavat lausunnot muista sairaaloista, jos tarpeen. Jos verenkuvassa on poikkeavaa, täytyy tämä selvittää ennen rytminsiirtoa, koska sieltä voi löytyä laukaiseva tekijä eteisvärinälle. Mahdollisen tulehduksen täytyy myös olla hoidettuna samasta syystä, tulehdus voi toimia laukaisevana tekijänä eteisvärinälle tai estää rytmin kään-

tymisen. Natrium ja Krea, eli munuaisten toiminnasta kertovat verikokeet on hyvä olla kontrolloituna, jos aloitetaan eteisvärinään estolääkkeitä, joilla voi olla sivuvaikutusta munuaisten toimintaan.

Sairaanhoitaja seuraa myös INR-arvoja. Niiden ollessa kunnossa voidaan rytminsiirto suunnitella 3 viikon päähän, jos olettamuksen on, että INR arvo pysyy kunnossa. Hoitotaso 2-3,5. Hoitotasolla INR-arvon täytyy olla minimissään 21 vuorokautta, että rytminsiirto voidaan suorittaa. Kun INR arvot ovat toista viikkoa hoitotasolla. Lähetetään ajanvarauskirje potilaalle rytminsiirtoon. Mahdollisesti lähetetään myös ajanvaraus rytminsiirtoa edeltävään sydämen ultraäänitutkimukseen, jos lääkäri on nähnyt tarpeelliseksi tehdä siihen lähetteen. Marian sairaalassa rytminsiirto jonoa ja kardioversiota, eli sähköistä rytminsiirtoa itseään, hoitaa sairaanhoitaja.

Vuoden 2011 helmikuussa, Marian sairaalassa aloitettiin uutena rytminsiirtopotilaille ensitieto-kurssit. Ensitieto-kurssit ovat vähentäneet Marian sairaalan sisätautien ajanvarauspoliklinikan kuormitusta, selkeimmin sen on huomannut vähentyneissä puheluisissa ja potilaiden lisääntyneessä tietoisuudessa. Ryhmiä pyritään järjestämään kahdesti kuukaudessa, joka toinen perjantai. Kuitenkin alle 20 osallistujalle ei ryhmää pidetä.

Ensitieto-kurssilla on paikalla kardiologi, joka kertoo eteisvärinästä sairautena, hoitolinjat ja sen lääkityksestä. Kardiologin osuus on hyvin ammattimainen, myös terveydenhuollon ammattilaiset hyötyisivät luennosta. Seuraavana sydänkuntoutus ohjaaja, joka kertoo Marevan-hoidosta ja eteisvärinäpotilaasta ja hänen elintavoistaan. Viimeisenä ryhmää vetävä sairaanhoitaja kertoo suunnitellusta, eli elektiivisestä, rytminsiirrosta. Miten se tapahtuu Marian sairaalan sisätautien ajanvarauspoliklinikalla, selittää hoitoprosessin ja muistuttaa potilaita itseäänkin tutkimuksista jotka vaaditaan etukäteen otetuiksi, ennen rytminsiirtoon tuloa. Lopussa sairaanhoitaja vastailee potilaille heränneisiin kysymyksiin.

Potilaan saapuessa Marian sairaalaan rytminsiirtopäivänä n. klo 10. Häneltä otetaan vielä INR-arvo pikamittarilla sormenpäältä, kalium pitoisuus verikokeena ja EKG. Jos INR-arvo ei ole hoitotasolla, lähetetään potilas kotiin ja palautetaan jonoon. Aikaisintaan voidaan rytminsiirtoa yrittää uudelleen kun INR-arvo ollut 21 vuorokautta hoitotasolla ensimmäisestä normaaliarvosta.

Kalium arvon kuuluisi olla rytminsiirtopotilaalla toimenpidepäivänä yli 4. Jos Kalium arvo on normaali, mutta hivenen alle tavoitteen esimerkiksi 3.9, voidaan potilaalle antaa vielä toimenpidepäivänä Kalium lisää suonensisäisenä infuusiona ja näin korjata arvoa suotuisammaksi. Tämä parantaa impulssin kulkua sähköisessä rytminsiirrossa. Jos arvo on alle 3.5, ei sähköistä rytminsiirtoa voida silloin suorittaa, koska Kalium pitoisuutta ei saada korjattua tarpeeksi nopeasti. Tällöin potilaalle aloitetaan Kalium lääkitys suun kautta ja siirretään rytminsiirto toiseen ajankohtaan. EKG otetaan, jotta varmistutaan siitä, että potilaalla on edelleen sydämen rytminä eteisvärinä. On mahdollista että rytmin on spontaanisti kääntynyt takaisin sinus-rytmiksi. Sinus-rytmillä tarkoitetaan sydämen normaalia rytmiä. Tällöin ei rytminsiirtoa tehdä, vaan potilas lähetetään kotiin. Näin on voinut tapahtua esimerkiksi johtuen Beetasalpaaja-lääkityksen aloittamisesta, jolla on joskus sama vaikutus kun lääkkeellisellä rytminsiirrolla.

