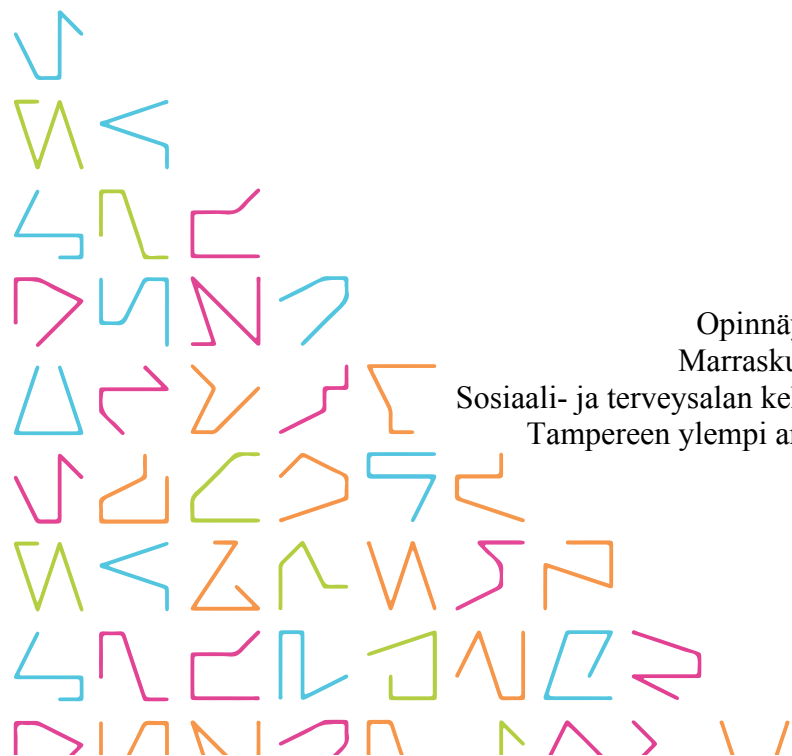




TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN HOITO- KETJUN TOIMIVUUDEN ARVIOINTI ASIA- KASNÄKÖKULMASTA

Anna Silvennoinen



Opinnäytetyö
Marraskuu 2015

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Tampereen ylempi ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

SILVENNOINEN, ANNA:
Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun toimivuuden arviointi asiakasnäkökulmasta

Opinnäytetyö 92 sivua, joista liitteitä 19 sivua
Marraskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun osat sairaalasta kotiutumiseen ja jatkohoito sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa ja arvioida sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun toimivuutta asiakasnäkökulmasta. Tutkimuksessa sairaalahoidon arviointi oli rajattu käsittelemään potilaiden Tampereen Hatanpään sairaalassa saatua hoitoa.

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena ja kohderyhmänä oli Hatanpään sairaalan osasto B5:ltä 2-6 kuukautta sitten kotiutuneet sepelvaltimotautipotilaat. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi suljettuja, monivalinta sekä avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin SPSS-tilastointiohjelman avulla sekä avoimet kysymykset laadullisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kokivat sairaalasta kotiuttamisen turvallisenä. Hoitohenkilökunnan asenteella ja ohjauksella oli suuri merkitys kokemukseen sairaalahoidon onnistumisesta. Myös sydänhoitajan tapaaminen osastojakson aikana oli yhteydessä vastaajien kokemukseen riittävästä ja oikea-aikaisesta ohjauksesta. Kotiutuksen turvallisuuteen oli yhteydessä selkeä kotiutustilanne ja kotiutuspaperit sekä potilaan mielipiteen kuunteleminen. Riittävän selkeät ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti koettiin tärkeäksi ja eniten puutteita oli jatkokontrollien tiedonsaannissa kotiutustilanteessa. Jatkokontrolleja jäi puuttumaan tai ne koettiin riittämättömiksi. Omalääkärin tavoittaminen ja lääkäreiden vaihtuminen koettiin huonoksi, mutta sen sijaan kotiin järjestetyt hoitajakäynnit koettiin hyvänä.

Tulosten perusteella kehitettäviksi osa-alueiksi nousivat osaston oman sydänhoitajan vastaanoton lisääminen, ohjauksen yhtenäistäminen, kotiutuksen valmistelu varhaisessa vaiheessa ja jatkokontrollien ohjaus kotiutustilanteessa. Jatkokontrolliprosessia tulisi selkiyttää, perusterveydenhuollon vastaanottoja lisätä tukea tarvitseville ja ohjata potilaita enemmän kolmannen sektorin piiriin.

