



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta

Kilpinen, Tia

Reiman, Kati

2013 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta

Tia Kilpinen
Kati Reiman
Hoitotyönkoulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2013

Kilpinen Tia, Reiman Kati

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta

Vuosi 2013 Sivumäärä 50

Sydämen vajaatoiminnan lisääntyvään hoidon tarpeeseen vaikuttaa Suomessa suurentunut ikäihmisten määrä. Ikärakenteen muutos lisää terveydenhuollon kustannuksia ja tarvetta tehostaa pitkäaikaissairauksien palveluketjujen toimivuutta ja potilaan hoitoa.

Tämä opinnäytetyö on osa HUS Hyvinkään sairaalan, Hyvinkään perusterveydenhuollon ja Hyvinkään Laurean sydämen vajaatoimintapotilaiden kehittämishanketta. Työ käsittelee sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta sekä palveluketjun toimivuudesta. Tutkimuksessa kerättiin tietoa sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksista hoitoon hakeutumisessa, hoitajaksosta sairaalassa, jatkohoidosta, kotiutumisesta, oireista, niiden seurannasta ja hoidosta, lääkehoidosta, tutkimuksista ja toimenpiteistä, ohjauksesta, henkisestä tuesta sekä erityistilanteiden hallinnasta.

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa Hyvinkään sairaalan henkilökuntaa parantamaan sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketjun toimivuutta. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teema-haastatteluja. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja niitä tehtiin kahdeksan (n=8). Tiedonantajat saimme Hyvinkään sairaalan sisätautien osaston kautta.

Haastatteluaineiston tulokset analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jossa tuloksia tarkasteltiin induktiivisesti. Saatujen tulosten avulla voitiin tarkastella sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketjun toimivuutta ja saadun ohjauksen riittävyttä. Potilaat kokivat hoitoon hakeutumisen helppona, kuitenkin esille nousi päivystyksen kiire ja sitä kautta koettiin pelkoa. Hoitajakso itsessään koettiin hyvänä. Tähän vaikutti suuresti osaston henkilökunta, joka miellettiin ammattitaitoiseksi. Jatkohoidon puutteellisuus nousi esille hyvin voimakkaasti. Potilaat olisivat toivoneet enemmän jatkohoito-ohjeita ja sairauden seurantaan tukemaan kotona pärjäämistä. Tiedonantajat pitivät tärkeänä mahdollisuutta soittaa nimetylle sydänhoitajalle sairauteen liittyvissä kysymyksissä. Yhteydenoton mahdollisuus myöhemmässä vaiheessa lisäisi turvallisuuden tunnetta sekä sairauden pahenemisvaiheen ennaltaehkäisyä.

Asiasanat: Huolenpito, kuntoutus, sydämen vajaatoiminta, palveluketjut

Laurea Hyvinkää
Health Care, Social Services and sport
Degree Program in nursing

Kilpinen Tia, Reiman Kati

Experiences of care and service path among heart failure patients

Year	2013	Pages	50
------	------	-------	----

The aging of the population which is higher in Finland than in most other countries is substantially affecting the heart health and need for care. Health care practices in the near future will face a major challenge due to the change in the age structure, as many of the existing systems are developed to serve various conditions.

This study is part of the development project of HUS Hyvinkää Hospital, primary health care of the city of Hyvinkää and the heart failure patients in the development project of Laurea Hyvinkää. The work deals with heart failure patients' experience of care and service-effectiveness.

The survey was based on the data collected about information on heart failure patients' experiences of seeking treatment, of the treatment in the hospital, follow-up care, establishment, symptoms, and their follow-up care, medical treatment, examinations and procedures, guidance, moral support, and management of special situations.

The aim was to help the staff in the hospital of Hyvinkää to improve the service path performance of the heart failure patients. A qualitative research method was used in the study. The data was collected by theme interviews, executed as individual interviews. There were eight interviews (n = 8) that were conducted. The interviewees were patients from the Hyvinkää hospital internal medicine ward. The data were analyzed by using inductive content analysis.

Results made it possible to examine the adequacy of service path and guidance of the heart failure patients. Patients felt easy to seek treatment, however, finding the emergency acute which lead in anxiety. The course of treatment was regarded as good. This was greatly influenced by the Department staff, which was considered skillful. Lack of follow-up care arose very strongly. Patients would have liked more guidance for further treatment and monitoring of disease to support the wellbeing at home. The interviewees stressed the importance of the opportunity to call their assigned nurse in the heart disease-related issues. Service call option at a later stage would increase the sense of security, as well as prevention of the disease prevention.

Keywords: Heart Failure, rehabilitation, Continuity of Patient Care, Clinical Pathways

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketju	7
	2.1 Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketju HUS- Helsinki	7
3	Sydämen vajaatoiminta sairautena	8
	3.1 Sydämen vajaatoiminnan oireet	9
	3.2 Sydämen vajaatoiminnan diagnosointi	10
4	Sydämen vajaatoiminnan hoito	12
	4.1 Mekaaninen ja kirurginen hoito	13
	4.2 Ennustetta parantava lääkehoito	13
	4.3 Sydämen vajaatoimintapotilaiden elämäntapaohjaus	15
	4.4 Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus	18
5	Sydänpotilaan kuntoutus osana palveluketjua	19
6	Tutkimuksen toteutus	23
	6.1 Tutkimuksen lähtökohta ja tutkimusongelmat	23
	6.2 Tutkimusmenetelmä	23
	6.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu	23
	6.4 Aineiston analyysi	26
7	Tulokset	28
	7.1 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoitoon hakeutumisesta	28
	7.2 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoitajaksosta	29
	7.3 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia jatkohoidosta	30
8	Pohdinta	30
	8.1 Eettisyys ja luotettavuus	30
	8.2 Tutkimustulosten tarkastelua	31
	8.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen	32
	8.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet	33
	Lähteet	35
	Taulukot	38
	Liitteet	44

1 Johdanto

Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä. Kolme yleisintä sairautta, jotka lisäävät riskiä sairastua sydämen vajaatoimintaan, ovat sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja sydäninfarkti. Sydämen vajaatoiminta jaetaan sekä akuuttiin että krooniseen muotoon. Ihmisen sairastuminen krooniseen sydämenvajaatoimintaan, jossa sydämen toiminta vähitellen huononee, on tavanomaisempaa. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 244.)

Sydämen vajaatoiminnan lisääntyvään hoidon tarpeeseen vaikuttaa Suomessa suurentunut ikäihmisten määrä. Tilastokeskuksen tekemän väestöennusteen mukaan vuoteen 2020 mennessä on Suomessa yli 65-vuotiaita miehiä nykyistä 7 % enemmän ja naisia 6 % enemmän. Ikärakenteen muutos lisää terveydenhuollon kustannuksia ja tarvetta tehostaa pitkäaikaissairauksien palveluketjujen toimivuutta ja potilaan hoitoa. (Salomaa 2006.)

Kansanterveyslaitoksen vuonna 2008 teettämän julkaisun mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavia on väestössämme 1-2 prosenttia ja yli 70-vuotiaita sydämen vajaatoimintaa sairastavia on 5-10 prosenttia. Viitteitä on myös saatu siitä, että sydämen vajaatoimintapotilaiden päivystykselliset hoidot vähenevät, mikäli vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavien seuranta keskitetään poliklinikoille ja toimintaa koordinoisi kardiologi ja sydämen vajaatoimintaan erikoistunut hoitaja. (Kansanterveyslaitos 2008.)

Tämä opinnäytetyö on osa HUS Hyvinkään sairaalan, Hyvinkään perusterveydenhuollon ja Hyvinkään Laurean sydämen vajaatoimintapotilaiden kehittämishanketta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Hyvinkään sairaalan ja Hyvinkään perusterveydenhuollon kanssa. Työ käsittelee sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta sekä palveluketjun toimivuudesta.

Tutkimuksen tavoitteena on auttaa Hyvinkään sairaalan henkilökuntaa parantamaan sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketjun toimivuutta. Tutkimukseen valittiin kahdeksan (n=8) potilasta, jotka sairastavat sydämen vajaatoimintaa. Aineisto kerättiin teemahaastatteluina. Tarkoituksena oli selvittää heidän kokemuksiaan hoitoon hakeutumisesta, hoitajaksosta sairaalassa, jatkohoidosta, kotiutumisesta, oireista, niiden seurannasta ja hoidosta, lääkehoidosta, tutkimuksista ja toimenpiteistä, ohjauksesta, henkisestä tuesta sekä erityistilanteiden hallinnasta.

2 Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketju

Tässä tutkimuksessa sydämen vajaatoiminnan palveluketjulla tarkoitetaan sydämen vajaatoiminnan hoidon järjestämistä siten, että potilaat saavat tarkoituksenmukaisen hoidon eri terveydenhuollon henkilöiltä. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat esimerkiksi terveydenhoitajat, kotisairaanhoitajat, lääkärit sekä sairaalajärjestelmä. Sydämen vajaatoiminnan hoitoon osallistuvilla terveydenhuollon henkilöillä on yhteisesti sovitut toimintaperiaatteet asianmukaisen hoidon toteuttamiseksi. (HUS-Helsinki 2000.)

2.1 Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketju HUS- Helsinki

HUS- Helsingin alueella sydämen vajaatoimintapotilas on tyypillinen terveydenhuollon palvelujen käyttäjä, joka saa neuvontaa ja sairauteen liittyviä palveluja usealta terveyshuollon henkilöltä. Kaikilta potilailta iästä riippumatta, joilla on sydänperäisiä oireita, tulisi aina pois sulkea myös sydämen vajaatoiminnan mahdollisuus. Diagnoosi tehdään huolellisen kliinisen tutkimuksen, verikokeiden, keuhkojen röntgenkuvauksen sekä sydänfilmin avulla. Diagnoosin tekemisen apuna käytetään myös sydämen ultraäänitutkimusta, joka on vajaatoiminnan mekanismin tunnistamisessa tärkeää. Tutkimukset tehdään usein polikliinisesti vastaanotolla. Potilaalla, jolla on huomattavia ja vaikeita oireita tai runsasta nestekuormitusta ohjataan kuitenkin sairaalajaksolle, jonka aikana tehdään tarvittavat tutkimukset. (HUS-Helsinki 2000.)

Vajaatoimintaoireisto voi kehittyä myös nopeasti. Tuolloin hoito ja tutkimus tulee aloittaa viipymättä. Oireiston taustalla voi olla sepelvaltimosairauden komplikaatio tai rytmihäiriö. Lääkehoito sydämen vajaatoiminnassa perustuu ennusteen parantamiseen ja oireiston helpottamiseen. Lääkehoitoon vaikuttavat myös muut perussairaudet. Tällä hetkellä eniten käytössä on ACE-estäjät ja beetasalpaajat, joista löytyvät parhaimmat näyttöön perustuvat tutkimukset. Myös diureetilla, nitraatilla ja digitalis eli digoksiinilla on huomattu olevan hyötyä oireiden lievittämisessä. Potilasohjaus sekä sairauden alkuvaiheessa että sairauden vaikeutuessa on ratkaisevan tärkeää hyvän hoitotuloksen saavuttamisessa. (HUS-Helsinki 2000.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan jatkohoito ja seuranta tapahtuu terveyskeskuksen vuodeosastoilla, terveyskeskuslääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotoilla. Kontrollivälien pituuksista ei ole säädetty tarkkoja ohjeita. Potilaiden omaehtoiseen hakeutumiseen lääkärin vastaanotolle vaikuttaa koettujen oireiden laatu ja määrä, sydänsairauden, oireiden pahenemistai-pumus, lääkitystarpeen tarkistaminen tai mahdolliset muutokset lääkityksessä ja liitännäissairaudet. Potilaan kuuluessa kotisairaanhoidon piiriin, saa potilas ohjausta ja tukea myös kotihoidon työntekijöiltä. Kotisairaanhoidaja keskustele potilaan kanssa oireista, tekee havaintoja ja kliinisesti, arvioi potilaan yleistä vointia ja lääkityksen toteutumista. (HUS-Helsinki 2000.)

3 Sydämen vajaatoiminta sairautena

Terve sydän kykenee vastaamaan elimistön veren määrän tarpeesta valtimoissa ja laskimoissa. Ihmisen sairastaessa sydämen vajaatoimintaa sydämen pumppausvoima on puutteellista tai epäsäännöllistä, eikä sen voima riitä tyydyttämään elimistön verenkierrolle asettamia tarpeita. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus vaan se on aina seuraus jostakin. (Iivanainen ym. 2010, 244.)

Sydämen vajaatoiminnan aiheuttaja voi olla joko synnynnäinen tai hankittu vika sepelvaltimoissa, sydänlöpissä, sydänlihaksessa tai suurissa verisuonissa. Vajaatoiminnan syntyä edesauttavat muun muassa sokeriaineenvaihdunnan sairaus eli diabetes mellitus, verenpaine-tauti, sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti. Nämä sairaudet vaikuttavat sydänlihakseen ja sen kykyyn supistua. Sydänlihaksen supistelun heikentyessä myös sydämen pumppausvoima huononee. Kun sydän ei jaksakaan pumpata tarpeeksi, elimistössä käynnistyy useita eri mekanismeja, jotka puolustavat kehoa huonontuneesta verenkierrosta aiheutuneelta liian vähäiseltä hapensaannilta. Elimistön yrittäessä pitää yllä riittävää verenkiertoa hapettumisen turvaamiseksi, joutuu sydänlihas nopeuttamaan toimintaansa. Sydämen syketaajuus nousee, jolloin iskutilavuus paranee, mutta syketaajuuden kasvaessa myös sydämen lepovaihe lyhenee ja kammioiden täyttö vähenee. Sydän tekee rankasti töitä. Tällöin myös sepelvaltimoiden verenkierrossa syntyy ongelmia. Tilan jatkuessa pidempään ja sydämen yrittäessä pumpata riittävästi hapekasta verta elimistöön sydänlihas laajenee. Sydänlihassolut kasvavat ja vahvistuvat, jolloin myös kammiot paksuuntuvat. Sydämen tehdessä nopealla sykkeellä töitä tasapainottuvat hetkellisesti myös verenkiertohäiriöt elimistössä ja hapettuminen paranee. Lopulta aktivoituu myös sympaattinen hermojärjestelmä iskutilavuutta ylläpitämään. Suurentunut työmäärä ei voi kuitenkaan jatkua kovin pitkään, ilman että suojaimekanismit heikkenevät ja lopulta petävät. Seurauksena on sydämen vajaatoiminnan oireet. (Iivanainen, Jauhiainen, Pikkarainen 2007, 248-249.)