Kun ja jos ei esteitä ole rytminsiirrolle, täytetään potilaasta seuraavana anestesiakavake, Marevan-kortti ja tarkistetaan kotilääkelista. Tällöin lääkäri haastattelee ja tutkii ensimmäisen kerran potilaan. Tässä vaiheessa lääkäriellä on käytettävissä toimenpidepäivänä otettu EKG, INR ja mahdollisesti sydämen ultraääni tutkimuksen lausunto.

Rytminsiirrot suoritetaan Marian sairaalassa klo 12.15. Näin on sovittu sairaalalääkäriin, joka toimenpiteen suorittaa, ja anestesiaalääkäriin kanssa. Etukäteen sairaanhoitaja siis valmistele potilaan nukutusta varten. Potilas kanyloidaan perifeerisesti, laitetaan infuusio tippumaan ja aloitetaan monitorointi. Päivän ensimmäisen potilaan valmiiksi laittamisen yhteydessä tarkistetaan defibrillaattorin toimintakunto ja laitetaan se valmiiksi. Jos Kalium- arvoa täytyy infuusiossa kohentaa, se laitetaan nyt tippumaan, sen vaatiessa aikaa vähintään tunnin.

Toimenpidehuoneessa paikalla on kardioversiosta vastaava sairaanhoitaja, toimenpiteen suorittava sairaalalääkäri ja anestesiaalääkäri. Anestesia lääkäri nukuttaa peräjälkeen kaikki sen toimenpidepäivän potilaat, joita on kolme potilasta. Seurannasta ovat vastuussa anestesiaalääkäri ja toimenpiteessä mukana oleva sairaanhoitaja.

Sairaalalääkäri on vastuussa varsinaisesta rytminsiirrosta. Pääosin toimenpide suoritetaan päitsimillä Marian sairaalan sisätautien ajanvarauspoliklinikalla. Samassa nukutuksessa voidaan yrittää rytminsiirtoa 1-4 kertaa. Jos ei rytmi käännä yrityksistä huolimatta, pohditaan jätetäänkö potilaalle pysyväksi eteisvärinärytmi. Jatkossa voidaan

tehdä sisätaudeilla tutkimuksia ja rytminsiirtoa voidaan jatkossa yrittää esimerkiksi lääkkeellisesti. Jatkokontrollit ovat samat potilailla, kääntyi rytmi siirrossa tai ei. Onnistumisprosentti on rytminsiirrossa haastateltavien muistelemien mukaan n.90%. Ongelmana enemmänkin on käännetyn rytmin pysyvyys. Eteisvärinä uusiutuu usein.

Heräämövaiheessa potilaalla seurataan perusvitaaleja. Verenpainetta, pulssia, happisaturaatiota. Aluksi vitaalien mittausta 5 min välein, harvennetaan kymmen minuutin väliseen seurantaan jos kaikki ok. Monitori seurannassa potilaat ovat rytminsiirron jälkeen noin tunnin verran. Heti toimenpiteen jälkeen voi rytmisissä olla poikkeavuuksia, mutta ne kuuluvat asiaan. Kaksi tuntia potilaat ovat minimissään seurannassa siirron jälkeen. Kun potilaat pääsevät monitoroinnista pois, noin tunnin päästä toimenpiteestä, saavat he juoda ja syödä kevyesti.

Paikallista arkuutta saattaa potilailla iholla olla, myös rintakehä voi olla arkana, lähinnä johtuen siitä kuinka kovaa sairaalalääkäri on päättänyt painanut. Sydänkipuja ei pitäisi olla. Jos sydänkipuja potilaalla, lisähappi ja EKG ovat ensisijaisia. Nämä sydänkiput eivät ole rytminsiirtojohtoisia. Haastateltaville vastaavaa tilannetta ei ole koskaan tapahtunut. Toimenpiteen jälkeen alakerran osastolle seurantaan voi joutua jäämään, jos rytmi ei siirron jälkeen ole sinus-rytmi vaan sydän ottaa korvaavan rytmin, johon voidaan joutua aloittamaan infuusiona rytminsiirtolääkitys. Kun rytmi on saatu käännettyä ja monitorointi lopetettu, otetaan potilaasta vielä EKG. Tämän jälkeen toimenpiteen suorittanut lääkäri tulee vielä tapaamaan potilasta, tarkastaa EKG:n, lääkityksen ja antaa kotihoito-ohjeet, jotka potilas saa myös kirjallisina. Tarvittavat reseptit kirjoitetaan. Tässä vaiheessa voidaan tehdä myös kiireetön sydämen ultraääni lähete, joka menee alueelliselle sisätautien poliklinikalle.