Asiasanat: sepelvaltimotauti, hoitoketju, kotiutus, jatkohoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

SILVENNOINEN, ANNA:

The Functionality of the Critical Pathway Evaluation of Patients with Coronary Heart Diseases from a Client's Point of View

Master's thesis 92 pages, appendices 19 pages
November 2015

The purpose was to describe a critical path of patients with coronary heart diseases from the hospital to patient discharge and follow-up care. The aim of this thesis was to receive information and evaluate functionality of the critical path of patients with coronary heart diseases from a client's point of view. A hospital care was defined to consist of a patient care in Tampere Hatanpää hospital.

The approach of the study was quantitative and focus group was patients who were discharged from the ward 2 - 6 months earlier. The data were collected with a questionnaire that consisted both closed and open questions and multiple choices. Data were analysed with SPSS- statistics program and open questions with qualitative content analysis.

The results showed that patients were mainly contented with care and experienced a discharge secured. The staff's attitude and guidance had a great significance how patients experienced the hospital care. Meeting a cardiac nurse during hospital care was interrelated with the experience of sufficient and timely guidance. A discharge situation, discharge papers and concentration on a patient's opinion were interrelated with safety of hospital discharge. Explicit directions both orally and written were experienced as essential and the most lack of an information was concerned about follow-up care. Follow-upcontrols were missing or they were deficient. Availability and turnover of personal doctors were experienced poor but home care was experienced effective instead.

Based on the results increasing the number of appointments with the cardiac nurse, integrating guidance, early discharge preparations and guidance of follow-up care were offered as development suggestions. An follow-up care process should be more clear and increase health-care centers' admittances. Patients should be guided more the third sector of health care.

Key words: coronary heart disease, critical pathway, patient discharge, follow-up care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET	7
3	HOITOKETJUN TARVE JA TOTEUTUKSIA	8
3.1	Hoitoketju teoreettisena käsitteenä	8
3.1.1	Kirjallisuuskatsaus	11
3.2	Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun osat Tampereen alueella	14
3.2.1	Sepelvaltimotautipotilaan hoito Tays Sydänsairaalassa.....	17
3.2.2	Sepelvaltimotautipotilaan hoito Tampereen Hatanpään sairaalassa	19
3.3	Potilaan turvallinen kotiuttaminen sairaalasta	20
3.4	Sepelvaltimotautipotilaan jatkohoito sairaalasta kotiutumisen jälkeen	23
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
4.1	Tutkimuksen metodologiset valinnat.....	28
4.2	Aineiston hankinta ja kuvaus	29
4.3	Aineiston käsittely ja analyysi	31
5	TUTKIMUSTULOKSET	37
5.1	Potilaat tyytyväisiä sairaalahoitoon	38
5.1.1	Hoitohenkilökunta ja potilaan kohtaaminen vaikuttavat hoitokokemukseen.....	43
5.2	Kotiutus koetaan turvalliseksi.....	45
5.2.1	Potilasohjaus ja tieto jatkokontroleista lisää kotiutuksen turvallisuutta	47
5.3	Jatkohoito jakaa mielipiteitä	49
5.3.1	Jatkokontrolleja ei koeta riittäviksi	51
6	TUTKIMUKSEN LOPPUTARKASTELU	54
6.1	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja pohdinta	54
6.1.1	Hoitajien asenne ja riittävä ohjaus yhteydessä potilaiden positiiviseen sairaalakokemukseen.....	56
6.1.2	Kotiutuksessa tärkeää on kotiutustilanne ja – paperit sekä potilaiden kuunteleminen	58
6.1.3	Jatkokontrollit oikea-aikaisia, mutta usein riittämättömiä	59
6.1.4	Hoitoketjun kehittäminen.....	61
6.2	Tulosten arviointia ja jatkotutkimusaiheita.....	64
6.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	65
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	74
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset	74

Liite 2. Kyselylomake	77
Liite 3. Saatekirje.....	82
Liite 4. Tilastolliset analyysit	84
Liite 5. Sisällönanalyysit	87
Liite 6. Reliabiliteettitestit	90
Liite 7. Katoanalyysi	92

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on yksi merkittävimmistä sydän- ja verenkiertosairauksista. Sydän- ja verenkiertosairaudet aiheuttavat huomattavat menoerät yhteiskunnallisesti, sillä niistä aiheutuu suurimmat yksittäiset hoitokustannukset. Hoitokustannukset ovat vuosittain n. 17% kaikista hoitokustannuksista eli arviolta 918 miljoonaa euroa. Sepelvaltimotauti on pääasiassa iäkkäiden sairaus, mutta arvioiden noin puolet sairastaneista ovat alle 65-vuotiaita. Sydän- ja verenkiertosairaudet saavat aikaan myös kolmanneksi eniten työkyvyttömyyttä aiheuttaen neljänneksi suurimmat laskennalliset työpanosmenetykset yhteiskunnassa. (Sydänliitto 2014a.)