Sydämen vajaatoiminta jaetaan akuuttiin tai krooniseen muotoon. Akuutti sydämen vajaatoiminta on runsasta ja nopeaa erikoissairaanhoidon vaativa tila. Sydäninfarkti voi aiheuttaa akuutin sydämen vajaatoiminnan. Yleisin yksittäinen sydämen vajaatoiminnan laukaiseva tekijä on eteisvärinäkohtaus. Tavallisempaa on kuitenkin krooninen sydämen vajaatoiminta, jossa sydämen toiminta vähitellen huononee. (Siirilä - Waris, Harjola, Melin, Nieminen, Peuhkonen, & FINN-AKVA 2005, 4109.)

3.1 Sydämen vajaatoiminnan oireet

Potilaan kokemat ja kliiniset oireet vaihtelevat riippuen siitä, kumpi puoli sydäimestä toimii vajaatehoisesti. Yleisempi on vasemman puoleinen sydämen vajaatoiminta. Sydämen vasemman kammion tehtävänä on pumpata keuhkoista tuleva hapekas veri elimistön käyttöön. Hengenahdistus alkaa usein rasituksen yhteydessä ja on yleensä ensimmäisiä oireita. Tilan jatkuessa pitkään sydämen vajaatoiminta etenee. Tuolloin hengenahdistusta esiintyy myös makuuasennossa, sillä sydän ei jaksa pumpata keuhkoista tulevaa suurta verimäärää tarpeeksi nopeasti eteenpäin. Tämä aiheuttaa verentungosta keuhkoissa, jonka seurauksena on pahentunut hengenahdistus. Istuma-asennossa oleminen helpottaa usein potilaan oloa. (Mustajoki 2012.)

Kammiot voivat toimia vajaasti joko systolisen tai diastolisen vaiheen aikana. Systolisessa tyypissä kammio supistuu huonosti. Silloin on kysymyksessä systolinen vajaatoiminta. Diastolisessa vajaatoiminnassa kammio ei puolestaan jaksa laajentua levovaiheen aikana riittävästi. Tätä kutsutaan diastoliseksi vajaatoiminnaksi. Tavanomaista on, että sydämen toiminnassa diastolisen eli täyttövaiheen toiminnanhäiriö on sydämen vajaatoiminnan ensimmäinen vaihe ja varsinainen systolinen vajaatoiminta eli pumppausvoiman heikkeneminen tulee sairauden edetessä. (Vauhkonen & Holmström 2005, 66.)

Kammioiden toimiessa vajaasti elimistön sympaattinen hermosto aktivoituu ja hitaiden kammioiden takia sympaattinen hermosto on ylivireystilassa. RAA (reniini-angiotensiini-aldosteroni) järjestelmä aktivoituu, mistä seuraa ADH:n eli vasopressiinin, endoteliinin sekä sytokiniinien yhdessä aiheuttama ääreisverenkierron supistuminen ja sydämen kuormittavuuden kasvu. Sydän altistuu myös rytmihäiriöille. (Iivanainen ym. 2007, 250.)

Sepelvaltimot eivät saa riittävästi verta, koska veren tulo hidastuu. Oireina koetaan rintakipu, joka johtuu sydänlihaksen hapen puutteesta (iskemia). Vasemman kammion voiman petäessä äkillisesti seurauksena on hengenahdistuksen selkeä paheneminen, joka ei helpotu levollakaan. Potilaalla voi esiintyä myös yskää ja yleistila heikkenee rajusti. Tällöin kyseessä voi olla hengenvaarallinen keuhkopöhö. (Mustajoki 2012)

Vasemmanpuoleisessa vajaatoiminnassa keskeisiä oireita ovat hengenahdistuksen lisäksi alaraajojen turvotukset, takykardia eli sydämen tiheälyöntisyys, mahdollinen ihon sinerrys, sydänyskä sekä hapennälkä, joka näkyy esimerkiksi hengityksen apulihaksien käyttämisenä. (Iivanainen ym. 2007, 254.) Sydämen oikealla puolella oleva vajaatoiminta aiheuttaa potilaalle veren kerääntymistä laskimoihin. Potilaalla keuhkolaskimopaine kohoaa, joka voi näkyä muun muassa potilaan kaulalaskimoiden pullotuksena. Potilaan oireisiin kuuluu lisäksi nesteen kertyminen elimistöön erityisesti nilkkoihin sekä sen seurauksena painonnousu. Diastolisesta va-

jaatoiminnasta kärsivillä potilailla voi olla myös askitesnestettä vatsaontelossa. Veren patoutuminen laajentaa myös sisäelinten laskimoita ja etenkin juuri maksalaskimoa. Potilaalla voi siis havaita olevan myös suurentunut maksa ja perna.

Potilaat kertovat usein oireisiin liittyvän myös pahoinvointia. Sydämen vajaatoiminta voi esiintyä samanaikaisesti sekä vasemmassa kammiossa että oikeassa kammiossa, useimmiten se kuitenkin alkaa ensin vasemmalta ja leviää pahentuessaan oikealle. (Iivanainen ym. 2007, 251-254.)

3.2 Sydämen vajaatoiminnan diagnosointi

Sydämen vajaatoiminnan aiheuttamista oireista johtuen potilaan elämänlaatu heikkenee ja hän hakeutuu terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Koettuja oireita ovat muun muassa rasituksessa esiintyvät hengenahdistukset tai rytmihäiriö tuntemukset. Lääkäri tekee vajaatoiminnan oireita potevalle potilaalle tutkimuksia, joista saadaan objektiivista näyttöä mahdollisista sydämen toimintahäiriöistä. Lääkäri palpoo (tunnustelee käsin) ja auskultoi (kuuntelua stetoskoopilla) sydämen ja keuhkot, sekä tarkistaa kaulalaskimoiden mahdollisen turvotuksen. Lääkäri haastattelee potilasta ja kysyy oireiden haittaavuudesta potilaan elämään. Näin lääkäri voi luokitella käytössä olevan NYHA-luokituksen (New York Heart Association) mukaan potilaan luokkaan 1-4. NYHA-luokassa 1 oireita ei esiinny tasamaata kävellessä, luokassa 2 oireita tulee rasituksessa mutta ne helpottuvat levossa, luokassa 3 toimintakyky on jo vahvasti rajoittunut ja oireita tulee jo lievässäkin rasituksessa ja luokassa 4 pienikin rasitus aiheuttaa oireita ja niitä voi olla levossakin. (Lommi 2009.)

Muita diagnostiikkaa edesauttavia tutkimuksia on 12-kanavainen EKG (sydänfilmi), sekä laboriotutkimuksista TVK, fP-Gluk, Na, K, Krea, maksaentsyymit ASAT, ALAT ja AFOS, sekä virtsanäytteen liuskaseulonta. Potilaalle tehdään myös sydämen kaikukardiografia, jonka avulla saadaan selville mahdolliset objektiiviset löydökset. Tutkimus tehdään yleensä rintakehän päältä, mutta jos kuvien laatu on jostain syystä epäselviä, voidaan turvautua ruokatorven kautta tehtävään tutkimukseen. Keuhkoröntgenkuvassa nähdään mahdolliset sydämen koon muutokset sekä korostunut keuhkoverekkyys. Potilaalle voidaan tehdä myös vuorokausiseuranta-EKG eli niin sanottu Holterointi. Rasituskoe tehdään silloin kun epäillä sydänlihaskemialta. Lisäksi jos tarkoituksena on sulkea pois muita aiheuttajia, voidaan ottaa myös laboratoriokeita, kuten CRP, TSH ja lihasentsyymit. (Lommi 2009)

Taulukko 1: Sydämen vajaatoiminnan diagnoosissa auttavia tutkimuksia, lähde: Lommi 2009.

TUTKIMUS	miksi/mikä	mitä selviää
EKG	Sydänfilmistä etsitään eteis- ja kammiokuormituksen sekä vajaatoimintaan viittaavia löydöksiä.	Sydänfilmi on sydämen vajaatoiminnan yhteydessä lähes aina jotenkin poikkeava.
Na, K, Krea	Nestetasapainon seuranta elektrolyytit	Veren suola-arvot ovat tärkeitä sydän sairauksissa
ASAT; ALAT; AFOS	Maksaentsyymit	
TVK	Täydellinen verenkuva	hemoglobiini (B-Hb), hematokriitti (B- Hkr), erytrosyytit, punasolut (B-Ery), leukosyytit, valkosolut (B-Leuk), punasolujen hemoglobiinin massa (E-MCH), massakonsentraatio (E-MCHC), keskitilavuus (E-MCV), valkosolujen erittelylaskenta (B-Diffi) ja verihiutaleet (B-Tromb)
fp-Gluk	Verensokeri	Glukoosipitoisuuden arvo verestä
THX	Keuhkoverekkyiden arviointi, pleuranesteen määrä ja nesteen tihkuminen verenkierron ulkopuolelle.	Keuhkojenverisuonikuviointus on vajaatoiminnassa korostunut

4 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Potilaan hoidossa tärkeintä on lievittää oireita ja hidastaa vajaatoiminnan etenemistä, sekä vähentää kuolleisuutta. Hoitoon kuuluu aina elämäntapaneuvontaa ja lääkehoitoa. Kirurginen ja mekaaninen hoito aloitetaan, mikäli niille on tarvetta. Näiden hoitojen käyttö on lähinnä aiheuttavan sairauden korjaamista eikä niinkään vajaatoiminnan hoitoa. (Lommi 2009.)

Sydämen vajaatoiminnan hoito kohdistuu aina ensisijaisesti perussairauteen. Lääkehoidon vaikutuksista löytyy varsinaista tutkimusnäyttöä kovin vähäisesti. Oli kysymys sitten systolisesta (sydämen puristusvoiman heikkeneminen) tai diastolisesta (sydämen seinämien jäykistyminen) vajaatoiminnasta, ei lääkehoidon periaatteissa ole paljon eroa. Lähinnä eroa löytyy nesteenpoistolääkkeiden käytössä. Potilaalla, jolla on nestelastia elimistössään, on nesteenpoistolääkkeiden käyttö ensisijaista. Diureettien (nesteenpoistolääke) tehoa tulee kuitenkin arvioida aktiivisesti. Liiallisesta nesteenpoistolääkityksestä voi potilaalle seurata hypovolemiaa. Hypovolemia on tila, jossa elimistössä kiertävän veren tai kokonaisnestetilavuuden määrä on vähentynyt ja tästä voi seurata potilaalle huimausta, sekavuutta ja sydämensykkeen nousua eli takykardiaa. Nopea syke tulee rauhoittaa beetasalpaajilla. Sinusrytmin ylläpitäminen ja eteisvärinän hoitaminen beetasalpaajalla sekä antikoagulaatiohoidolla on ensiarvoisen tärkeää. Oireita voidaan vähentää AT1-reseptorin salpaajista kandesartaanilla ja ACE:n estäjistä perindopriililla, mutta näillä ei ole todettu olevan vaikutusta kuolleisuuteen. Lääkehoito diastolisessa vajaatoiminnassa on haastavampaa eikä paranna oireita ja ennustetta niin hyvin kuin systolisessa vajaatoiminnassa. (Lommi 2009.)

Sydämen vajaatoiminnan pahentuessa potilaalle tulee lisääntyviä oireita kuten painon nousua, turvotuksien lisääntymistä, hengityksen vaikeutumista, lisääntyvää yskää ja sydämen syke nousee. Nesteen poistamisessa ja turvotusten vähentämisessä käytettyä Furesis-lääkettä voi potilas omatoimisesti säädellä, jos asiasta on lääkärin kanssa sovittu etukäteen. Lääkäri määrää tuolloin annoksen reseptille liukuvaksi, esimerkiksi 2 - 4 tablettia vuorokaudessa. Oireiden pahentuessa yllättäen, on syytä kuitenkin selvittää voiko syynä olla esimerkiksi keuhkotulehdus. Tuolloin nesteenpoistolääkkeen lisääminen ei riitä pelkäksi hoidoksi. (Mustajoki 2012.)

4.1 Mekaaninen ja kirurginen hoito

Kirurgisen hoidon tarkoituksena on korjata tai lievittää vajaatoimintaa aiheuttavaa sairautta, esimerkiksi synnynnäistä sydämen läppävikaa. Siinä voidaan korjata rakenteelliset poikkeavuudet. Mekaanista hoitoa on taas mm. sydämeen asennetut tahdistimet. Sydäntahdistimia käytetään jos potilaalla on vaikea-asteisia rytmihäiriöitä tai hän kärsii bradykardiasta lääkityksestä huolimatta. Tahdistimesta on hyötyä potilaille, joilla on suuri äkkikuoleman vaara ilman sen asentamista. Sydämen siirto tulee harkintaan jos mikään muu hoito ei tehoa. (Lommi 2009.)