Potilaalle määrätään Marian sairaalan sisätautien poliklinikalta viikoksi Marevan-lääkitys. Viikon kuluttua he menevät oman alueensa terveyskeskukseen, perusterveydenhuoltoon, INR-kontrolliin, jonka he toistavat viikoittain. Kuukauden kuluttua toimenpiteestä otetaan omalla terveysasemalla EKG uudelleen, varmistaakseen että rytmi on pysynyt.

Lääkärin epikriisi lähetetään automaattisesti potilaalle paperisena ja sähköisenä tai paperisena lähettävään yksikköön. Sairaanhoidaja tekee päivästä kirjaukset potilastietojärjestelmään ja kirjaa ylös jatkosuunnitelmat. Tässä vaiheessa hoitovastuu siirtyy takaisin perusterveyden huollolle taikka yksityiselle sektorille. Ainoastaan jos aloitetaan

rytminhäiriöestolääkitys, muu kuin beetasalpaaja, niin varataan kontrolli viikon päähän EKG:ta varten Marian sairaalan sisätautien poliklinikalla, jossa kokeneempana yksikön lääkäri tarkastaa EKG:n, ennen kontrollien siirtymistä perusterveydenhuoltoon.

Haastatteluiden perusteella elektiivinen eteisvärinäpotilaan hoitoprosessi voidaan todeta toimivaksi. Ainoana epäkohtana yhteistyö yksityissektorin kanssa, koska kirjallisen informaation kulku takertelee potilastietojärjestelmien epäyhteneväisyyden vuoksi. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa on parantunut, johtuen lähinnä yhtenevistä potilastietokannoista. Helsingin kaupungilla on käytössä Pegasos- järjestelmä. Järjestelmä mahdollistaa Pegasos-postien lähettämisen puolin ja toisin Marina sairaalan sisätautien ajanvarauspoliklinikalta. Pegasos postit toimivat mm. yhtenä yhteydenotto välineenä lähettävään yksikköön.

ELEKTIVISEN ETEISVÄRINÄPOTILAAN HOITOPROSESSI MARIAN SAIRAALAN SISÄ- TAUTIEN AJANVARAUSPOLIKLINIKALLA

Lähete saapuu Marian sairaalan Kardiologian yllilääkärille terveyskeskuksesta

Hyväksytyt läheteet jonoon

Jonossa oleville potilaille lähetetään ennakoiva ohjekirje, terveydenhuollonlaskia koskeva kirjelmä ja kutsu ensitietoryhmään. Nämä toimivat hoitotakuukirjeenä. Kirje lähetetään samalla viikolla kun potilas on asetettu jonoon

Marian sairaalasta tarkistetaan että potilaasta on otettu kontrollit

Viimeisen vuoden aikana Thorax-keuhkoröntgen.
Jos potilas sairastaa sydämen vajaatoimintaa se pitää olla hoidettuna ennen rytminsiirtoa

Labrakokeina: PVK, CRP, K, Na ja Krea viimeisen 3kk aikana
Lisäksi TSH viimeisen 8kk aikana

Jos kontrollikokeista löytyy poikkeavuuksia, täytyy niiden syy selvittää. Esimerkiksi tulehdus voi toimia laukaisevana tekijänä eteisvärinälle tai estää rytmää kääntymästä. Munuaisten toiminnasta kertovat kokeet on hyvä olla kontrolloitu mahdollisten eteisvärinän estolääkkeiden aloituksen vuoksi.