Hoitoketjujen tulisi olla asiakaslähtöisiä ja organisaatioiden rajat ylittäviä palvelukokonaisuuksia. Myös terveydenhuoltolaki painottaa asiakaskeskeisien ja saumattomien palveluiden luomista, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto tekevät tiivistä yhteistyötä asiakkaiden hyväksi. Sepelvaltimotaudin hoitoketju Tampereella on elämisvaiheessa ja Kurkiaura-hanke on monen eri tahon kanssa yhteistyössä kehittämässä asiakaslähtöistä hyvän hoidon terveystalouden järjestelmää. (Holmberg, Marttila & Valvanne 2011, 2227; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Opinnäytetyön aihe nousi esille työelämän edustajien tapaamisessa. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalan sisätautiosasto B5, jonka hoidon pääpaino on keskittynyt sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien potilaiden hoitoon. Osasto B5:lle tulevat pääasiassa tamperelaiset pallolaajennetut ja ohitusleikatut potilaat jatkohoitoon Tampereen Tays Sydänsairaalaan. Lisäksi osastolla hoidetaan muita sydänsairauksia ja potilaita tulee mm. ensiapu Acutasta. (Tampereen kaupunki: Osasto B5.)

Opinnäytetyön aihe muokkaantui lopulta sepelvaltimotautipotilaiden hoitoketjun toimivuuden arviointitutkimukseksi asiakasnäkökulmasta. Myös tutkijan oma ammatillinen kiinnostus aihetta kohtaan on merkittävä. Aihe on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja aikaisempia tutkimuksia juuri sepelvaltimotautipotilaiden hoitoketjujen toimivuudesta asiakasnäkökulmasta ei ole.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä asiakkailta tietoa sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun toimivuudesta aina sairaalasta kotiutumiseen sekä jatkohoito sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä ovat

1. Millaisena sepelvaltimotautipotilaat arvioivat sairaalahoidon onnistumisen Hatanpään sairaalassa?
2. Millaisena potilaat arvioivat sairaalasta kotiuttamisen?
3. Millaisena potilaat arvioivat jatkohoidon sairaalasta kotiutumisen jälkeen?
4. Miten hoitoketjua tulisi kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä asiakkailta tietoa sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun toimivuudesta ja siten saada uutta tietoa palveluketjun toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Saadulla tiedolla sairaalassa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät kehittämään kotiutusvaihetta, jatkohoidon suunnittelua ja informointia. Potilaiden omat kokemukset hoidosta auttavat kehittämään hoitoketjua toimivammaksi asiakaslähtöisesti.

3 HOITOKETJUN TARVE JA TOTEUTUKSIA

Suomen terveydenhoitolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa terveyseroja väestöryhmien välillä. Terveydenhuoltolaki korostaa, että tarvittavat palvelut tulee olla saatavilla yhdenvertaisesti ja niiden tulee olla potilasturvallisia sekä laadukkaita. Lisäksi lain tarkoituksena on vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintatapoihin. (Terveydenhuoltolaki 2010/ 1326.)

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012-2015 korostaa pitkäaikaissairaiden hyvinvoinnin, terveyden ja osallisuuden parantamista sekä väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden toimivuutta asiakaslähtöisesti. Palvelurakenteiden tulee olla kestäviä ja toimivia taloudellisesti että laadullisesti. Myös sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelmassa on korostettu sosiaalisesti kestävää yhteiskuntaa, jossa vahvistetaan osallisuutta, tuetaan väestön terveyttä ja toimintakykyä sekä turvataan tarvittavat palvelut. Strategiasuunnitelmassa korostetaan asiakaskeskeisiä palveluita, joiden suunnitteluun itse asiakkaat ovat osallistuneet. (STM: KASTE 2012-2015; STM: Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020- Sosiaali- ja terveystieteiden strategia 2010, 4.)

3.1 Hoitoketju teoreettisena käsitteenä

Hoitoketju määritelmänä ei aina ole täysin vakiintunutta, sillä kirjallisuus käyttää monipuolisesti myös erilaisia termejä potilaan hoidon porrastuksesta, kuten hoito-ohjelma, hoitosuositus, hoitopolku ja hoitoprosessi. Erityisesti hoitoketjun synonyyminä käytetään usein hoito-ohjelma termiä. Myös englanninkielisessä kirjallisuudessa termit hoidon porrastamisesta vaihtelevat mm. shared care, managed care, clinical practise guideline ja care pathway välillä. (Nuutinen 2000, 1822.)