4.2 Ennustetta parantava lääkehoito

Vasemman kammion systolisen vajaatoiminnan olleessa kyseessä lääkehoitona yleisemmin käytetään ACE-estäjiä (Angiotensiinikonvertaasin estäjät). ACE-estäjät laajentavat ääreisverisuonia ja tällöin sydämeen kohdistuva rasitus pienenee. Tavallisin ACE:n estäjien haittavaikutus on kuiva ärsytysyskä, jota esiintyy noin 10 -20 % potilaista. Lääkehoidon alussa saattaa esiintyä huimausta, joka johtuu liiallisesta verenväpaineen laskusta. Verikokein seurataan suola- ja nestetasapainoa sekä munuaisten toimintaa Krea- arvoin. Vaihtoehtona ACE-estäjille voidaan käyttää Angiotensiini II reseptorin salpaajia, jotka estävät angiotensiinin vaikutusta sitoutumalla sen reseptoreihin eli vaikuttavat verenkiertoon suhteellisen samankaltaisesti kuin angiotensiinikonvertaasin estäjät. Näiden ei ole todettu olevan yksinään käytettäessä yhtä tehokkaita kuin ACE- estäjien, mutta etenkin yhteiskäytössä teho on hyvä. (Lommi 2009.)

Tehdyissä lääketutkimuksissa on todettu Angiotensiini II reseptorin salpaajien olevan paremmin siedettyjä ACE-estäjiin verrattuna. Ne lievittävät oireita, pidentävät elinaikaa sekä vähentävät sairaalahoitojen määrää. Tutkitusti tehokkaimmat lääkkeet yhdessä näyttöön perustuvan hoitotyön kanssa alentaa selkeästi kuolleisuutta sekä vähentää potilaan sairaalahoitajaksoja, mutta systemaattista näyttöön perustuvaa hoitopolkua ei kaikkialla vielä ole käytössä. (Garina, Carballoa, Gerstela, Lerchc, Meyerc, Zare, & ym. 2012).

Lääkäri määrää myös diureetteja, jos elimistössä on ylimääräistä nestettä. Liiallinen nesteiden volyymimäärä lisää verentungosta keuhkoissa sekä raajojen turvotusta. Liiallinen nesteenpoistolääkkeiden käyttö taas aiheuttaa elimistössä hypovolemiaa, jolloin sydämen sykenousee ja sydän joutuu työskentelemään enemmän. NYHA 2-4 luokitelluille, sekä niille, joilla on tavanomainen lääkitys ja vajaatoiminta kompensaatiossa käytetään beetasalpaajia sydämen tiheälyöntisyyden vähentämiseksi ja sydämen rasituksen pienentämiseksi.

Beetasalpaajat estävät noradrenaliinin ja adrenaliinin haitallisia vaikutuksia sydänlihassoluihin ja verisuoniin sekä estävät vakavia rytmihäiriöitä. Beetasalpaajien on lisäksi todettu vähentävän kuolleisuutta erityisesti potilailla, joilla on vasemman kammion infarktiperäinen toimintahäiriö. Lääkitystä aloitettaessa potilaan oireita täytyy seurata tiheästi, sillä oireet voivat hoidon alussa pahentua. Jos vasemman kammion aiheuttama vajaatoiminta on vaikeahoitoinen, eikä ACE-estäjät tai diureetit riitä, voidaan potilaalle aloittaa glykosidejä eli beetasalpaajan ja digoksiinin yhdistelmää, joka on tehokkaampaa kuin kumpikaan yksinään. Iskemian kohtauksen oireissa käytetään usein myös nitraatteja. (Lommi 2009.)

Digoksiinin merkitys vajaatoimintalääkkeenä on vähentynyt, siihen turvaututaan kuitenkin jos potilaalla on vaikea sydämen vajaatoiminta sekä eteisvärinä. Digoksiinin lisäämä sydämen supistusvoima auttaa sydämen pumppaustoimintaa vajaatoimintapotilailla. (Nurminen 2011,219.)

Taulukko 2: NYHA New York Heart Association, lähde: Lommi 2009

Luokka	Oireet
NYHA I	Suorituskyky ei ole merkittävästi heikentynyt. Tavallisessa arkiliikunnassa ei ilmene hengenahdistusta tai väsymystä.
NYHA II	Suorituskyky on rajoittunut, ja tavanomainen arkiliikunta sekä rasitus aiheuttavat hengenahdistusta ja väsymystä
NYHA III	Suorituskyky on rajoittunut merkittävästi. Tavallista vähempi liikunta aiheuttaa hengenahdistusta ja väsymystä.
NYHA IV	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

Taulukko 3: Ennustetta parantava lääkehoito, lähde: Lommi 2009.

Lääkeaineryhmä	kenelle	tarkoitus	seuranta
ACE:n estäjät	Ensisijaisesti vasemman kammion systolisen toiminnan heikentymiseen	Parantaa pumppaustoimintaa ja siten sairauden ennustetta	RR, P-K, P-Na ja P-Krea. Ennen aloitusta, n.2 vkn kuluttua sekä ylläpitoannoksen saavuttamisen jälkeen
Angiotensiinireseptorin (AT2) salpaajat	Vasemman kammion systolisessa toimintahäiriössä	Parantaa pumppaustoimintaa, sairauden etenemisen hidastuminen ja sydämen työn keveneminen	
Diureetit	Ylimääräisen nesteen kertymisen poistamiseen	Virtsan erityksen lisääminen, hengitysoireiden helpottuminen, turvotuksen väheneminen	P-K, P-Na ja P-Krea ennen lääkityksen aloitusta ja vkn kuluttua aloituksesta. Paino sekä P-Gluk
Beetasalpaajat	suositellaan NYHA 2-4 luokkiin kuululle. Kohtalainen tai vaikea sydämen vajaatoiminta.	Sydänlihaksen hapentarpeen väheneminen. Sydämen työn keveneminen. Sairauden etenemisen estäminen. Oireiden ja ennusteen paraneminen.	RR+P
Digoksiini	Eteisvärinä sekä oireita aiheuttava sydämen vajaatoiminta	Kammiorytmin hidastuminen	P-K, P-Krea ja tarvittaessa S-Digoks

4.3 Sydämen vajaatoimintapotilaiden elämäntapaohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää muun muassa potilaan oikeudesta saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ja siihen liittyvää kohtelua. Laissa löytyy määritelmä myös potilaan oikeudesta saada tietoa sairaudestaan, hoidosta ja hoitojen eri muodoista ja sen merkityksestä ja vaikutuksesta sairauteen tai potilaan elämään. Tietoa tulee antaa riittä-

västi ja ymmärrettävällä tavalla. Terveysthuollon henkilöstöä ohjaavat lain lisäksi myös erilaiset suositukset ja eettiset periaatteet. Näiden tavoitteena on taata potilaalle mahdollisimman laadukasta hoitoa. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveystalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n laatimat Eettiset periaatteet sisältävät suosituksia ja ohjeita terveysthuollon henkilöstölle. Periaatteissa puhutaan ihmisarvon kunnioittamisesta, potilaan itsemääräämisen oikeudesta, tasavertaisuudesta ja tasapuolisuudesta, hoidon luotettavuudesta ja turvallisuudesta. Asiakkaalla ja potilaalla on valinnanvapaus ja oikeus itsenäisiin päätöksiin omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Tarjotun hoidon hyväksyminen edellyttävät asiakkaan ja potilaan osallisuutta ja suostumusta. Eettisissä periaatteissa annetaan suosituksia myös sosiaali- ja terveysthuollon päätösten tekoon. Suosituksissa kiinnitetään erityistä huomiota etiikan ja talouden välisiin jännitteisiin. Hyvä hoito ja palvelu edellyttävät vastuullisia päätöksiä ja toimintakulttuuria, jossa eettisyys tulee vahvasti näkyä. (ETENE 2011.)

Omahoidon ohjauksen sisällön suositukset sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä on tehty hoitotyön tutkimussäätiön toimesta. Niissä kuvataan vajaatoimintapotilaan ohjauksen keskeiset sisällöt. Suositukset ovat tarkoitettu kaikille, jotka antavat sydämen vajaatoimintaa potevalle potilaalle omahoitoon liittyvää ohjausta. Suosituksissa käsitellään sairaalahoitojaksoa, kotiutumisasihetta ja kotiutumisen jälkeen seurannassa tapahtuvaa omahoidon ohjausta. Suosituksissa painotetaan erityisesti omahoidon tärkeyttä, joten potilaan tulee saada ohjausta myös elintavoista, jotka vähentävät oireiden pahenemista. (Hotus.) Tähän kuuluu oleellisena osana potilaalle annettava ruokavaliiohjaus. Oikealla ruokavaliolla voidaan merkittävästi hallita sydämen vajaatoiminnan oireita. Suolan ja nesteiden käyttöön liittyvä ohjaus on erityisen tärkeää. Sydämen vajaatoimintapotilaat, jotka asuvat itsenäisesti, tarvitsevat joka päivä tasaisen ja yhtä suuren kalorimäärän ruokavaliiossaan. Potilailla, joilla on suurempi energiankulutus levossa, väärä ruokavaliio voi johtaa aliravitsemustilaan. Jos aliravitsemustila jätetään hoitamatta, seurauksena voi olla sydänlihaksen rappeuma. Uudet todisteet kertovat että ylipainoisilla on paremmat mahdollisuudet selvitä sydämen vajaatoiminnasta, koska suurempi massa toimii isompana energiavaraosana ihmisillä, joilla sydämen vajaatoiminta sekä parantavat aineenvaihduntaa. Painon pudotusta ei suositella kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastaville henkilöille. (Shepherd 2011, 178.)

Liikuntaharjoittelun ohjauksesta hyötyvät kaikki sydämen vajaatoimintapotilaat. Hoitohenkilökunnan tuleekin antaa ohjeita ja neuvoja potilaalle ja/tai hänen läheisilleen säännöllisestä liikkumisesta ja kertoa sen merkityksestä vajaatoiminnan etenemisen hidastumiseen. Krooninen sydämen vajaatoiminta koskettaa kasvavaa määrää ihmisiä, jotka tarvitsevat tukihoitoa heidän kotonaan. Tauti liittyy fyysisiin, toiminnallisiin ja tunneperäisiin vaikeuksiin sekä jatkuvaan huonoon elämäntilaan. Ei pelkästään potilaat, vaan myös perheenjäsenet jotka tukevat potilaan itsehoitoa kärsivät alentuneesta elämäntilasta. Sairaanhoidajat voivat parantaa potilaiden terveystilaa tukemalla säännöllistä liikuntaa ja itsehoitoa. Hoitajien yhteisym-

määränsä siitä, että liikunta kehittää maksimaalista liikuntakapasiteetin sietokykyä kroonisilla sydämen vajaatoimintapotilailla tukee potilaan terveellisempää elämää, parantaa elämänlaatua ja potilaan itsehoitoa. Liikuntaohjelmat potilaille ovat taloudellisia toteuttaa ja niillä on pitkäaikaisia positiivisia vaikutuksia, ei ainoastaan potilaille vaan myös sairaaloille. Lisäksi tuottamalla ryhmäliikuntamuotoja, saavat sydämen vajaatoimintapotilaat tavata toisia, jotka kokevat samoja elämänmuutoksia. (While & Kiek 2009, 54-58.)

Uni-ongelmat ovat tavallisia vajaatoimintapotilailla, ja ne vaikuttavat negatiivisesti elämänlaatuun. Suurin syy uni katkoksiin yöllä on tarve käydä virtsaamassa. Taiwanin sydänklinikoilla tutkittiin sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden unen laatu (n=101). Potilaat vastasivat kysymyssarjoihin ja tieto talletettiin. Tuloksista nousi esille, että 81 % tutkimukseen osallistuneista potilaista kärsivät selkeästi huonosta unen laadusta ja 31 % eivät olleet tyytyväisiä unensa laatuun. Keskiarvo tulos unenlaadussa oli 10.78, joka mitattiin käyttämällä Pittsburghin unenlaatu indeksiä. Sydämen vajaatoiminta potilaille tulisi opettaa unihygieniaa, ja heidän tulisi lisätä vapaa-ajan aktiviteetteja ja taudin itsehoitoa, jotta välttyttäisiin pahe-nevalta nocturiaalta. Nocturia tarkoittaa tarvetta käydä vessassa useammin kuin kerran yössä. (Wang, Lee, Tsay & Tung 2010, 1730-1740.) Mahdollisesti esiintyvistä unen aikaisista hengityshäiriöistä keskustellaan myös potilaan kanssa. Hengityshäiriöt ovat tavallisia potilailla, joilla esiintyy ylipainoa, tupakoinnista tai runsasta alkoholin käyttöä. Tarvittaessa potilas ohjataan hakeutumaan omalääkärin vastaanotolle, jolloin potilas saa lähetteen tarvittaviin uniapnean jatkotutkimuksiin ja jatkuvan positiivisen ilmanpainehoidon (CPAP) aloituksen harkintaan. Sairastuminen vaikuttaa aina myös potilaan parisuhteisiin sekä esimerkiksi seksuaalisuuteen. Potilaan tulee olla myös tietoinen lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamista vaikutuksista seksuaaliseen halukkuuteen. Näistä asioista on hyvä keskustella sairaanhoitajan vastaanotolla. Avoin ja hyvä vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä mahdollistaa luottamuksellisen keskustelun. Seksuaalisen aktiviteetin aikaisen hengenahdistuksen ja rintakivun ehkäisyssä potilasta tarvittaessa ohjataan käyttämään kielenalaista nitroglyseriiniä. (Kiema, Ihanus, Meinilä, Surakka, Heikkilä & Hänninen 2010.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla masennus on varsin yleistä, jopa 20 %:lla on kliinisesti merkittävä masennus. Potilasta ohjataan tunnistamaan masennuksen oireita ja kehoitetaan kertomaan niistä ammattihenkilöstölle. Hoitohenkilöstö ohjaa potilaan tarvittaessa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle. Ammattilaisten antama henkinen tuki vahvistaa potilaan kykyä hoitaa sairauttaan. Sairanhoitajan ja potilaan hyvä ja tiivis hoitosuhde tehostaa potilaan kykyä hoitaa sairauttaan ja näin välttyään muun muassa sairauden pahenemisvaiheilta sekä pitkittyneiltä sairaalajaksoilta. Ohjauksessa tulisi huomioida myös potilaan sosiaalinen tukiverkosto, sillä läheisillä ja omaisilla on merkittävä rooli potilaan elämänlaadulle. Sairanhoitajien antama elämäntapaohjaus painottuu tekijöihin, joilla potilas voi itse hallita oireiluaan. Lisäksi suositellaan omatoimista painonseurantaa, jotta potilas huomaisi ajoissa vajaa-

toiminnan aiheuttamat nesteenkertymiset elimistössä ja osaisi toimia tilanteessa asianmukaisesti esimerkiksi lisäämällä lääkärin ohjeiden mukaan nesteenpoistolääkkeitä. (Kiema ym. 2010.)