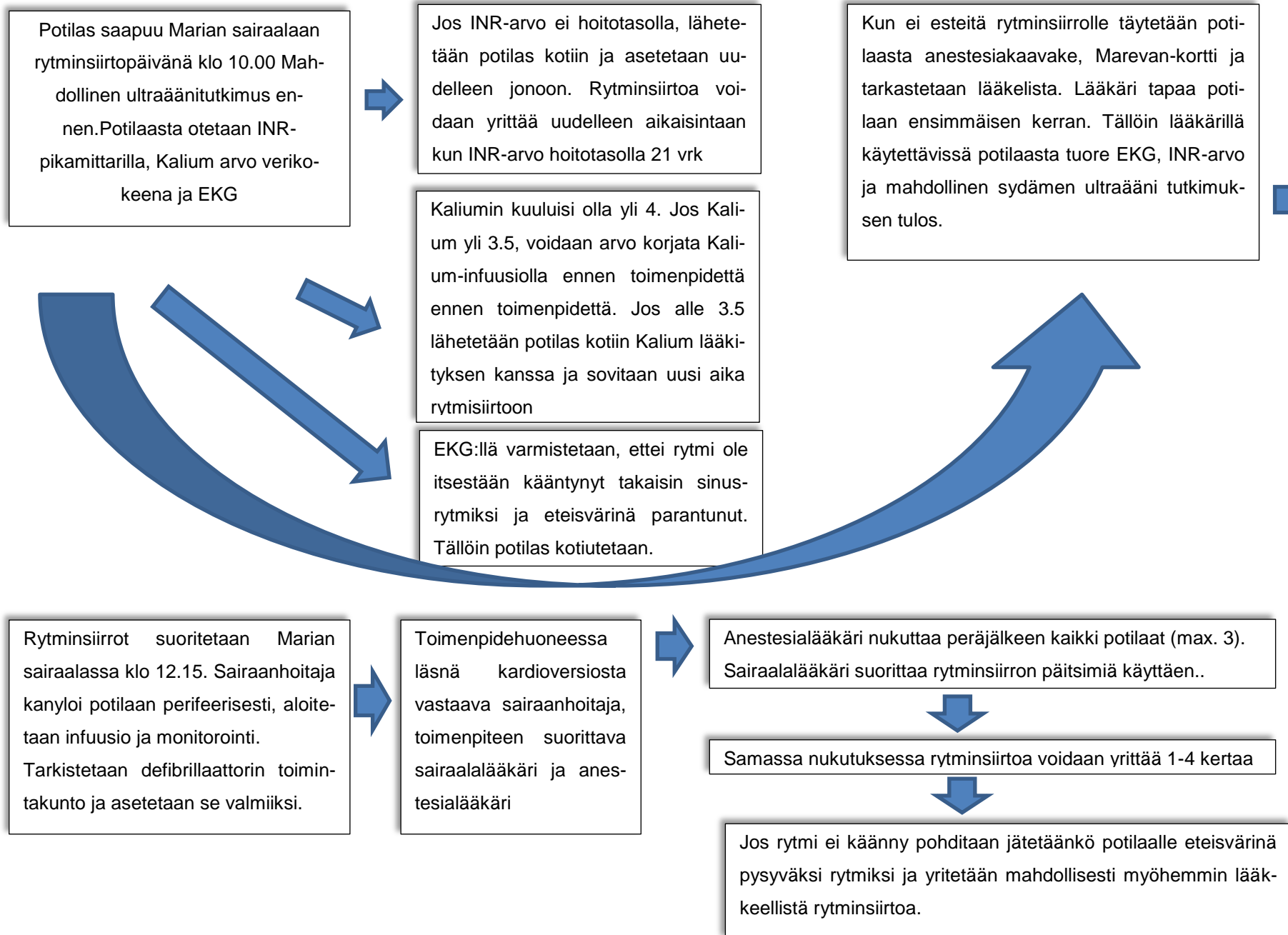
INR-arvoja seurataan.
Hoitotaso 2-3,5. Kun arvot hoitotasolla, voidaan rytminsiirto suunnitella 3 viikon päähän.

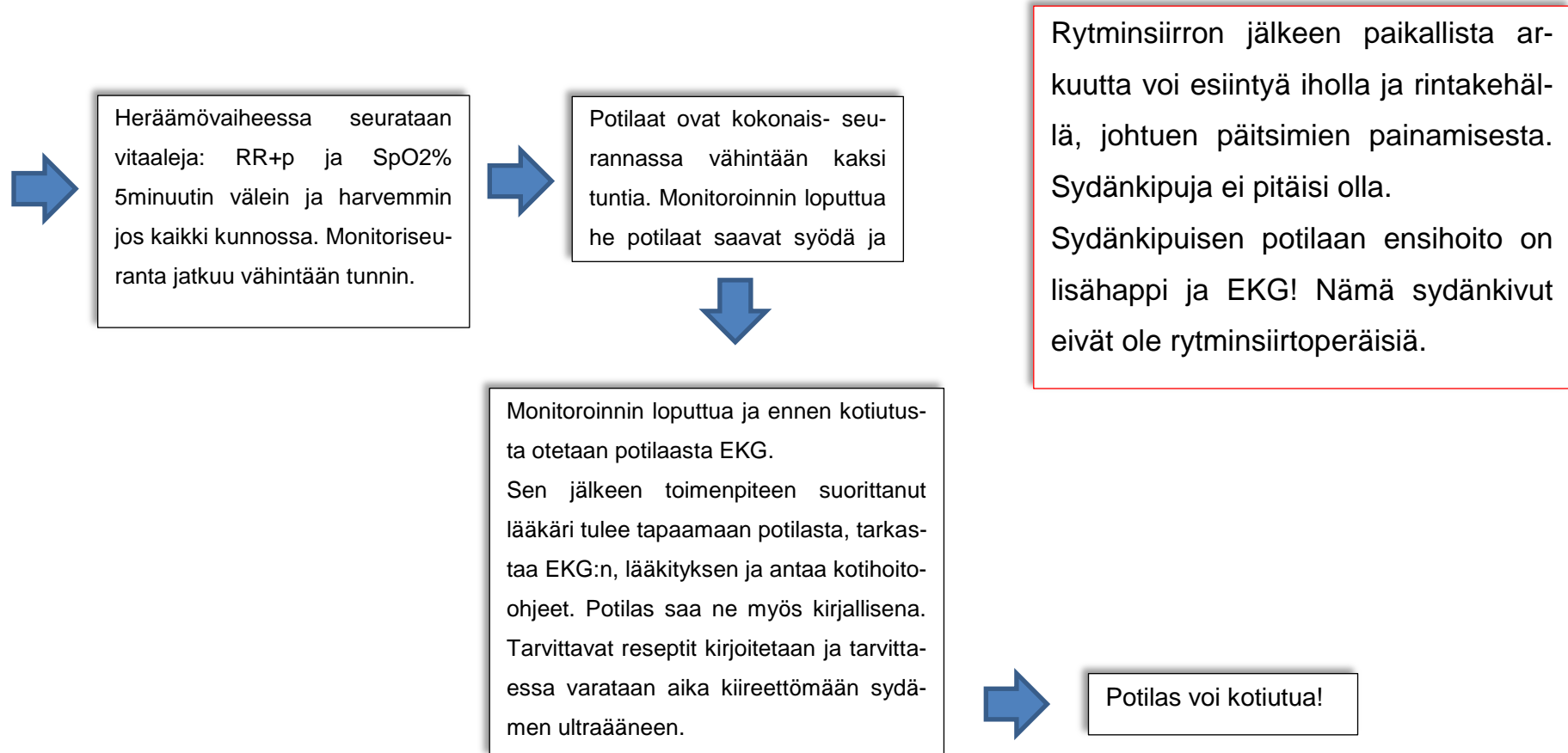
Kun INR-toista viikkoa hoitotasolla, lähetetään ajanvarauskirje potilaalle ja mahdollisesti ultraäänitutkimuskutsu jos lääkäri kokee sen tarpeelliseksi