Hoitoketju-termillä tarkoitetaan alueellisia soveltavia toimintaohjeita, jotka perustuvat kliinisiin käytäntöihin. Hoitoketjulla määritellään tietyn sairauden tai terveysongelman hoitoon osallistuvien toimijoiden työnjako ja yhteistyö eli esimerkiksi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimen tehtävät. Hoitoketju pitää sisällään

suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon kytkeytyvät toiminnot. Hoitoketju ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon organisatoriset rajapinnat ja kuvaakin sitä prosessia, joka alkaa potilaan palvelutarpeesta. Potilaan palvelutarpeen loppuessa myös hoitoketjun toiminnot päättyvät. (Hoitosuosituksesta hoitoketjiksi 2006; Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas 2015.)

Hoitoketjun tavoitteena on järjestää potilaan hoito laadukkaasti ja sujuvasti yli organisaatiorajojen asiakaslähtöisesti. Lisäksi tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä, selkiyttää hoidon ja toimenpiteiden porrastusta sekä välttää päällekkäistä toimintaa organisaatioiden tehdessä tiivistä yhteistyötä. Ennen hoitoketjumallit olivat lääketieteeseen perustuvia, mutta nykyisen suosituksen mukaan pyritään hoitoketjut luomaan asiakkaiden prosessin ympärille, jolloin asiakkaiden henkilökohtaiset tarpeet tulevat paremmin kuulluksi. Hoitoketjut pyritään luomaan yhdessä asiakkaiden kanssa, jolloin asiakkaat ovat kokemusasiantuntijoita ja hoitoketjujen keskiössä on asiakas. (Hoitosuosituksesta hoitoketjiksi 2006; Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas 2015.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella on hoitoketjutyöryhmä, jonka tarkoituksena on luoda toimivia hoitoketjuja eri organisaatioiden välillä yhteistyössä asiakkaan kanssa. Laaditut hoitoketjut koskevat koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aluetta ja tarkoituksena on tehdä hoitoketjuista kaikille avoimia julkisia tiedostoja vuoden 2015 aikana. Hoitoketjukuvaukset julkaistaan Terveysportissa. Kuvio 1 havainnollistaa äkillistä tai suunnitelmallista hoitoa vaativan sydänsairaana potilaan hoitoketjun, jossa määritellään palvelut, ohjeet ja tiedonkulku. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas 2015.)

ASIAKAS	Ongelman havaitseminen ja avun etsiminen	Ongelman ymmärtäminen	Hyväksyminen ja hoidon edesauttaminen	Oppiminen elämään terveysongelman kanssa	Oman terveyden ja sairauden seuranta
TERVEYDENHUOLTO	Tutkimuksiin hakeutuminen	Diagnostisointi	Hoito	Toipuminen/kuntoutuminen	Seuranta
Tutkimus- ja hoito	Akuutti rintakipu-kohtaus Sepelvaltimotauti-epäily Vaaran arviointi	Oireet, kliininen kuva, EKG Sepelvaltimotauti-diagnoosin vamentaminen	Infarktin ja sepelvaltimotaudin hoito Jatkohoidon siirtyminen Jatkohoitopaikat	Hoidon seuranta Seurattavat asiat Kuntoutuksen tavoitteet Työ- ja toimintakyvyn arviointi	Seuranta ja hoitosuunnitelman päivitys Työhön paluu
Hoidon ohjaus	Sepelvaltimotauti-opas	SUUNTIMA TAYS:n Sydänsairaalan potilasohjeet	Ensitielo- ja ohjaus Kuntoutuksikoordinaattori vastaa sairaalavaiheessa tehtävästä alustavasta kuntoutussuunnitelmasta, kuntoutuksijaaja osastovaiheen jälkeisestä kuntoutusohjauksesta, sosiaalityöntekijä toimeentuloon ja rahan liittyvästä ohjauksesta. Potilaan kotiutuskansio	Sydänkeskuksen ensitielokurssi SUUNTIMA	Ohjaus toipumis- ja kuntoutumisvaiheessa
TIEDONKULKU	Akuutti infarkti: EKG:n rekisteröinti ja lähetykset kardiologille (fax 050 8300 5594) Soitto Sydänsairaalan kardiologille 03 3116 9054	ST-nousu-infarkti: soitto päivystyksenä kardiologille 03 3116 9054 Lähetekirjaaminen	Epikriisi Ensimmäisen seuranta-ajan ajanvaraus	Terveys- ja hoitosuunnitelma	PSHP:n konsultaationumerot

KUVIO 1. Äkillistä tai suunnitelmallista hoitoa vaativan sydänsairaalan potilaan hoitoketju (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri: hoitoketjut 2015)

Terveysporttiin on kerättyä eri sairaanhoitopiirien laatimia hoitoketjuja eri potilasryhmille. Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä ei ole aikaisemmin ollut virallista hoitoketjukuvausta sepelvaltimotautipotilaille, joka käsittäisi koko hoitoketjun sairaalasta aina kotiin saakka. Kurkiaura -hanke on vuonna 2011 aloittanut monen eri organisaation yhteistyön, johon myös Sydänsairaala sekä Tampereen kaupunki ovat osaltaan sitoutuneet. Kurkiaura -hankkeen tavoitteena on ollut luoda hyvän hoidon terveystalvetojärjestelmä, jonka yhtenä osatavoitteena on asiakaslähtöisen hoitopolun luominen. (Kurkiaura: suunnitima.)