4.4 Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus

Potilaan sitoutuminen sairautensa omahoitoon on hoidon kulmakivi. Omahoito vähentää selkeästi sydämen vajaatoiminnan etenemistä, parantaa potilaan elämänlaatua sekä vähentää kuolleisuutta. Suosituksessa pidetään tärkeänä potilaan kykyä tunnistaa vajaatoiminnan vaikeutuminen ajoissa. Potilaan ohjauksessa pääpaino onkin omaseuranta ja siksi on tärkeää opastaa potilasta tai hänen läheisiään tunnistamaan oireiden paheneminen ajoissa. Suosituksissa ohjeistetaan kuinka hoitohenkilökunta voi neuvoa ja ohjata potilasta itseään tai hänen läheisiään esimerkiksi nostamaan hänelle määrättyä nesteenpoistolääkkeen annosta lääkärin ohjeiden mukaisesti ja/tai ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. Hoitohenkilökunnan tulee ohjata potilasta toteuttamaan yksilöllistä lääkehoitoaan oikein, ohjata potilasta seuraamaan lääkityksen vaikutusta oireisiin, neuvoa potilasta kuinka huomioida mahdolliset lääkkeistä aiheutuvat sivuvaikutukset sekä annostelemaan joustavasti nesteenpoistolääkitystään. (Hotus 2011.)

Omahoitoa koskevista ohjeissa painotetaan paljon lääketieteellisiä näkökulmia sairauden kroonisesta tilasta johtuen. Psykososiaalinen näkökulmia tulisikin ottaa paremmin huomioon. Sairaanhoidtaja johteisessa ryhmäohjelmassa potilaille, joilla oli sydämen vajaatoiminta, toteutettiin sattumanvaraisesti kontrolloitu kokeilu. Potilaista osa (n=131) saivat tavallista hoitoa, koostuen normaaleista terveystarkastuksista ja ohjausta lääkinnällisestä itsehoidosta. Interventio potilasryhmä (n=186) sai myös tavallisen hoidon lisäksi kuuden (6) viikon kestävä kurssin itsehoidosta, jossa potilaille opetettiin lisäksi sosiaalisia ja tunneperäisiä itsehoitotoimia. Tutkimuksessa huomattiin huomattavia tuloksia kognitiivisten oireiden hallinnassa, itsehoitokäytöksessä ja sydämeen liittyvässä elämän laadussa.

Lisätutkimuksia tarvitaan, jotta saadaan tietää kuinka pitkän ajan vaikutuksia saavutetaan ohjelman potilaille ja kuinka ohjelmaa voidaan integroida tavalliseen hoitoon. (Smeulders, Van Haastregt, Ambergen, Uszko-Lencer, Janssen-Boune, Gorgels, & ym. 2010, 1487-1499.)

Potilaan omahoidolla on siis suuri merkitys potilaan elämänlaadulle. Omahoidon ohjauksella autetaan potilasta lievittämään koettuja oireita ja estämään niiden pahenemista sekä autetaan potilas havaitsemaan ajoissa tarpeen hakeutua omalääkärin vastaanotolle. Potilasta kannattaakin ohjeistaa kirjaamaan oirepäiväkirjaan perustiedot sairaudestaan, lääkkehoidostaan ja vajaatoimintaa pahentavista tekijöistä sekä sairaalajaksoista. Kirjaamiseen voisi lisätä

myös toimintaohjeet sairauden vaikeutuessa sekä esimerkiksi liiallisen kuivumiseen liittyvistä oireista. (Mustajoki 2012.)

Sairaalajaksolta kotiuduttuaan potilaan lääkehoito tulisi olla asianmukainen ja ajantasalla. Kotilääkityksen toteuttamiseen potilas tarvitsee kuitenkin lääkärin tai sairaanhoitajan antamaa ohjausta. Potilaan tulee tietää käyttämänsä lääkkeiden vaikutuksista ja haittavaikutuksista. Sydämen vajaatoimintapotilaan kotiutuksessa on tärkeää myös saada potilas luottamaan kykyihinsä ylläpitää ja parantaa elämänlaatua (Britz & Dunn. 2010, 480).

Terveyskeskuksissa ohjausta antavat niin lääkärit kuin hoitajat. Sairaanhoitajan vastaanotolla käydessään potilas voi näyttää pitämänsä oirepäiväkirjaa, johon voi merkitä myös kulloinkin käyttämät lääkkeet ja niihin mahdollisesti omatoimisesti tehdyt muutokset. Oirepäiväkirjasta selviää helposti sairauden aiheuttamat sen hetkiset oireet ja vaikutukset potilaan elämässä. Potilaan mielialaan tulee kiinnittää myös huomiota, sillä viidesosa vajaatoimintapotilaista kärsii masennuksesta. Oirepäiväkirjaan voi tehdä muistiinpanoja myös mielialastaan. (Kiema ym. 2010.)

Potilaan tai ammattihenkilöiden huomattua sairauden etenemistä tai mielialamuutoksia tulee näihin reagoida nopeasti. Näin estetään sairauden paheneminen ja elämänlaadun huonontuminen. Potilaalla tulee olla tietoa myös tulehdussairauksien vaikutuksesta oireisiin. Potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä sairaanhoitajaan, jos epäilee esimerkiksi virtsatietulehdusta itsellään. Tulehdukset tulee hoitaa huolellisesti. Ennen matkustamista ulkomaille olisi hyvä myös keskustella asiasta hoitavan lääkärin kanssa. Lentäminen ei ole kuitenkaan kiellettyä, mutta erilaisia asioita on hyvä ottaa huomioon riippuen matkakohteesta. Myös hoitotoimenpiteitä edeltävä Endokardiittiprofylaksia (ennalta ehkäisevä antibioottihoito) tulee muistaa. (Kiema ym. 2010.) Tavalliset nuhakuumeet vaikeuttavat vajaatoimintapotilaan oireita. Erityisen hankalia ovat influenssa-oireet yhdessä vajaatoiminnan kanssa. Potilasta tuleekin ohjata ottamaan vuosittain influenssarokotus sekä tarvittaessa pneumokokkrokotus, jos rokotuksille ei ole estettä. (Hotus 2011.)

5 Sydänpotilaan kuntoutus osana palveluketjua

Kuntoutus on prosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutuja on itse aktiivinen toimija muutoksessa, mutta hän tarvitsee kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisten tukea suunnitellessaan omaa kuntoutustaan. Moniammatillinen tiimi auttaa kuntoutuksen suunnittelemisessa. Erikoissairaanhoito, työterveydenhuolto, kolmas sektori, kuntoutuslaitokset ja Kela voivat olla myös osa

sydänkuntoutuksen suunnittelua. Asiakslähtöisessä ja kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa asiasisältönä ovat elintapaohjaus ja riskien kartoitus, asianmukainen lääkehoito ja työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä näiden edistäminen. Sydänkuntoutuksen tulee olla aina suunniteltua ja on usein hyvin pitkäkestoista, koska lähtökohtana on aina kuntoutujan elintapojen- ja ympäristön tavoitteellinen muutos. (Hämäläinen & Röberg 2007, 50-53.)

Erottavana tekijänä Suomalaiseen sydänkuntoutukseen, Yhdysvalloissa pidetään tärkeimpänä lähtökohtana potilaan sairauden laaja-alainen arvioiminen ja pahentavien tekijöiden ja sairauden aggressiivinen hallinta ja hoito. Yhdysvalloissa kuten Suomessakin on havaittu yhteys sydänperäisen sairauden ja huonojen elintapojen välillä. Elämäntaparemontin aloittaminen on osoittautunut kuitenkin monen riskiryhmään kuuluvan potilaan kohdalla haasteelliseksi. Kuntoutuja tarvitseekin monenlaisia keinoja, neuvontaa ja motivaation vahvistamista tiedollisten taitojen lisäksi. Englannin julkinen terveydenhuoltojärjestelmä sopi vuonna 1996 kansallisista sydänpotilaita koskevista kuntoutus-suosituksista ja ohjeista. Suositukset sisältävät potilaalle annettavia yksilöllisiä kuntoutumisen ohjeita ja elämäntapaneuvoja. Ohjeissa painotetaan erityisesti potilaan psykososiaalisen tilanteen huomioimista. Englannissa sairaaloissa luotiin käytäntö, jossa kaikki sairaalahoidossa olevat sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kutsutaan osallistumaan moniammatilliseen kuntoutusohjelmaan. (Hämäläinen & Röberg 2007, 19-26.)

Englannissa krooniseen sydämen vajaatoimintaan sairastuu noin 750000 ihmistä vuodessa. Huolimatta näyttöön perustuvan hoidon kehittymisestä, kuolleisuus on suurempi kuin monissa yleisimmissä syövässä. Tavallisimpia oireita potilailla ovat huonontunut elämänlaatu, lisääntyneet hengenahdistukset ja turvotukset sekä väsymys. Moni sairaanhoitaja kohtaa työssään potilaita, joilla on jo pitkälle edennyt vajaatoiminnan oireisto. Englannissa sairaanhoitajat ovat huomanneet, että vajaatoimintapotilaiden saattohoitoa ei ole tutkittu tarpeeksi. Yhteiset suositukset oireiden ja kivun lievittämisestä elämän loppupuolella olisivat siis tarpeen. Myös yhteinen linjaus potilaan palveluketjussa taudin loppuvaiheessa toisi tarvittavia työkaluja tukemaan sairaanhoitajien työskentelyä eri hoitopaikkojen välillä. Yhteiset, näyttöön perustuvat hoitolinjaukset saattohoidosta varmistaisivat, että kokonaisvaltainen sydämen vajaatoiminnan palveluketju ulottuisi loppuun asti. (Smith 2012, 295-297.)

Osassa Ruotsin sairaaloita toimii sydänpotilaan tukena kuntoutustiimi. Ryhmään kuuluu muun muassa lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi, sairausvakuutuskassan edustaja ja apteekkari. Osastohoidon potilasta suositellaan osallistumaan sydänkursseille, jossa käsitellään sairauteen liittyviä kysymyksiä ja keskustellaan, kuinka sairaus vaikuttaa potilaan elämään. Kursseilla saa esimerkiksi neuvontaa sydänystävällisestä ravinnosta. Liikuntaryhmät toimivat ilmeisesti ainakin lähes kaikissa sairaaloissa, joissa hoideetaan sydänpotilaita. Vuoden 2005 alusta lähtien on osassa Ruotsin sairaaloita ollut käytössä

SEPHIA-rekisteri. Sen päätavoitteena on levittää tietoa ja uutisia rekisterin käyttäjälle. SEPHIA-rekisteriin kirjataan kunkin potilaan kohdalle oireet, elämänlaatu, työkyky, sosiaalinen tilanne, elämäntapamuutokset, lääkitys, riskitekijämuutokset, toimenpiteet, uudelleen sairastuminen ja joitakin taloudellisia seikkoja. Kirjauksia potilaasta tekee sairaanhoitaja ja lääkäri sairaalajaksolla. Jatkohoidossa seuranta tapahtuu potilaan tullessa sairaanhoitajan vastaanotolle tai hoitajan ottaessa yhteyttä potilaaseen puhelimitse. Näin kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen ja tarkistus, välitavoitteiden asettaminen ja tavoitteisiin pääseminen pysyy suunnitelmallisena ja näkyvänä. Potilaan tilanteen arviointi helpottuu näin potilaalle, läheisille tai hoitohenkilökunnalle. (Hämäläinen & Röberg 2007, 19-26.)