Olettamuksena INR-arvon pysyminen hoitotasolla. INR-arvon täytyy olla hoitotasolla 21vrk ennen rytminsiirtoa

Ensitietoryhmä

Aloitettu uutena vuoden 2011 helmikuussa. Pyritään järjestämään kahdesti kuussa, joka toinen perjantai. Riippuvaisia osallistujista, ei pidetä alle 20 osallistujalle. Ensitieto-kurssilla paikalla kardiologi, joka kertoo eteisvärinästä sairautena, hoitolinjoista ja sen lääkityksestä. Seuraavana sydänkuntoutusohjaaja, joka kertoo Marevan-hoidosta, eteisvärinäpotilaasta ja hänen elintavoistaan. Viimeisenä sairaanhoitaja kertoo suunnitellusta rytminsiirrosta, selittäen hoitopolun ja muistuttaen potilaita vielä ennakkoon otettavista tutkimuksista. Lopuksi sairaanhoitaja vastaa osallistujille heränneisiin kysymyksiin.





Potilaalle määrätään Marian sairaalasta viikoksi Marevan lääkitys. Viikon kuluttua rytminsiirrosta potilas menee lähettävään yksikkönsä INR-kontrollia varten, jonka he toistavat viikoittain.

Lääkärin epikriisi lähetetään paperitse automaattisesti potilaalle ja sähköisesti potilasjärjestelmän kautta lähettäneeseen perusterveydenhuollon yksikköön. Sairaanhoitaja tekee päivän kirjaukset potilastietojärjestelmään ja kirjaa ylös jatkosuunnitelmat. Tässä vaiheessa hoitovastuu siirtyy takaisin lähettäneeseen yksikköön; perusterveydenhuoltoon tai yksityiselle sektorille.

Kaavio 1.

10 Pohdinta

10.1 Tulosten tarkastelu

Molemmilla haastateltavilla on työkokemusta tilaavasta yksiköstä, Marian sairaalan sisätautien ajanvarauspoliklinikalta. Toinen haastateltavista on ollut rakentamassa elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoitoprosessia Marian sairaalassa ja toinen haastateltava oli kyseisen yksikön osastonhoitaja. Haastateltavien validiutta on vaikea kritisoida. Marian sairaalan sisätautien poliklinikalla on hoitoprosessi elektiiviseen sähköiseen rytminsiirtoon tuleville potilaille, jota nyt avattiin opinnäytetyön muodossa liitäen siihen vuokaavion.

Opinnäytetyötä aloittaessa aihetta oli vaikea rajata. Aloitetaanko hoitopolun kuvaaminen jo terveyskeskuksesta, otetaanko mukaan päivystyspotilaat ja mihin lopetetaan. Vuoden prosessin aikana työ saatiin lopulliseen muotoonsa. Teoriakehyksen aiheet ja siihen sisällytettävät tutkimukset vaihtuivat prosessin edetessä.