Terveydenhuollon ja hoitoketjujen keskiöön on nostettu asiakaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan asiakkaiden tarpeista lähtevää toimintaa. Laatu on noussut myös osaksi hoidon kulmakiviä ja periaatteita. Nämä edellyttävät sitä, että laatu- ja asiakkuusjohtaminen nousevat yhä tärkeämmäksi osatekijöiksi organisaatioissa. Laatu- ja asiakastyössä on kyse arvoista, jotka nousevat asiakkaiden arjesta. Laatujohtamisessa korostuu avoimuus uusille toimintatapojen ajattelulle, joka johtaa uusiin organisaatioiden toimintatapoihin. Tärkeää on johdon ymmärrys asiakkaiden arvoista ja tarpeista, jotta laadukasta ja asiakaslähtöistä palvelua voidaan tarjota. Laadun seuranta erilaisin mittarein on osa laatujohtamisen osaamista. (Hokkanen & Strömberg 2006,46; Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattelmäki 2014, 7-8; Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8.)

3.1.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan metodia ja tutkimustekniikkaa, jolla tutkitaan jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja niiden tuloksia. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selkeyttää olemassa olevien tutkimuksien kokonaisuutta. (Salminen 2011, 1,3.) Kirjallisuuskatsaus suoritettiin syksyllä 2014, jolloin haettiin tutkimustietoa aikaisemmista tutkimuksista liittyen tutkimuksen aiheeseen. Käytettyjä tietokantoja olivat Medic, Cochrane, Chinal ja PubMed. Aineistoa haettiin MeSH ja YSA -asiasanoilla sekä vapaasanahauulla. Hakusanat ja sanayhdistelmät toistuivat kussakin tiedonhaussa tietokannoittain. Hakusanoina käytettiin hoitoketju/hoitoprosessi, jatkohoito/hoidon jatkuvuus ja kotiutus/kotiuttaminen. Vastaavina englanninkielen hakusanoja olivat critical pathway, follow-up treatment, continuity of patient care ja patient discharge. Kirjallisuuskatsauksen teon yhteydessä tavattiin myös kirjaston informaattikko, jonka avulla hakusanat täsmentyivät. Ennen varsinaisia tiedonhakuja, määriteltiin tutkimusten sisäänotto- ja pois-sulkukriteerit (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tutkimukset vuosilta 2004-2014 ❖ Eri metodein tehdyt tutkimukset hyväksytään ❖ Julkaisukieli suomi ja englanti ❖ Pro gradu – tutkielmista ylemmät tutkivaa otetta käyttävät aineistot, myös alan artikkelit ❖ Aineistojen tulee olla maksuttomia ❖ Aineistojen tulee olla verkkojulkaisuja tai saatavilla läheisistä kirjastoista ❖ Aineistojen laadun arvioinnin pisteet tulee olla vähintään 14 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ei aineistoja ennen vuotta 2004 ❖ Ei aineistoja, joiden julkaisukieli muuta kuin suomi ja englanti ❖ Ei AMK- tasoisia tutkimuksia tai alan artikkeleista, joissa ei ole tutkimuksellista taustaa. ❖ Maksulliset aineistot hylätään. ❖ Ei aineistoja, joita ei ole helposti saatavilla ❖ Ei aineistoja, joiden laatua ei pystytä arvioimaan luotettavasti tai laatu pisteet jäävät alle 14.

Taulukossa 2 on esitetty kirjallisuuskatsauksen eteneminen ja eri tietokannoista saadut viiteosumat. Yhteensä viitteitä tuli 384, joista otsikon perusteella valituiksi tuli 52 tutkimusta. Tiivistelmän perusteella näistä valittiin jatkoon 28 ja koko tekstin perusteella hyväksytyiksi tuli lopulta 6 tutkimusta. Koko tekstin vaiheessa tutkimuksia hylättiin, koska tutkimusten laatuvaatimukset eivät täyttyneet tai koko tekstiä ei ollut saatavilla. Valituille tutkimuksille tehtiin näytön asteen arviointi Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämällä mittarilla (2009,58) ja laadun arviointi Palomäen ja Piirtolan (2012) kehittämällä arviointilomakkeella. Tutkimukseen valitut tutkimukset ovat taulukoituna liitteessä 1 ja tarkemmin näitä käsitellään alla sekä teoreettisessa viitekehysessä.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen eteneminen