Ruotsalainen (2007) tuo esille potilaiden kokemuksia sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Potilaat olisivat halunneet lisää tietoa esimerkiksi sairauden syistä, ennusteesta, lääkehoidosta ja fyysisen toiminnan rajoista. Potilaat kokivat epävarmuutta kotona selviytymisessään sekä vaikeuksia ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Vuosittain noin 50 000 sydänpotilasta kotiutuu sairaalajakson jälkeen avoterveydenhuollon palvelujen piiriin. Ruotsalaisen mielestä olisikin ensiarvoisen tärkeää kohdentaa kuntoutukseen tarvittavat resurssit erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuoltoon. Haasteena on kuitenkin se, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimivat hallinnollisesti erillään. Asiakaslähtöinen hoitotyö vaatii potilaan tietojen saumatonta siirtymistä organisaatiosta toiseen. Organisaatorajat ylittävä yhteistyö takaisi potilaalle yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon. Yhtenäinen tietojärjestelmä lisäisi myös potilasturvallisuutta. Näin hoitotyö saataisiin joustavaksi niin potilaiden kuin hoitajienkin kannalta. Sairaalahoito ja avoterveydenhuollon hallinnollinen erillisuus katkaisee usein palveluketjun sairaalavaiheen jälkeen, jolloin kuntoutuskin jää "ei kenenkään" asiaksi. (Ruotsalainen 2006, 34-36.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärin välisissä kommunikaatiomahdollisuuksissa on havaittu puutteita. Potilastietojärjestelmät ovat kehittyneet huomasti vuodesta 2000 ja tämä on osittain helpottanut hallinnollisesti erillään toimivien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden keskinäistä tiedonvaihtoa. Lähes kaikki potilasta kokevat tiedot ovat tänä päivänä sähköisessä muodossa kuten potilaskertomukset, laboratoriotulokset, kuvantamisen tulokset, jatkohoidot ja kotihoidonpalvelut. Potilaan hoitoa koskevia tietoja siirretään kuitenkin paperisena siihen hoitotahoon, missä niitä kulloinkin tarvitaan. Potilaasta koottujen terveystietojen tiedetään antavan tarvittavia lisätietoja laadukkaasti hoidon toteuttamiseen. Mahdollisuus käyttää kattavia potilastietoja eri hoitopaikoissa ja niiden yhdenmukainen siirtyminen eri organisaatioiden välillä helpottaisi potilaan hoidon suunnittelua ja jatkohoitoa sekä seurantaa. Tällä hetkellä lääkärit kommunikoivat keskenään hoidonpöytäkirjan mukaisesti, missä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon osat ovat siis hallinnollisesti erillään. Potilaan hoito on pirstoutunut, ajattelu on edelleen laitokeskeistä eikä potilaan

kokonaishoidosta tunnu mikään organisaatio ottavan vastuuta. Jos potilaan tilaa ei tunneta kokonaisuutena, vaan yksittäinen ongelmatilanne hoidetaan aina kerrallaan, on hoito varsin tehontota. Lähetee toimii edelleenkin lähes ainoana välineenä ja toimintatapana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kuitenkin potilaan hoitoon osallistuvat tahot kokevat tarvitsevana laadukkaana hoidon turvaamiseksi ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi potilaasta hyviä taustatietoja tehdyistä tutkimuksista, potilaan lääkityksestä, saaduista hoidoista sekä palveluista ynnä muista. Pelkkä lähetee tai hoitoyhteenveto viimeisimmästä hoitajaksosta ei riitä turvaamaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitopaikkojen yhtenäinen tietojärjestelmä toisi helpotusta myös lääkäreiden kokemaan kommunikaatio ongelmaan. (Paane-Tiainen 2013, 118-133.)

Kelan sydänkuntoutukseen valikoituu potilaat, kenelle terveydenhuollon tarjoama kuntoutus eivät ole olleet riittäviä. Sydänsairauden aiheuttaessa heille fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia rajoituksia tai kun he tarvitsevat monipuolista tukea työelämään palaamisen turvaamiseksi, on Kelan kuntoutus tarpeen terveydenhuollon kuntoutuksen lisäksi. Kelan kuntoutus ei korvaa terveydenhuollon omaa kuntoutusta. Ongelmia on huomattu olevan perusterveydenhuollossa potilaan kuntoutustarpeen arvioinnissa. Monien sydänpotilaiden kuntoutustarve jäi arvioimatta, joten myös lähetee Kelan kuntoutukseen jäi tekemättä. Potilaiden hakeutuminen näille kuntoutuskursseille on siis hyvin riippuvainen terveydenhuollon ammattilaisten tekemästä arvioinnista. Kelan järjestämistä sydänkursseista laaditaan aina kuntoutusseloste. Kuntoutujan suostumuksella seloste lähetetään hoitavalle lääkärille. Aina ei ole täsmällistä tietoa hoitavasta lääkäristä. Jos hoitavaa lääkäriä ei ole, mikään taho ei tiedä, eikä näin olen huolehdi potilaalle annetuista kirjallisista suosituksista ja niiden toteutumisesta tai tavoitteiden saavuttamisesta. Kuntoutuslaitoksessa tehdyt jatkosuositukset toteutuvat siis huonosti, koska tiedonkulku katkeaa.

Lääketieteelliset ongelmat terveydenhuollossa pyritään huolehtimaan mahdollisimman hyvin, mutta voimavarojen riittämättömyys ja tietojen katkeaminen estää kuntoutujien ongelmien kokonaisvaltaisen huomioimisen. Tiedonkulun ongelmat sairaalan ja terveyskeskusten välillä vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja luottamuksellista suhdetta hoitavaan tasoon on vaikea näin syntyä. Potilaat kokivat, että lääkärkontaktien puute terveyskeskuksessa on suurin ongelma kuntoutumisvaiheessa. Esimerkiksi reseptit uusitaan usein ilman, että lääkäri näkee itse potilasta. (Hämäläinen ym. 2007, 33-36.)

6 Tutkimuksen toteutus

6.1 Tutkimuksen lähtökohta ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla HUS Hyvinkään sairaalan ja Hyvinkään perusterveydenhuollon sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia palveluketjusta ja sen toimivuudesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää HUS Hyvinkään sairaalan ja Hyvinkään perusterveydenhuollon palveluketjua sydämen vajaatoimintapotilaille. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitoketjun kehittämisessä ja laadun parantamisessa sekä kehittää potilasohjausta ja siten edistää potilaan hyvinvointia.

Tutkimusongelmat

Minkälaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaille on hoitoon hakeutumisesta ?
Minkälaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaille on hoitajaksosta sairaalassa ?
Minkälaisia kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaille on jatkohoidosta ?

6.2 Tutkimusmenetelmä

Terveystieteiden tutkimuksessa tarvitaan tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista sekä ihmisten niille antamista merkityksistä. Hoitamisen ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan usein ihmisten omia kuvauksia. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote mahdollistaa tutkimusalueen ymmärtämistä perustuen tiedonantajien kokemuksiin. Uusien näkökulmien löytyminen tutkimuskohteesta on tuolloin myös mahdollista. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja, eli tässä tutkimuksessa sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksista Hyvinkään sairaalan palveluketjusta. (Kankkunen 2009, 57.)

6.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosasto 3 :lla hoidetaan sydän-, diabetes- ja hengityshalvaukspotilaita sekä veri- ja munuaissairauksia. Osaston tehtäviä ovat asiakaslähtöinen tutkimus ja sairaanhoito, terveyden edistäminen ja kuntoutus. (HUS 2006.)

Tutkimuksen kohderyhmään valikoitiin sisätautien vuodeosaston potilaskannasta ne, jotka olivat sairaalajaksolla hoidettavana 26.12.2012-4.1.2013. Tutkimukseen osallistuminen oli potilaille vapaaehtoista. Tutkimuksen aineiston keräämisen metodina käytiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Silloin keskityttiin pieneen määrään sydämen vajaatoi-

mintapotilaita ja pyrittiin analysoimaan tapauksia mahdollisimman perusteellisesti. Haastateltavia potilaita oli 8.

Opinnäytetyön alustettiin esittämällä kysymyksiä Hyvinkään sairaalan sydänosaston sairaanhoitajalle sekä sydänhoitajalle. He ovat mukana yhteisessä hankkeessa Hyvinkään sairaalan osalta. Vastauksista saatiin kuvan tämänhetkisestä sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketjusta Hyvinkään sairaanhoitopiirissä. Sydänosastonhoitajien taholta toivottiin myös hoitoketjun kehittämistä.

Sydämen vajaatoimintapotilaat hakeutuvat terveyskeskus päivystykseen oireiden pahentuessa tai saatuaan lähetteen päivystykseen. Päivystyksestä he siirtyvät joko osastolle tai sydänvalvontaan. Yleisimmät syyt sydämen vajaatoimintapotilaan osastohoidolle on nestelasti eli turvotuksena ilmenevä reilu painonnousu, hengenahdistus levossa sekä totaalinen uupumus. Sydämen vajaatoimintapotilaille tehdään erilaisia laboratoriotestejä, keuhkokuva eli thoraxröntgen, sydänfilmi eli EKG eli, sydämen ultraääni eli ECHO. Lisäksi päivittäin tehtäviä seurantakokeita ovat verenpaineen, pulssin, happisaturaation (veren happipitoisuus) ja lämmön mittaukset. Sydämen vajaatoimintapotilaan nestelastin purkuun annetaan mahdollisesti furesis-infuusio. Potilaille tehdään myös lääkehoidon tarkistus sekä tarvittaessa annetaan Cpap-hoitoa, joka perustuu jatkuvaan positiiviseen ilmanpainehoitoon. Potilasohjausta sairaalajakson aikana antaa sydänhoitaja, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan tietoisuutta omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, jotta sydämen vajaatoimintapotilas pärjäisi paremmin sairautensa kanssa kotona oireettomana.

Sydämen vajaatoimintapotilaan kotiuttamisen tekee lääkäri. Hoitajat käyvät potilaiden kanssa hoitoon liittyvät asiat uudestaan läpi. Näin varmistetaan annetun tiedon ymmärrys. Samalla annetaan jatkohoidosta vastaavan yhteystiedot. Tavoitteena on potilaan kotona pärjääminen saatujen ohjeiden avulla. Potilaan siirtyessä toiseen laitokseen annetaan mukaan hoitotyön yhteenveto, joka sisältää esitiedot, keskeiset hoitoon liittyvät tiedot sekä viimeisimmän hoitopäivän tiedot. Suurin osa sydämen vajaatoimintapotilaista siirtyy jatkoseurantaan avoterveydenhuoltoon.

Ohjeet annetaan sairaalan osastolta ja potilaat ottavat itse yhteyttä omalääkäriin. Esimerkiksi kardiomyopatian aiheuttamasta sydämen vajaatoiminnasta kärsivät potilaat ohjataan kardiologian poliklinikalle jatkoseurantaan. Jatkohoidon tavoitteena on saada potilaiden seuranta tiiviiksi perusterveydenhuollossa, esimerkiksi terveyskeskuksessa. Kysymyksiin vastanneet hoitajat nostivat esille sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen haasteet. Potilaiden motivoiminen ja sitouttaminen omahoitoon olivat kotiutumisen lisäksi suurimpia haasteita. Mahdollisen tukiverkoston puuttuminen ja sen kasaaminen lyhyessä ajassa tuovat lisää haasteita myös avoterveydenhuoltoon. Sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketjun kehittämisessä olisi hyvä huomioida yksilöllisen ohjauksen kehittämistä, esimerkiksi sitä, kuinka tarkan ohja-

uksen potilaat haluavat ja muistavat. Henkilökunnan keskuudessa mietittiin, millä tavoin he saavat sydämen vajaatoimintapotilaat esille muusta potilasaineksestä ohjattavakseen. (sähköposti 9.8.2012.)

Opinnäytetyssä käytettävä aineisto sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksista palveluketjusta kerättiin etukäteen valituilta potilailta haastattelemalla. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Tuomi, Sarajärvi. 2009, 75.) Teemahaastattelussa aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samat, mutta teemojen käsittelyjärjestys ja syvyys vaihtelee hieman. Teemahaastattelu antaa vuorovaikutustilanteelle suuremman vallan ohjata haastattelutilanteen kulkua kuin tarkkaan etukäteen määritetty lomakehaastattelu. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tyypillistä haastattelulle on, että se toteutetaan yksilöhaastatteluna ja se perustuu vuorovaikutukseen. Tämä mahdollistaa haastateltavien omien kokemusten vapaan kerronnan. (Hirsijärvi, Hurme 2001, 47-48.) Tutkimuksen aineisto oli koossa sen jälkeen kun kohderyhmän haastattelut olivat tehty.

Haastattelut tehtiin Hyvinkään sairaalan sisätautiosasto 3:n neuvotteluhuoneessa. Osastolla työskentelevä sairaanhoitaja oli etukäteen valinnut haastateltavat sydämenvajaatoimintapotilaat ja kysynyt heiltä luvan. Valintaan vaikuttavia tekijöitä olivat ensisijaisesti se, että potilaat olivat sydämenvaajatoiminnan takia osastolla hoidossa sekä se, että heillä ei ole kognitiivisiin tai tiedollisiin taitoihin vaikuttavia sairauksia kuten muistisairautta. Haastattelutilanne tehtiin rauhalliseksi valitsemalla huone, jossa ei ole häiriötekijöitä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jolloin vapaaseen keskusteluun jäi aikaa.

Haastattelun aluksi tiedonantajille kerrottiin haastattelun tarkoitus, anonymisuoja sekä haastattelun kesto. Haastattelun kestoksi arvioitu 30min toteutui. Tiedonantajat etenivät oman kerronnan tahdissa kertoen heille merkityksellisiä asioita. Tutkimustehtävinä olleet kysymykset eivät kaikkien osalla olleet merkityksellisiä, joten tulosten tarkastelussa on mukana tutkimustehtävien kolme pääluokkaa joihin on sisällytetty tarkentavat tutkimustehtävät.

Tutkimus toteutettiin autenttisessa tilanteessa potilaan sairaalajakson aikana, osaston tiloissa. Tämä lisää tilanteen luonnollisuutta, joka on yksi kvalitatiivisen tutkimusmetodin tunnuspiirteistä. Teemahaastattelun tekeminen potilaan kanssa kasvotusten huomioi tutkimuksen yksilöllisyyden. Yksilöhaastattelu mahdollistaa potilaan vapaan kerronnan esimerkiksi hoitoon liittyvistä toiveista. Tutkimuksen dynaamisuus on nähtävissä tutkimuksen edetessä. Tutkimus-

tehtävät täsmentyivät yksityiskohtaisemmiksi tutkimusprosessin edetessä. Tiedonantajien haastattelut toteutettiin lyhyellä ajanjaksolla. Otos kuvaakin sydämen vajaatoimintapotilaiden tämän hetkistä kokemusta palveluketjusta. Tutkimuksesta saatu tieto on hyvin hyödynnettävissä Hyvinkään sairaalan tulevassa kehittämishankkeessa. (Kankkunen 2009, 49-52.)