Suunnitelmavaiheessa tarkoituksena oli, että haastatteluiden otos olisi suurempi ja lääkäreiden kommentteja olisi mahdollisesti saatu työhön. Nämä suunnitelmat eivät kuitenkaan onnistuneet ja näin ollen haastatteluiden otos kärsi, siitä kärsi myös koko työn yleistettävyyden ja näin ollen luotettavuus. Tuotoksena on kuitenkin selkeä ja järjestelmällinen vuokaavio joka ajaa opinnäytetyön tarkoituksen ja vastaa tutkimuskysymykseen. Vaikka haastatteluiden otos oli suunnitelmaa pienempi, saatiin haastatteluista tuloksena kuitenkin tarvittava tieto.

10.2 Luotettavuus

Tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä, joten tutkimuksessa tulee arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134). Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen, ja sen tulee olla herkkä eli erotella käsitteistä eri tasoja. Sen tulee olla myös täsmällinen eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Pauonen, Vehviläinen-Juntunen 1998: 206)

On tärkeää, että saadaan tietoa tutkittavasta asiasta eli vastataan tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyöni haastattelun otoksessa mukana ollut sairaanhoitaja ja osastonhoitaja ovat työn kannalta haastateltavina henkilöinä luotettavia ja tutkimuskysymykseen vastattiin. Työn luotettavuus kärsii yleistettävyydessä, koska se ei ole validi muihin yksiköihin kuin Marian sairaalan sisätautien poliklinikalle. Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin vaikuttaa erittäin tärkeänä osana tutkimustulosten yleistettävyys. Keskeistä se on varsinkin hoitotieteellisissä tutkimuksissa, joissa otokset ovat usein harkinnanvaraisia, sattumanvaraisten sijaan. (Paunonen, Vehviläinen-Juntunen 1998: 211) Jos tutkimus on ulkoisesti validi, tarkoittaa se sitä että sitä voidaan soveltaa muillakin osastoilla. Näin ollen tutkimuksen voidaan todeta olevan validi vain koskien Marian sairaalan sisätautien ajanvarauspoliikkia.

10.3 Eettisyys

Opinnäytetyö on alusta asti pyritty tekemään noudattaen hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, eli rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti toimien. (Leino-Kilpi – Välimäki 2006: 288) Osallistujien yhteistyöhalu luo perustan aineiston luotettavuudelle, jota edistetään heidän oikeuksia kunnioittavasti toimien ja huolellisesti ja rehellisesti tietoa tutkimuksesta antaen. (Leino-Kilpi – Välimäki 2006: 290) Työ on tehty haastateltavien henkilöiden toimipisteeseen, joka on huomioitu positiivisessa mielessä yhteistyöhalukkuudessa, jota Marian sairaalasta ja Helsingin kaupungin sidostaholta saatiin.

Opinnäytetyön tuotos, vuokaavio, oli tilauksena yksiköstä johon opinnäytetyö tehtiin, joten heidän vapaaehtoisuutensa ja osallistumisensa oli tiedossa projektin alussa. Haastateltavat olivat tietoisia projektin käyttötarkoituksesta ja saivat tilanpäivityksiä sähköpostin välityksellä koko opinnäytetyön ajan. Viikkoa ennen haastattelua haastateltaville toimitettiin teemahaastattelulomake, jotta haastateltavat pystyivät varautumaan haastattelun sisältöön ja pohtimaan vastauksiaan.

Haastattelun nauhoite ja muistiinpanot ovat olleet vain opinnäytetyön tekijän käytettävissä ja saatavilla. Säilytys ja käyttöolosuhteet varmistettiin sellaisiksi, että vain opinnäytetyön tekijä pääsi niihin käsiksi. Työn valmistuessa nauhoite tuhottiin, samoin haastattelussa tehdyt muistiinpanot.

10.4 Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aihetta rajatessa oli vaikeaa päättää aloitetaanko tutkiminen jo perusterveyden huollon yksiköstä, terveyskeskuksista ja mihin hoitoprosessi Marian sairaalassa koetaan päättyväksi. Jatkotutkimusta olisi mahdollista tehdä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoidon jatkuvuudesta ja mahdollisesta parantamisesta.

Eteisvärinäpotilaat ovat jatkuvasti kasvava potilasryhmä, varsinkin väestön ikääntyessä. Hoidon onnistuvuuden kannalta on ratkaisevaa, kuinka nopeasti potilas on diagnosointivaiheesta päässyt sähköiseen rytminsiirtoon, jos se on valittu hoitolinja. Haastatteluista kävi ilmi, että terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhtenevät potilastietojärjestelmät ovat helpottaneet hoidon jatkuvuutta. Yhteistyön olisi kuitenkin toimittava saumattomasti. Aiheesta on tehty tutkimusta jo vuoden 1997 potilaista, joten kehitystilannetta voisi seurata.