Tietokanta	Sanahaun viitteet	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	120	12	6	3
Cochrane	61	7	2	1
Chinal	91	18	6	1
PubMed	112	15	5	1
Yhteensä	384	52	28	6

Klemolan, Sarannon ja Kivekkään (2006, 2519) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta ei tunne riittävän hyvin sydänpotilaan hoitoketjun kokonaisuutta tai siihen osallistuvia tahoja. Tutkimuksen mukaan henkilöstö koki hoitoketjut toimimattomiksi ja heillä oli

halu kehittää niitä. Myös Furåker, Hellstöm-Muhli ja Walldal (2004, 309-310) ovat tutkineet hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoketjujen toimivuudesta. Tutkimuksessa todettiin, etteivät kaikki potilaat kulje oikeaa hoitoketjua pitkin ja hoitoketjun jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää, että hoidolla olisi koordinaattori. Tutkimuksessa todettiin myös, että tiedon määrä ja kulku vaihtelevat eri ammattiryhmien välillä. Hoitohenkilökunta koki myös, että potilaiden osallisuutta hoitoon voisi kehittää enemmän.

Potilaiden kokemuksia hoidon jatkuvuudesta ovat tutkineet Renholm, Suominen, Turtainen ja Leino-Kilpi (2009). Tutkimuksesta selvisi, että hoidon jatkuvuuden kannalta merkittäviksi tekijöiksi muodostuivat potilaan näkökulmasta tiedon saanti toimenpiteestä tai hoidosta, osastolla olon aika sekä tärkeimpänä jatkohoidon merkitys. Potilaat kokivat tärkeäksi saada itse vaikuttaa hoitoonsa ja jatkohoitoonsa. Huonoksi potilaat kokivat, että kukaan ei tiedä kunnolla jatkohoitoa, vaan potilasta siirrellään paikasta toiseen. Tutkimuksessa korostui yksilöllisen hoidon merkitys. Potilaat kokivat, että jouduivat aina uudestaan kertomaan asiansa uudelle hoitohenkilökunnan jäsenelle eli tieto ei siis kulkenut eri terveydenhuollon organisaatioiden toimijoiden välillä. (Renholm, ym. 2009, 169-170.)

Myös Materon, Pietilän ja Kankkusen (2007, 25) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaan hoidon jatkuvuutta edisti potilaan tarpeista lähtevä toiminta, joka sisälsi ohjauksen ja opetuksen, motivoinnin hoitoon sekä yksilöllisen huomioimisen. Edistäviä tekijöitä olivat myös mm. hoidon porrastus, esteetön tiedonkulku, moniammatillinen yhteistyö ja selkeä vastuunjako eri toimijoiden välillä. Estävinä tekijöinä hoidon jatkuvuudelle potilaat kokivat hoidon viivästymisen.

Massimiliano, Marchisi, Barbieri ja Di Stanislao (2008) ovat tutkineet parantavatko hoitoketjut potilaiden hoidon laatua ja hoidon jatkuvuutta. Tutkimuksessaan he totesivat potilaiden hoidon vaativan useiden eri ammattilaisten osaamista ja yhteistyötä sekä toimiessaan hoitoketjut voivat parantaa potilaiden hoidon lopputulosta.

Rosstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold ja Grimsmo (2012) ovat tutkineet hoitoketjujen toimivuutta potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaiset korostavat eri asioita potilaan hoidossa. Erikoissairaanhoidon ammattilaiset korostavat vain sairaalaan johtanutta syytä, kun taas perusterveydenhuollossa korostetaan potilaan ko-

konaisuutta, jossa tulisi huomioida potilaan kaikki sairaudet ja potilaan psyykkinen sekä sosiaalinen tila. Perusterveydenhuollossa eivät toimi hoitoketjut, jossa monisairaalla potilaalla on yhden sairauden perusteella rakennettu hoitoketju.

3.2 Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun osat Tampereen alueella

Sepelvaltimotauti luetaan yhdeksi merkittävimmistä sydän- ja verenkiertoelinsairauksista. Suomessa on sepelvaltimotaudinhoitoon käytetty yli 60 000 sairaalahoitojaksoa vuositain ja hoitokustannukset ovat merkittävät. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan jopa 80% sepelvaltimotaudista olisi ehkäistävissä hyvillä terveellisillä elämäntavoilla. (Sydänliitto 2014a; Käypä hoito 2014a.)