6.4 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä käytetään usein sisällönanalyysia. Sen tavoitteena on ilmiön tiivis esittäminen. Sisällönanalyysi on jaoteltu kolmeen eri käsitteeseen, induktiiviseen eli aineistolähtöiseen, deduktiiviseen eli teorialähtöiseen sekä abduktiiviseen joka on Induktiivisen ja deduktiivisen yhdistelmä eli teoriasidonnainen. (Kankkunen 2009, 49-52.) Induktiivista tutkimusta tehtäessä pääpaino on aineistossa eikä lähtökohtana ole teorian testaaminen, myöskään tutkija ei päätä sitä mikä on tärkeää. Deduktiivista tutkimusta tehtäessä analyysi perustuu teoriaan joka on jo olemassa, tarkoituksena on usein olemassa olevan teorian testaaminen toisessa yhteydessä. Abduktiivisessa tutkimuksessa analyysi ei perustu suoraan teoriaan vaan päättely lähtee aineistosta, jonka tueksi etsitään teoriasta vahvistusta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka on toimiva laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyrittiin löytämään tyypillisen kertomuksen tutkimusaineistosta. Tavoitteena oli kuvailla haastateltavien vastauksia teemoittain. Haastattelujen purkamisen jälkeen vastaukset järjestettiin teemoittain niin, että jokaisen teeman alla oli kaikkien haastateltavien vastaukset tähän teemaan.

Tämän jälkeen tutkimusaineisto pelkistettiin karsimalla, tiivistämällä sekä pilkkomalla tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto pois ja säilyttämällä tutkimuksen kannalta oleellinen aineisto. Tutkimusaineisto lokeroitiin selkeiksi kokonaisuuksiksi.

Näistä muodostui tutkimuksen käsitteitä, luokitteluja ja hoitopolun haasteiden käsittekartta, jota Hyvinkään sairaala voi hyödyntää sydämen vajaatoimintapotilaiden palveluketjujen toimivuuden kehittämishankkeessa. (Vilkkä 2005, 140.)

Haastatteluaineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasanaisesti, jonka jälkeen aineisto pelkistettiin jättämällä pois epäolennainen materiaali. Alkuperäislausumat kirjoitettiin paperille jonka jälkeen etsittiin samankaltaisia ja erilaisia asioita. Seuraavassa on esimerkki aineiston pelkistämisestä joista on tehty alaluokan jälkeen yläluokka.

Taulukko 4 : Aineiston pelkistäminen

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<p>Hoitoon hakeutuminen on ollut aina helppoa, sinne vaan on mennyt.</p> <p>Tehdyt tutkimukset todensivat tilanteen, ettei se ole keuhkoissa vaan sydäimestä se johtuu.</p> <p>Ei muista kaikkia ohjeita kun pääsee kotiin, ohjeet tahtovat vaan unohtua, kun hyvä aika tulee ja ei tarvitse lääkäreitä.</p> <p>Hyvin täällä hoidetaan, kädestä pitäen neuvotaan.</p> <p>Jatkohoidossa annetaan määräyksiä ja elämäntapaohjeita, ruokailuista ja juomisesta, nekin on unohtunut.</p> <p>Olisi kiva jos olisi joku jolle soittaa, kun tulee kysyttävää sairaudestaan, ettei tarvitsisi yksin miettiä, ja aina odottaa että oireet pahentuvat.</p>	<p>Hakeutuminen hoitoon on helppoa.</p> <p>Tutkimustulokset kertoivat tilanteen johtuvan sydäimestä.</p> <p>Ohjeet unohtuvat sairauden ollessa hoitotasapainossa.</p> <p>Hoito ja ohjaus on hyvää.</p> <p>Jatkohoitoon liittyvät elämäntapa ohjeiden unohtaminen.</p> <p>Jatkohoitoon liittyvän tuen ja, ohjauksen puutteellisuus.</p>

Taulukko 5 : Alaluokkien muodostaminen

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Hakeutuminen hoitoon on helppoa.	Hoitoon hakeutuminen
Tutkimus tulokset kertoivat tilanteen johtuvan sydäimestä.	Tutkimusten tarpeellisuus
Ohjeet unohtuvat sairauden ollessa hoitotasapainossa.	Ohjeiden unohtuminen

Hoito ja ohjaus on hyvää.	Hyvä hoito
Jatkohoitoon liittyvät elämäntapa ohjeiden unohtaminen.	Jatkohoito ohjeiden unohtaminen
Jatkohoitoon liittyvän tuen ja, ohjauksen puutteellisuus.	Jatkohoidon puutteellisuus

Taulukko 6 : Yläluokan Muodostaminen

Alaluokka	Yläluokka
Hoitoon hakeutuminen	Hoidon aloitus
Tutkimusten tarpeellisuus Ohjeiden unohtuminen Hyvä hoito	Hoitojakso
Jatkohoito ohjeiden unohtaminen Jatkohoidon puutteellisuus	Jatkohoito

7 Tulokset

Seuraavaksi tarkastellaan tutkimustuloksia jotka muodostuivat sydämen vajaatoimintapotilaiden haastatteluista.

7.1 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoitoon hakeutumisesta

Tutkimuksen tarkoituksena hoitoon hakeutumisessa oli tarkoitus selvittää, mitä sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat tullessaan joko terveyskeskuspäivystykseen tai suoraan sairaalapäivystykseen.

Haastatteluista selvisi, että potilaat toivovat tietoa aikatauluista ja sairautensa tilasta. Tiedonantajat toivoivat hoitajan kertovan potilaalle hänen hoidostaan oma-aloitteisesti. Haastattelut osoittivat, että päivystyksen kiire vaikuttaa potilaan olotilaan negatiivisesti. Haastatteluissa esiintyi potilaiden toive, jossa potilaille kerrottaisiin lääkärin vastaanotolle tarkempi aikataulu ja hoitohenkilökunnan läsnäoloa ja tukea odotettiin.

”Niil näkyy olevan hirveesti hommii siellä, ne menee hulluna ja sit kukaan ei tuu sanomaan, et kestää kolme tuntii tai sit mä luulen et kestää noin tunnin et mitä teille kuuluu, kato ku sinne ei tuoda ruokaa, ei juomaa, ei mitää. Se on tosi pirullinen paikka maata siellä. Ku mistään ei tiedä mitään, ei tiedä kuka tulee milloin ja tuleeks lääkäri vaik eiks tuu, saaks mä syödä vai en ja se on inhottavaa. Siel vois olla joku joka kävis aina välillä sanomassa jotain vaik mitä teille kuuluu.”

”Mul on keuhkohtautumatauti ja mä luulin et sen takia tuln tänne mutta mulla onkin tää sydämenvajaatoiminta.”

7.2 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoitajaksosta

Henkilökunnan myönteinen asenne nousi esiin haastatteluissa. Tiedonantajat kertoivat, että osastonhoitohenkilökunnan toiminta on ollut ensiluokkaista ja ammattitaitoista. Tiedonantajien kerronnassa nousi esiin myös, että hoitajan oma asenne työtään kohtaan näkyy potilaille sanattoman viestinnän kautta.

” Hirveen hyvii hoitajii on kaikki, hirveen ystävällisii ja myötäeläjiä ja sellasii. Mä ihmettelen suorastaan et miten ne on sellasii. Hirveen hyvä arvosana siintä. Kaikki on hyväntuulisia ja auttavaisia, ja just niiku tekee sen sillai et sä olisit niinku ainoo vaik tääll on aika paljo”

”Ne tulee siihen sängyn viereen sillei et niiku sä oisit se erikoistapaus jolle tuodaan joku juttu, silloinku on kipee ni silloin se on aika hyvä juttu”

7.3 Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia jatkohoidosta.

Haastatteluissa nousi esiin potilaiden toiveet jatkohoidosta, joissa potilaat toivovat mahdollisuutta olla yhteydessä omaan sairauteensa koskien nimetyille hoitajalle.

Sydämen vajaatoiminnan ollessa tasapainossa, tiedonantajat kokivat elämänlaadun olevan kohtalainen tai hyvä, mutta oireiden pahentuessa he kokivat osaamattomuutta toimia oikein. Tällöin potilaat kokivat tarvetta tietoon mihin tahoon ottaa yhteyttä. Heillä oli tieto siitä, että tarvittaessa otetaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen, mutta ei tietoa toimiiko omalla terveyskeskuksella erityistyöntekijää juuri sydämen sairauksiin liittyen eikä myöskään nimettyä työntekijää. Tiedonantajat kertoivat arastelevan yhteydenottoa lääkäriin tai hoitajiin ohjausta tarvittaessa tai halutessaan varmistaa saatuja ohjeita.

”Ei mulle oo nyt mitään jatkohoitoa luvassa, mä oon kyselly sitä mut ei ilmeisesti. normaalit kerran vuodessa ultra et sillai. On se sellasta onntoa, ku ei tiedä mitä täss nyt tapahtuu.”

”Mä ainakaan tiedä et mitä mä edes kysyisin, ku se on niin uus asia.”

8 Pohdinta

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla HUS Hyvinkään sairaalan sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta, palveluketjusta ja sen toimivuudesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää HUS Hyvinkään sairaalan ja Hyvinkään perusterveydenhuollon palveluketjua sydämen vajaatoimintapotilaille. Tutkimuksen tulokset toimitetaan tutkimusluvan myöntäneelle.

Tutkimusta varten valikoitiin kohderyhmäksi sisätautien vuodeosaston potilaskannasta ne, jotka olivat sairaalajaksolla hoidettavana 26.12.2012-4.1.2013 välisenä aikana ja sairastivat sydämen vajaatoimintaa. Tiedonantajien valintaan vaikutti myös potilaan muut sairaudet kuten mahdollinen muistisairaus. Tutkimustulosten luotettavuuden takaamiseksi tiedonantajilla ei saanut olla todettua muistisairautta. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa tilassa, Hyvinkään sairaalan sisätautiosasto 3:n neuvotteluhuoneessa. Teemahaastattelun tekeminen kasvotusten lisäsi haastattelun syväluoteisuutta ja tiedonantajat kokivat tilanteen miellyttäväksi. Tutkimuslupaa (liite 5) anottiin Hyvinkään sairaalanhoitoalueen johtavalta lääkäriltä Asko

Saarelta. Lupa myönnettiin 26.10.2012. Tutkimusluvan lisäksi allekirjoitimme salassapitovollisuuslomakkeen (liite 4). Tällä varmistetaan, että opinnäytetyön tekijät käyttävät tietoonsa saavat asiat vain tutkimustarpeisiin. Teemahaastattelun vastaukset kultakin kahdeksalta potilaalta myös hävitettiin heti käytön jälkeen, eikä niitä voida enää käyttää missään yhteyksissä. Tutkimukseen osallistuminen oli tiedonantajille vapaaehtoista. Haastatteluun osallistuville myös kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuus ja ettei tutkimustuloksista voida päätellä yksittäisen potilaan vastauksista henkilöllisyyttä.

Opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, jolloin tuloksia luettaessa ja käsiteltäessä saatiin kahden eri henkilön näkemys sisällönanalyysin eri vaiheissa. Näin toimimalla taattiin opinnäytetyössä kriittisyys ja objektiivisuus yläluokkien valinnassa. Yksittäisten kommenttien käytössä oli tärkeää ettei potilaan henkilöllisyys tule mitenkään esille. Huolellisuus lähdemerkintöjen merkitsemisessä varmistaa sen, että tutkimuksessa käytetty teoria on edelleen jäljitettävissä ja lukija voi aina halutessaan etsiä lähteenä käytetyn kirjallisuuden.

Kroonisesta sydämen vajaatoiminnasta löytyi paljon tuoretta tutkittua tietoa erityisesti sairauden lääkinnällisestä hoidosta ja omahoidosta. Tätä teoriatietoa käytettiin kysymysten laatimisen taustalla. Potilaille tehtävän teemahaastattelun taustan kartoittamiseksi tehtiin osastolla työskenteleville sairaanhoitajille pieni kysymyslomake (liite 3), joka lähetettiin sähköpostitse Hyvinkään sairaalassa työskentelevälle sydänhoitajalle.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Teemahaastattelurunko muodostuu kolmesta (3) pääkysymyksestä ja useasta tarkentavasta kysymyksestä. Pääkysymykset olivat : 1. Minkälaisia kokemuksia Teillä on hoitoon hakeutumisesta, koskien sydämen vajaatoimintaa? 2. Minkälaisia kokemuksia Teillä on hoitojaksosta sairaalassa ? 3. Minkälaisia kokemuksia Teillä on jatkohoidosta ?

Kysymykseen minkälaisia kokemuksia Teillä on hoitoon hakeutumisesta, koskien sydämen vajaatoimintaa selvisi, että tiedonantajat toivovat hoitajan kertovan potilaalle hänen hoidostaan oma-aloitteisesti, tietoa aikatauluista ja heidän sairautensa tilasta.

Kaikilla tiedonantajilla oli yhteinen kokemus siitä, että päivystyksen kiireinen ilmapiiri vaikutti potilaan olotilaan negatiivisesti. Haastatteluissa esiintyi potilaiden toive hoitohenkilökunnan läsnäolosta.

Kysymykseen minkälaisia kokemuksia Teillä on hoitojaksosta sairaalassa, tiedonantajat korostivat mielipidettään henkilökunnan myönteisestä asenteesta potilaita kohtaan. Haastattelun vastauksissa korostui osaston hoitohenkilökunnan toiminta, jota pidettiin ensiluokkaisena ja hoitajien positiivinen asenne työhön nähtiin erittäin hyvänä asiana.