Ennen sähköistä rytminsiirtoa toteutuvaa antikoagulaattihoidon toteutumista Käypähoitosuosituksen verraten olisi myös hyvä tutkia lisää. Tässä voi olla yksi syy viiveeseen eteisvärinän diagnosoinnista sähköisen rytminsiirron toteuttamiseen. Myös eteisvärinän pysyvyyttä ja sen yhteyttä antikoagulaattihoidon lopettamiseen mahdollisesti kuukauden kuluttua sähköisestä rytminsiirrosta olisi syytä tutkia.

Haastatteluissa kävi ilmi ongelma yksityisen sektorin ja kunnallisen terveydenhuollon kommunikoinnissa. Jatkossa saman projektin, tai muissa yhteyksissä ratkaisuja näihin ongelmiin voitaisiin etsiä. Kuten opinnäytetyössä on mainittu, eteisvärinä on yleisimpiä sydänsairauksia ja yksi yleisimmistä syistä miksi potilaat hakeutuvat päivystykseen. Nämä asiat huomioiden aiheesta kaivattaisiin paljon lisätutkimusta, lähes joka osaltaan, koska tulemme tulevaisuudessa törmäämään sairauteen aina vain useammin.

Valmis opinnäytetyö toimitetaan Helsingin kaupungille kuten tutkimusluvissa (kts. Liite 2.) on ilmoitettu. Opinnäytetyön tekijä on luvannut tilaavan yksikön näin toivoessa mennä esittelemään työtä ja sen tuloksia palkkiotta tilanneelle yksikölle.

Lähteet

Finlex 1992: Valtion säädöstietopankki: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 6.2.2012

Heikkilä Juhani, Huikuri Heikki, Luomanmäki Kimmo, Nimiten S. Markku, Puhkurinen Keijo. 2000. Kardiologia. Duodecim. Gummerus kirjapaino Oy. s.709

Helsingin kaupunki: Terveyskeskus. Verkkodokumentti.

<<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Toimipisteet+ja+yhteystiedot/Kaupunginsairaalan+yhteystiedot/Marian+sairaala+ja+paivystys>> Luettu 1.2.2012

Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilasturvallisuussuunnitelma. 2012. Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja. Verkkodokumentti. <

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/227107004b1b6fdea2c6fa29ca8d62c5/Terveystieteiden+potilasturvallisuussuunnitelma_paino%2Bnetti.pdf?MOD=AJPERES&Imod=915291450> Luettu 20.11.2012

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. s.34-35

HUS 2009: Hus tietopankki: Eteisvärinän hoitoketju. Verkkodokumentti.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,6444,7233,16592,16593>> . Luettu 30.9.2011.

Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus: Lastensuojelu: Prosessikalvot. Verkkodokumentti.

<http://www.isonetti.net/lastensuojelu/Prosessikalvot_180505.pdf> Luettu 8.2.2012

Jyväskylän Yliopisto: Avoimen yliopiston Koppa: Humanistinen tiedekunta. Verkkodokumentti.

<<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>> Luettu 8.2.2012

Karvonen Kati. 2012. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päiväystyöpoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. s.35-40

Käypähoito-suositus 2012 Eteisvärinä Työryhmänä Duodecim, Sydänliitto

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50036?hakusana=eteisv%C3%A4rin%C3%A4>> Luettu 3.10.2012

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2006. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Etiikka hoitotyössä. 1.–3. painos. Porvoo: WSOY. s.288-290

Makkonen Anne, Hupli Maija, Suhonen Riitta. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajavarauspoliklinikalla. Hoitotiede 2010. Vol. 22 no.2 s.129-14

Mäkijärvi Markku, Kettunen Raimo, Kivelä Antti, Parikka Hannu, Yli-Mäyry Sinikka.

2008. Sydänsairaudet. Duodecim. Suomen sydänliitto ry. Kariston kirjapaino oy. s.402-421

Paunonen Marita , Vehviläinen-Juntunen Katri. 1998. Hoitotieteen tutkimus metodiikka. WSOY. s.206-211

Sarén Jenni-Maija ja Mikkola Sari 2009. Opinnäytetyö. Rytminsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. s.17-18

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 : Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Yliopistopaino Oy. Verkkodokumentti.
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf>
Luettu 8.2.2012

Stakes ja lääkehoiton kehittämiskeskus ROHTO 2006: Potilas- ja lääkehoiton turvallisuus sanasto. Valopaino Oy. s.3-8

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. s.110-115, 134

Tutkimuseettinen lautakunta 2011: Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti.
<http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html> Luettu 8.2.2012

Yleislääkäri. Juhani Airaksinen ja Raine Virtanen 2011: Eteisvärinäpotilaan antikoagulaatiohoito.2/2011. vs 26 s.129

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Eteisvärinäpotilaan elektiivinen hoito Marian sairaalassa- opinnäyte-työ

Teema-haastattelu

1.Eteisvärinäpotilaan hoitopolun toimivuus

- **Miten mielestänne eteisvärinä potilaan hoitopolku toimii?**
- **Mitä hyötyä päivityksestä?**
- **Ensiryhmistä?**