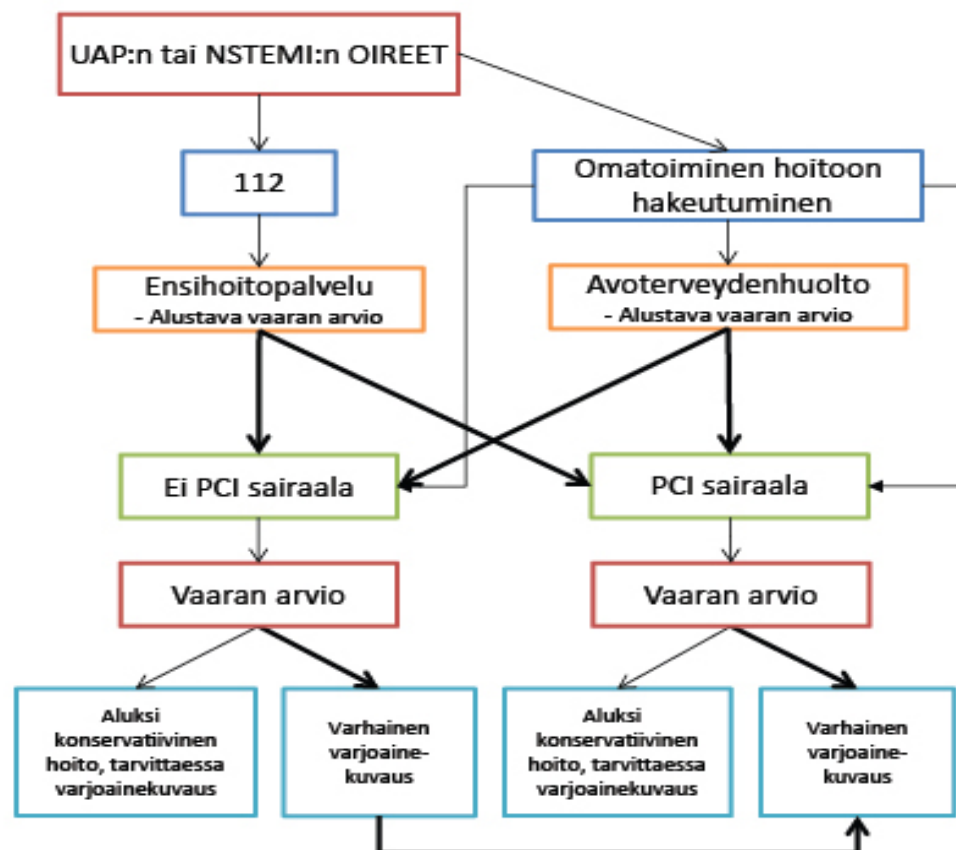
Sepelvaltimot ovat sydämen pinnalla kulkevia valtimoita, jotka turvaavat sydämen verenkierron ja siten myös ravinteiden ja hapen kulkeutumisen. Sepelvaltimotaudista puhutaan, kun nämä sepelvaltimot ahtautuvat valtimoiden kovettumisesta eli ateroskleroosista johtuen. (Sydänliitto 2014b.) Sepelvaltimotautikohtauksilla tarkoitetaan sepelvaltimoiden ahtautumisesta ja tukkeutumisesta johtuvia oireita. Sepelvaltimotautikohtauksien oirekuva on laaja aina täysin oireettomista äkkikuolemaan. Tyypillinen oire on kuitenkin kova puristava rintakipu. Kipua voi olla myös kädessä, leukaperissä, ylävatsalla tai oireina voi olla myös pelkkä hengenahdistus, närästys, hikoilu, pyörrytys tai yleinen heikko olo. Kriittisesti sairailta, iäkkäillä, naisilla sekä diabeetikoilla oireet voivat olla todella vähäisiä tai selkeästi poikkeavia. Sepelvaltimotautikohtauksiksi kutsutaan epästabiliia angina pectorista (UAP), sydäninfarkti ilman ST-nousua (nonstemi) sekä ST-nousuinfarktia. (Käypä hoito 2014b, 2014a.)

Sepelvaltimotaudin vaaratekijöitä ovat korkea ikä, miessukupuoli, tupakointi, diabetes, rasva- aineenvaihdunnan häiriö, kohonnut verenpaine ja sukurasite. Sepelvaltimotautikohtaukset jaetaan primaareihin ja sekundaarisiin. Primaarissa sepelvaltimotautikohtauksessa sepelvaltimon seinämässä ateroomaplakki repeytyy tai haavautuu aiheuttaen verihyytymän eli trombin ja siten suonon tukkeutumisen. Sekundaarisessa sepelvaltimotautikohtauksen aiheuttaa jokin ulkoinen syy, kuten nopea rytmihäiriö, voimakas anemia, trauma, kriittinen aorttaläppäahtauma tai hypertensiivinen kriisi. Tällöin sepelvaltimotautikohtaus hoidetaan huolehtimalla perussyystä. Jos sepelvaltimotautikohtaus

aiheuttaa sydänlihassolujen tuhoa, puhutaan sydäninfarktista. (Käypä hoito 2014b, 2014a.)