Kysymyksessä minkälaisia kokemuksia Teillä on jatkohoidosta, nousi esille eniten tehostamisen varaa. Tiedonantajat kokivat tarvetta nimetyille sairaanhoitajalle, jolta voisi tarvittaessa tarkistaa jatkohoitoon liittyviä asioita ja saada lisää omahoitoon liittyvää ohjausta. Kroonista sydämen vajaatoiminta oireistoa potevat ovat usein iäkkäitä ihmisiä, joilla on lisäksi monia muita perussairauksia, jotka vaikeuttavat itsehoidon asianmukaista toteuttamista. Näin saattaa olla jos potilas sairastaa esimerkiksi muistisairautta. Omahoidon hyvään toteutumiseen tarvitaan systemaattinen terveydenhuollon tuki, johon kuuluu tärkeänä osana potilaan omaiset tukemaan itsehoitoa. Jatkohoitoa suunniteltaessa ammattihenkilöstön tulisi ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon myös potilaan omaiset, jotka tukevat potilaan itsehoidon toteutumista ja neuvoa heitä tarvittaessa ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon, jos oireet pahenevat tai he ovat epävarmoja hoidon tehosta (Hotus 2011.) Sairaanhoitajien vastausten perusteella (liite3) juuri tämä asia koetaan haastavaksi henkilökunnan taholta. Haasteeksi koettiin myös potilaan omaisista tukiverkoston kokoaminen siinä lyhyessä ajassa, jonka potilas on osastolla. Ongelmana nähtiin myös se, jos potilaalla ei ole omaisista muodostuvaa tukiverkosta olemassa.

8.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen

Opinnäytetyön ajankohtaisuus ja työelämälähtöisyys oli tärkeää aiheen valinnassa. Sydänterveysteen ja hoidon tarpeeseen vaikuttaa Suomessa oleellisesti väestön ikääntyminen, joka on nopeampaa kuin useimmissa muissa maissa. Lähitulevaisuudessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintatavat joutuvat ikärakenteen muutoksen takia suuren haasteen eteen, sillä monet terveydenhuollon nykyisistä palveluketjuista on kehitetty palvelemaan erilaisissa olosuhteissa. Terveydenhuollon toimintatapojen kehittämällä voidaan turvata potilaan oikeus saada laadukasta ja oikea-aikaista hoitoa. (Parjanne 2004, 13-14.)

Hyvinkään sairaalan sisätautien osaston henkilökunta on aidon kiinnostunut kehittämään työtään. Teemahaastattelurungon suunnittelussa tukea annettiin osaston henkilökunnan taholta runsaasti. Opinnäytetyön edetessä havainto siitä, että henkilöstön itse kokemat haasteet työssään kulminoituivat yhteen potilaiden kokemien ongelmien kanssa oli tärkeä. Opinnäytetyön tarpeellisuus todistettiin kahden eri näkökannan kautta. Teemahaastattelun toteuttaminen oli hyvin opettavainen kokemus. Hienointa oli huomata tiedonantajien avoimuus ja heidän halu olla mukana kehittämishankkeessa. Haastattelujen tekeminen lisäsi ymmärrystä potilaiden kokemusmaailmasta ja pitkäaikaissairaudesta omahoidosta. Yksittäisen potilaan näkökulmien ymmärtäminen syvensi käsitystä potilaan asemasta palvelujen käyttäjänä. Potilas palveluketjussa avautui aivan uudesta näkökulmasta. Se, miten toimiva järjestelmä on ikään-

tyneen pitkäaikaissairaahan potilaan tukena juuri erikois-sairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, merkitsee potilaan kykyyn huolehtia omahoidosta hyvin. Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna palveluketjun toimivuutta voidaan mitata taloudellisesta näkökulmasta. Ymmärrys kasvoi myös potilaan omaisten ja läheisten merkityksestä suuresti. Potilaan tukiverkoston luomisella on todella merkitystä omahoidon toteutumisen kannalta. Oli ilo huomata, että sairaanhoitajat tekevät työtään potilaiden parasta ajatellen ja potilaslähtöisesti. Henkilöstön asiantuntijuus on osastolla suurta.

Sisällönanalyysin käytön oppimisessa oli omat haasteensa. Vaikka analyysin tekeminen oli pääpiirteittäin ymmärretty, sen käytännön toteutus osoittautuikin odotettua hankalammaksi. Erinäisten kompastumisien jälkeen, sisällönanalyysin käytön oppiminen hyödyttää varmasti meitä tulevaisuudessa. Haastattelujen jälkeen huomattiin, että kysymyksiä olisi ehkä voinut laajentaa ja painottaa juuri sairaalajaksolta kotiutumisen ajankohtaan ja jatkohoitoon. Tutkimus osoittikin kehittämistarpeiden painottuvan organisaatiovaihdoksen yhteyteen. Palveluketjun kehittäminen jatkossakin innostaisi meitä.

8.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet

Toimivan systemaattisen jatkohoidon järjestäminen avoterveydenhuollossa ja joustavan yhteyden erikoissairaalan puolelle on tulevaisuuden haasteena kunnissamme. Tekemässämme haastattelututkimuksessa nousi tiedonantajien kokemuksissa puutteita juuri jatkohoidon suhteen. Omahoito ja sairauden seuranta omatoimisesti koettiin hankalaksi. Sairaalajakson aikana saatu ohjaus unohtui helposti ja saadut paperit hävisivät, jolloin niihin palaaminen oli mahdotonta. Haastattelussa tiedonantajat kokivatkin raskaaksi juuri oireiden pahenemisvaiheet ja uudestaan sairaalajaksolle joutumiset. Vajaatoiminnan ollessa tasapainossa, tiedonantajat kokivat elämänlaadun olevan kohtalainen tai hyvä, mutta oireiden tilapäisesti pahentuessa tiedonantajat kokivat selkeää osaamattomuutta toimia oikein.

Potilaat kokivat tarvetta selkeään tietoon, mihin tahoon ottaa yhteyttä erikoistilanteissa. Heillä oli tieto siitä, että tarvittaessa otetaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen joko lääkärille tai sairaanhoitajille, mutta ei tietoa toimiiko omalla terveyskeskuksella erityistyöntekijää juuri sydämen sairauksiin liittyen. Potilaat arastelivat ottaa yhteyttä lääkäriin tai hoitajiin ohjausta tarvittaessa. Olisikin ensiarvoisen tärkeää koota Terveyskeskusten sydänhoitajien/sairaanhoitajien yhteystiedot yhdelle lomakkeelle, josta jatkohoitosuunnitelmaa tehdessä olisi sairaanhoitajien helppo etsiä yhteystiedot potilaille ennen sairaalajakson päättymistä.

Yhtenäinen potilastietojärjestelmä toisi selkeyttä potilaan kokonaisuhoitoon. Näin kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla tahoilla olisi käytettävissä kattavat potilastiedot taustatekijöineen,

perussairauksineen, suunnitelmiseen, kotihoitopalveluihin ja tehtyihin tutkimuksiin ja hoitoihin. Hoitotahojen vaihtuessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon olisi tärkeää pysyä käyttämään tutkimustuloksia sairaalahoitoon johtavista taustatekijöistä. Pelkkä loppuyhteenveto saadusta hoidosta ei riitä hyvän kokonaisvaltaisen jatkohoidon järjestämiseen.

Tällä hetkellä lääkärit kommunikoivat keskenään hoidonporrastuksen mukaisesti, missä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat siis hallinnollisesti erillään. Potilaat kokevat, että hoito on pirstoutunut. Potilaan kokonaisuudesta ei tunnu mikään organisaatio ottavan vastuuta. Jos potilasta ei hoideta kokonaisuutena, vaan yksittäinen ongelmatilanne kerrallaan, on hoito varsin tehotonta. Lähetä sekä loppuyhteenveto hoitojaksosta toimii edelleenkin lähes ainoana välineenä ja toimintatapana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kuitenkin potilaan hoitoon osallistuvat tahot kokevat tarvitsevänsä laadukkaana hoidon turvaamiseksi ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi potilaasta hyviä taustatietoja tehdyistä tutkimuksista, potilaan lääkityksistä, saaduista hoidoista sekä palveluista ynnä muista. Hoitopaikkojen yhtenäinen tietojärjestelmä toisi helpotusta myös lääkäreiden kokemaan kommunikaatio ongelmaan. Joustava yhteys erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhoidon välillä lisäisi hoidon kokonaisuuden hahmottamista. (Paane-Tiainen 2013, 118-133.)

Tänä päivänä yksityiset henkilöt kykenevät hoitamaan pankkitunnuksillaan monia eri asioita suojatusti ja luotettavasti. Veroasiat, pankkiasiat, Kelan palvelut, ajanvaraukset hammashoitoloihin ja yksityisiin lääkärikeskuksiin ja moneen muuhun tahoon onnistuu turvallisesti yksityishenkilöiltä. Vaikka yhtenäistä potilasjärjestelmää ei saataisi järjestettyä esimerkiksi HUS Hyvinkään sairaalan alueelle, olisi tarpeellista kehittää jonkinlainen järjestelmä, missä potilaan hoitoa järjestävät tahot voisivat päästä toistensa potilastietojärjestelmään erilaisin varmentamissysteemien avulla.

Tällaisen systeemin luomisessa tulisi erityisesti huomioida, että vain ne, joilla on selkeä hoitosuhde potilaaseen, voisivat käyttää varmennuksen jälkeen toisen potilastietojärjestelmän tietoja juuri ja ainoastaan hoidossa olevasta potilaasta. Ehkä myös konsultointi puolin ja toisin helpottuisi ja kynnyks käyttä toisen tahon erikoisasiantuntijuutta niin avoterveydenhuollon puolelta kuin erikoissairaanhoidon puolelta madaltuisi. Tämänkaltaiseen kehittämishankkeeseen olisi hienoa päästä mukaan.

Lähteet

Britz, J. & Dunn, K. 2010. Self-care and quality of life among patients with heart failure. Oakland University. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22, (9), 480.

ETENE. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Viitattu 7.8.2012.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Garina, N., Carballoa, S., Gerstela, E., Lerchc, R., Meyerc, P., Zare, M. & Zawodnikd, A. 2012. Inclusion into a heart failure critical pathway reduces the risk of death or readmission after hospital discharge. European Journal of Internal Medicine. 23, 8. Viitattu 28.1.2013.

Heliö, T., Olkinuora, J., Lehtonen, L., Lommi, J. & Nieminen, M. 2003. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnosointi ja hoito. Suomen lääkärilehti. 2003, 58, 30-32. Viitattu 25.7.2012

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

HUS-Helsinki. 2000. Terveysportti. Viitattu 20.8.2012.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=syd%C3%A4men%20vajaatoiminta%20potilaan%20hoitopolku

Hämäinen, H. & Röberg, M. 2007. Sosiaali ja terveysturvan tutkimus 88. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Iivainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Helsinki: Tammi.

Iivainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. 1-2. painos. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy.

Kansanterveyslaitos 2008. Viitattu 22.8.2012.

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02_2.pdf

Kempainen, V., Kiema, M. & Kvist, T. 2011. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä - Hoitotyön suositus. Viitattu 29.8.2012.

http://www.hotus.fi/system/files/Sydamen_vajaatoimintapotilaan_omahoito_SUM.pdf

Kiema, M., Ihanus, S., Meinilä, L., Surakka, O., Heikkilä, J., & Hänninen, A. 2010. Sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen tavoitteet ja sisältö. Viitattu 2.8.2012.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sydämen%20vajaatoimintapotilaan%20ohjaus.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Bookwell.

Lommi, J. 2009. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Terveysportti. Viitattu 24.1.2013.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Lommi%20J.%20Syd%C3%A4men%20krooninen%20vajaatoiminta.

Mustajoki, P. 2012. Sydämen vajaatoiminta. Terveysportti. Viitattu 24.1.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.

Paane-Tiainen, T. 2013. Murtuuko muuri. Lääkäriverkko pyrkimyksenä muuttaa alueellista yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteiden laitos. Väitöskirja.

Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnon aloilla. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. Viitattu 25.1.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4075.pdf

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Helsinki: Yliopistopaino.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.9.2012.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salomaa, V. 2006. Sydänsairaudet yleisempiä kuin koskaan - riskitekijät painottuvat alempiin sosiaaliryhmiin. Viitattu 23.8.2012.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/syda nsairaudet_yleisempia_kuin_koskaan___riskitekijat_painottuvat_alempiin_sosiaaliryhmiin/

Shepherd, A. 2011. Nutritional care for people with heart failure. *Nursing & Residential care* 13, (4), 178.

Siirilä - Waris, K., Harjola, V-P., Melin, J., Nieminen, M., Peuhkurinen, K. & FINN-AKVA tutkimusryhmä. 2005. Akuutti sydämen vajaatoiminta Suomessa monikeskustutkimuksen valossa. *Suomen Lääkärilehti* 60, 41. Viitattu 27.1.2013.

Smeulders, E., Van Haastregt, J., Ambergen, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boune, J., Gorgels, A., Stoffers, A., Lodewijks-van der Bolt, H., van Eijk, C., Kempen, J., Gertrudis, I. 2010. Nurse-led self-management group programme for patient with congestive heart failure. *Journal of advanced Nursing*, 66,(7), 1487-1499.

Smith, D, 2012. Development of an end-of-life care pathway for patients with advanced heart failure in a community setting. *International Journal of Palliative Nursing* 18, (6), 295-297.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wang, T-S., Lee, S-C., Tsay, S-L. & Tung, H-H. 2010. Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *Journal of Advanced Nursing*, 66, (8), 1730-1740.