2. Elektiivisen eteisvärinäpotilaan hoitopolun eteneminen

- **Lähetteen tulo vaihe**
- **Kuka tarkkailee Marevan arvoja?**
- **Kuinka pitkä on potilaan jonoaika?**
- **Potilaan tulo sairaalaan? Labrat?**

3.Potilasturvallisuuden toteutuminen osana hoitoprosessia

- **Miten vastataan laiteturvallisuudesta, tarkistetaanko lait-
teiden käyttökel-poisuus kuinka usein/kenen toimesta?**
- **Miten vastataan lääketurvallisuudesta? Miten turvataan
turvallinen koti-lääkitys?**

4.Muut huomiot eteisvärinäpotilaan hoidon etenemisestä

- **Mitä muuta haluaisitte lisätä?**

Liite 2. Tutkimusluvut



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

Pöytäkirjanote

33/2012

1 (1)

Toimitusjohtaja

5.4.2012

78 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2012-004128

HEL 2012-004128 T 13 02 01

Päätös

Toimitusjohtaja päätti myöntää tutkimusluvan Jenny Silanderin tutkimukselle "Eteisvärinäpotilaan elektivinen hoito Marian sairaalassa" tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän liitteenä olevassa lausunnossa ilmenevin ehdoin (26.3.2012, 61 §).

Lisätiedot

Nuutinen Hanna-Leena, erityissuunnittelija, puhelin: 310 42662
hanna-leena.nuutinen(a)hel.fi

Otteet

Ote	Otteen liitteet
Hakija	Liite 1
Johtajalaakari	Liite 1
Kaupunginsairaalan johtava ylihoitaja	Liite 1
Yhteyshenkilöksi nimetty projektisuunnittelija	Liite 1
Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä	Liite 2 Liite 1

Toimitusjohtaja

Tuula Saarela
vs. toimitusjohtaja

Postiosoite
PL 6000,
00009 HELSINGIN KAUPUNKI
terveyskeskus@hel.fi

Käyntiosoite
Silta-aukio 13
Helsinki 53
<http://www.hel.fi/terveyskeskus>

Puhelin
+358 9 310 6016
Faksi
+358 9 310 42004

Y-tunnus
0201256-6

Tilinho
800613-63436
Ahv.nro
FI02012560



HELSINGIN KAUPUNKI
 TERVEYSKESKUS
 Tutkimustoiminnan koordinaattoryhmä

PÖYTÄKIRJANOTE 3/2012 1 (1)

26.3.2012

61 §
 JENNY LIISA SILANDERIN TUTKIMUSLUPAJAKEMUS

HCL 2012-004120

- Hakija** Sairaanhoidaja, Metropolia Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija (AMK) Jenny Liisa Silander
- Ohjaaja** Lento Marjatta Luukkainen, Metropolia Ammattikorkeakoulu
- Aihe** Eleisvärinapotilaiden elektiviivien hoito Marian sairaalassa (AMK-opinnoityö)
- Lausunto** Johtajisääkärin puoltaa tutkimusluvan myöntämistä lausunnossaan 19.3.2012. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja perusteltu ja lähtökohtana on käytännön työn kehittäminen. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää käytännön työssä ja tutkimus tuottaa vuokaavi- on eleisvärinapotilaiden hoidonkulusta Marian sairaalassa. Tutkimuksen aiheuttamat henkilöstöresurssin vaikutukset ovat kohtuulliset ja siten hyväksyttävissä. Terveyskeskuksen yhteyshenkilönä toimii projekti-suunnittelija Riitta Vesterinen.
- Päätös** Tutkimustoiminnan koordinaattoryhmä puoltaa tutkimusluvan myöntämistä ehdolla, että:
- Terveyskeskuksen yhteyshenkilö on projekti-suunnittelija Riitta Vesterinen
 - Yhteyshenkilön tehtäväksi on valittu, että tutkimus toteutetaan terveyskeskuksessa suunnitelman mukaisesti
 - Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveyskeskukselle, lukuun ottamatta haastatteluihin käytettävää aikaa
 - Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveyskeskuksen käyttöön (os. Helsingin kaupunki, Kirjasto, Terveyskeskus, PL 10, 00009 Helsingin kaupunki)
 - Tutkija saapuu pyydettyään maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen työnteeseen, jota tutkimus koskee.

Ilmoitus toimitus ohjajalle.

HANNA LEENA NUUTINEN
 Hanna-Leena Nuutinen
 Sihteri

Postiosoite
 PL 00301
 00030 HELSINGIN KAUPUNKI
 terveystiete@helsinki.fi

Käyntiosoite
 Sitatenssiläntie 13
 Helsinki 00
 http://www.hel.fi/terveyskeskus/

Puhelin
 +358 9 310 4011 +358 9 310 4204

Faksi
 +358 9 310 4204