While, A. & Kiek, F. 2009. Chronic heart failure promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing* 14, (2), 54-58.

Taulukot

TUTKIMUS	miksi/mikä	mitä selviää
EKG	Sydänfilmistä etsitään eteis- ja kammiokuormituksen sekä vajaatoimintaan viittaavia löydöksiä.	Sydänfilmi on sydämen vajaatoiminnan yhteydessä lähes aina jotenkin poikkeava.
Na, K, Krea	Nestetasapainon seuranta elektrolyytit	Veren suola-arvot ovat tärkeitä sydän sairauksissa
ASAT; ALAT; AFOS	Maksaentsyymit	
TVK	Täydellinen verenkuva	hemoglobiini (B-Hb), hematokriitti (B- Hkr), erytrosyytit, punasolut (B-Ery), leukosyytit, valkosolut (B-Leuk), punasolujen hemoglobiinin massa (E-MCH), massakonsentraatio (E-MCHC), keskitilavuus (E-MCV), valkosolujen erittelylaskenta (B-Diffi) ja verihiutaleet (B-Tromb)
fp-Gluk	Verensokeri	Glukoosipitoisuuden arvo verestä
THX	Keuhkoverekkyiden arviointi, pleuranesteen määrä ja nesteen tihkuminen verenkierron ulkopuolelle.	Keuhkojenverisuonikuviointus on vajaatoiminnassa korostunut

Taulukko 1: Sydämen vajaatoiminnan diagnoosissa auttavia tutkimuksia, lähde: Lommi 2009. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Terveysportti.

Luokka	Oireet
NYHA I	Suorituskyky ei ole merkittävästi heikentynyt. Tavallisessa arkiliikunnassa ei ilmene hengenahdistusta tai väsymystä.
NYHA II	Suorituskyky on rajoittunut, ja tavanomainen arkiliikunta sekä rasitus aiheuttavat hengenahdistusta ja väsymystä
NYHA III	Suorituskyky on rajoittunut merkittävästi. Tavallista vähempi liikunta aiheuttaa hengenahdistusta ja väsymystä.
NYHA IV	Kaikki fyysinen aktiviteetti aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

Taulukko 2: NYHA New York Heart Association, lähde: Lommi 2009. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Terveysportti.

Lääkeaineryhmä	kenelle	tarkoitus	seuranta
ACE:n estäjät	Ensisijaisesti vasemman kammion systolisen toiminnan heikentymisen	Parantaa pumppaustoimintaa ja siten sairauden ennustetta	RR, P-K, P-Na ja P-Krea. Ennen aloitusta, n.2 vkn kulttua sekä ylläpitoannoksen saavuttamisen jälkeen
Angiotensiinireseptorin (AT2) salpaajat	Vasemman kammion systolisessa toimintahäiriössä	Parantaa pumppaustoimintaa, sairauden etenemisen hidastuminen ja sydämen työn keveneminen	
Diureetit	Ylimääräisen nesteen kertyminen	Virtsan erityksen lisääminen, hengitysoireiden helpottuminen, turvotuksen väheneminen	P-K, P-Na ja P-Krea ennen lääkityksen aloitusta ja vkn kuluttua aloituksesta. Paino sekä P-Gluk
Beetasalpaajat	suositellaan NYHA 2-4 luokkiin kuuluille. Kohtalainen tai vaikea sydämen vajaatoiminta.	Sydänlihaksen hapentarpeen väheneminen. Sydämen työn keveneminen. Sairauden etenemisen estäminen. Oireiden ja ennusteen paraneminen.	RR+P
Digoksiini	Eteisvärinä sekä oireita aiheuttava sydämen vajaatoiminta	Kammiorytmin hidastuminen	P-K, P-Krea ja tarvittaessa S-Digoks

Taulukko 3: Ennustetta parantava lääkehoito, lähde: Lommi 2009. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Terveysportti.

--	--

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<p>Hoitoon hakeutuminen on ollut aina helppoa, sinne vaan on mennyt.</p> <p>Tehdyt tutkimukset todensivat tilanteen, ettei se ole keuhkoissa vaan sydämestä se johtuu.</p> <p>Ei muista kaikkia ohjeita kun pääsee kotiin, ohjeet tahtovat vaan unohtua, kun hyvä aika tulee ja ei tarvitse lääkäriä.</p> <p>Hyvin täällä hoidetaan, kädestä pitäen neuvotaan.</p> <p>Jatkohoidossa annetaan määräyksiä ja elämäntapaohjeita, ruokailuista ja juomisesta, nekin on unohtunut.</p> <p>Olisi kiva jos olisi joku jolle soittaa, kun tulee kysyttävää sairaudestaan, ettei tarvitsisi yksin miettiä, ja aina odottaa että oireet pahentuvat.</p>	<p>Hakeutuminen hoitoon on helppoa.</p> <p>Tutkimustulokset kertoivat tilanteen johtuvan sydämestä.</p> <p>Ohjeet unohtuvat sairauden ollessa hoitotasapainossa.</p> <p>Hoito ja ohjaus on hyvää.</p> <p>Jatkohoitoon liittyvät elämäntapa ohjeiden unohtaminen.</p> <p>Jatkohoitoon liittyvän tuen ja, ohjauksen puutteellisuus.</p>

Taulukko 4 : Aineiston pelkistäminen

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Hakeutuminen hoitoon on helppoa.	Hoitoon hakeutuminen
Tutkimus tulokset kertoivat tilanteen johtuvan sydämestä.	Tutkimusten tarpeellisuus
Ohjeet unohtuvat sairauden ollessa hoitotasapainossa.	Ohjeiden unohtuminen
Hoito ja ohjaus on hyvää.	Hyvä hoito
Jatkohoitoon liittyvät elämäntapa ohjeiden unohtaminen. Jatkohoitoon liittyvän tuen ja, ohjauksen puutteellisuus.	Jatkohoito ohjeiden unohtaminen Jatkohoidon puutteellisuus

Taulukko 5 : Alaluokkien muodostaminen

Alaluokka	Yläluokka
Hoitoon hakeutuminen	Hoidon aloitus
Tutkimusten tarpeellisuus Ohjeiden unohtuminen Hyvä hoito	Hoitojakso
Jatkohoito ohjeiden unohtaminen Jatkohoidon puutteellisuus	Jatkohoito

Taulukko 6 : Yläluokan Muodostaminen

Liitteet

Liite 1 :Teemahaastattelurunko.....	45
Liite 2: Sähköposti sairaanhoitajille	46
Liite 3: Kysymyksiä osastolla työskenteleville hoitajalle	47
Liite 4 :Henkilön vaitiolo/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus	48
Liite 5 : Tutkimuslupahakemus.....	49

Liite 1 :Teemahaastattelurunko

Kokemukset sydämen vajaatoimintapotilailla hoitoon hakeutumisesta

- oireista
- tutkimuksista ja toimenpiteistä
- lääkehoidosta
- ohjauksesta
- henkisestä tuesta / vuorovaikutuksesta

Kokemukset sydämen vajaatoimintapotilailla hoitajaksosta sairaalassa

- oireista
- tutkimuksista ja toimenpiteistä
- lääkehoidosta
- ohjauksesta
- henkisestä tuesta / vuorovaikutuksesta

Kokemukset sydämen vajaatoiminta potilailla jatkohoidosta

- oireista
- tutkimuksista ja toimenpiteistä
- lääkehoidosta
- ohjauksesta
- henkisestä tuesta / vuorovaikutuksesta

Liite 2: Sähköposti sairaanhoitajille

Hyvinkään Laureassa sairaanhoitajaksi opiskelevat Kati Reiman ja Tia Kilpinen tekevät opinnäytetyön teidän osastollenne. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää yhdessä Hyvinkään kardiologisen osaston kanssa sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoitoon hakeutumisesta, hoitajaksosta sairaalassa, kotiutumisesta, jatkohoidoista, vajaatoimintaoireista, lääkehoidosta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Työssämme käsitellään myös potilaiden kokemuksia ohjauksesta, henkisestä tuesta ja erityistilanteiden hallinnasta. Opinnäytetyömme on osa HUS Hyvinkään sairaalan, Hyvinkään perusterveydenhuollon ja Hyvinkään Laurean sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon kehittämishanketta.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii HUS, Hyvinkäänsairaalan sisätautienosasto. Hankkeessa mukana Hyvinkään PTH ylilääkäri Pirjo Laitinen-Parkkonen sekä Hyvinkään sairaalan kardiologit Helena Kervinen ja Jyrki Lilleberg.

Yhteystiedot:

Kati Reiman
0400-676 022
kati.reiman@laurea.fi

Tia Kilpinen
0400-811 812
tia.kilpinen@laurea.fi

Ohjaava opettaja

Päivi saares
046-85 676 57
paivi.saares@laurea.fi

Liite 3: Kysymyksiä osastolla työskenteleville hoitajalle

- Ketä HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolla hoidetaan?
- Sydämen vajaatoimintapotilaan yleisin hoitopolku teidän osastolle?
- Sydämen vajaatoimintapotilaan sairaalajakso:
 - yleisimmät syyt osastojaksolle?
 - Yleisemmin tehtävät toimenpiteet ja tutkimukset?
- Potilasohjauksen antaminen:
 - sairaalajakson aikana; sisältö, tarkoitus, tavoite?
 - kotiutumisen jälkeen esim. sydänhoitajan vastaanotolla käynti; sisältö, tarkoitus, tavoite?
- Mitä kotiutumiseen sisältyy; kuka kotiuttaa, mitä tietoja sairaanhoitajan tulee antaa jatkohoitopaikkaan esim hoitoyhteenvedo ym.?
- Jatkohoito ja seuranta, kuka ja miten toteutetaan?
- Hus, Hyvinkään sairaalan sydänosastolla koetut haasteet ja tulevaisuuden tavoitteet sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kohdalla esimerkiksi sairaalajaksolla, kotiutumisessa, jatkohoidossa sekä potilasohjauksessa?
- Miten toivoisitte opinnäytetyömme auttavan teitä työssänne

Liite 4 :Henkilön vaitiolo/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

Sitoudun antamaan henkilötietoni sairaalan henkilöstörekisteriin (päivittämään ne tietojen muuttuessa)

- noudattamaan kuntayhtymän, sairaalan, tulosyksikön johtajan, turvapäällikön, ylilääkärin, ylihoitajan ja taloudesta vastaavien viranomaisten antamia ohjeita ja sääntöjä (liitteenä allekirjoitettu tietoturvaohjeiden liite 15) ja sallin tietoliikenteeseen käytöstäni jäävien logitietojen lukemisen
- pidättäytymään ilmaisemasta luvatta muille tehtävän yhteydessä tietoon saamaani seikkaa, joka erikseen on määrätty tai säädetty salassa pidettäväksi tai joka tehtävään liittyvän toimintatavan mukaan tai asian laadun vuoksi muutoin on salassa pidettävä.
- En saa tehtävän aikana enkä myöskään tehtävän päättymisen jälkeen ilmaista tehtävän vuoksi tietoon saatuja terveydenhuollon toimintayksikköä tai sen asiakkaita, sopimuskumppaneita tai muita yhteistyötahoja koskevia salassa pidettäviä tietoja. Potilaiden terveydentilätietojen lisäksi tällaisia ovat myös mm. liike- ja ammattisalaisuudet.
- Tehtävässä minulla on katselu- ja käyttöoikeus vain tietoihin, joita koskee tehtävää annettu viranomaislupa tai joista asianomaiset henkilöt ovat antaneet nimenomaisen säädetyin suostumuksensa (vrt. tutkittavan tiedote ja suostumus).

Olen ymmärtänyt edellä mainitut määräykset ja sitoudun noudattamaan niitä.

17.10.2012

Päiväys

Kati Reiman ja Tia Kilpinen

Nimenselvennys

1 Jos opinnäytetyötä luvalla ja tämän sopimuksen nojalla suorittavan henkilön tehtävä päättyy, HUS:ssa olevan vastuuhenkilön pitää ilmoittaa Tietun tallentajalle asiasta.

Liite 5 : Tutkimuslupahakemus

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS		OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1		
§ 14 / 2012				
Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Kilpinen Tia Eva-Johanna ja Reiman Kati Susanna			
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoidajaopiskelija			
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm tia.kilpinen@laurea.fi 0400811812			
	Kotiosoite Sipilitie 39 04410 Järvenpää			
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Hyvinkää			
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää			
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Päivi Saares, TTM, paivi.saares@laurea.fi 046-8567657			
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Hyväksytty			
HUS:n vastuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Kervinen, Helena, Osastonyliäkäri			
	Työpaikan osoite HUS / Hyvinkään sairaala, Sairaalakatu 1, 05850 Hyvinkää			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm helena.kervinen@hus.fi 09 27162665			
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuhenkilö työskentelee Sisätautiosasto 3			
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Sydämen vajaatoimintapotilaiden kokemuksia hoidosta ja palveluketjun toimivuudesta			
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Tämä opinnäytetyö on osa HUS Hyvinkään sairaalan, Hyvinkään perusterveydenhuollon ja Hyvinkään Laurean sydämen vajaatoimintapotilaiden kehittämishanketta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Hyvinkään sairaalan ja Hyvinkään perusterveydenhuollon kanssa. Tutkimukseen valitaan 10 potilasta, jotka sairastavat sydämen vajaatoimintaa. Aineisto kerätään teemahaastatteluina			
	Asiasanat (max 5 kpl) sydämen vajaatoiminta, palveluketju, hoito			
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä? Sydämen vajaatoimintapotilaiden kehittämishanke	Arvioitu aloituspvm. 1.11.2012	Arvioitu päättymispvm. 1.5.2013	
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä		