Sepelvaltimotaudin hoitolinjat valitaan aina yksilöllisesti. Hoitolinjauksen arviointi perustuu oirekuvaan, sydänfilmmuutoksiin, kliiniseen tutkimukseen sekä sydänmerkkiainemäärytyksiin. Hoitolinjat ovat sepelvaltimoiden pallolaajennus (PCI), sepelvaltimoiden ohitusleikkaus (CABG) tai konservatiivinen eli lääkkeellinen hoito. Pallolaajennuksessa lääkäri ohjaa ohuen katetrin paikallisuudutuksessa joko ranne- tai reisivaltimosta sepelvaltimon ahtautuneeseen kohtaan. Katetrin päässä oleva pallo laajennetaan ja usein laitetaan myös stentti eli tukiverkko, joka pitää ahtautuneen kohdan auki. Usein toipuminen pallolaajennuksesta on nopeaa. Kuviossa 2 esitetään Käypä hoidon mukainen sepelvaltimotautikohtauspotilaan hoitopolku. (Käypä hoito 2014b, 2014a.)

Aktiivihoidettavan UAP- tai NSTEMI-potilaan hoitopolku



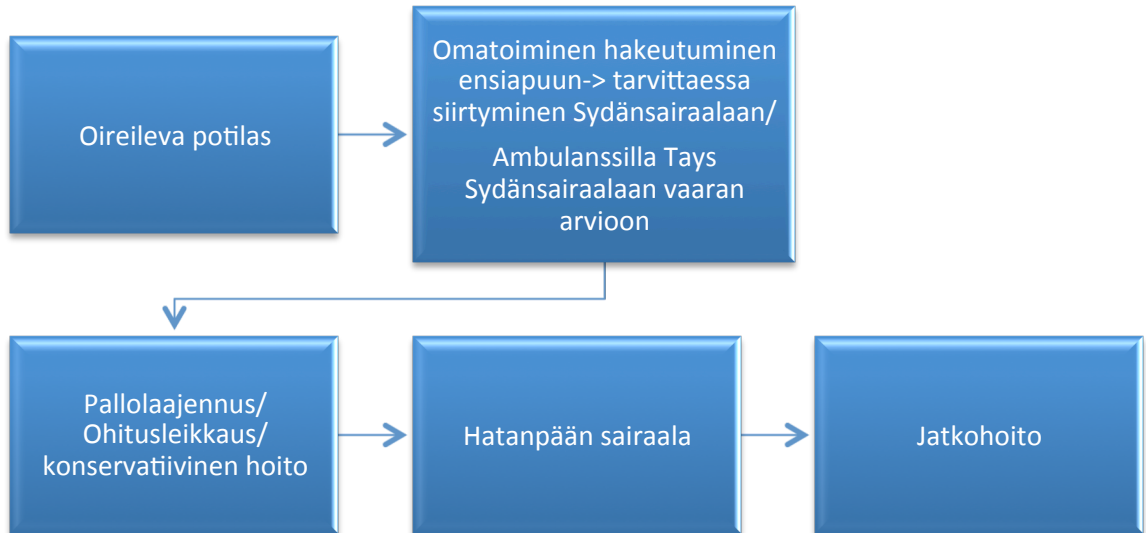
© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

KUVIO 2. Sepelvaltimotautikohtauspotilaan hoitopolku (Käypä hoito 2014c.)

Ohitusleikkaukseen päädytään usein jos pallolaajennus koetaan riittämättömäksi, ahtaumia on useita eikä lääkehoito ole riittävä hoitomuoto. Ohitusleikkauksessa sepelvaltimoiden ahtaumat ohitetaan potilaan omilla laskimo- tai valtimosiirännäisillä, jolloin sydämen verenkierto ja hapensaanti paranevat. Ohitusleikkaus on iso toimenpide, josta kuntoutumiseen menee useita kuukausia. Hoitolinjasta riippumatta, tehokas lääkehoito on aina yksi sepelvaltimotaudin hoidon kulmakivistä. Lääkehoito perustuu riittäväälle antitromboottisen, anti-iskeemisen ja statiinihoidon yhdistelmälle. Lisäksi muiden sairauksien, kuten esimerkiksi kohonneen verenpaineen, tehokas hoito parantaa ennustetta. (Käypä hoito 2014a; HUS 2015; PSHP 2015, 1-2.)

Sepelvaltimotautipotilaan hoito alkaa joko äkillisesti vakavien oireiden tullessa tai kiireettömästi lievillä ajoittaisilla oireilla. Tampereella toimiva Tays Sydänsairaala vastaa vaativista kardiologisista tutkimuksista ja hoidosta. Sydänsairaalassa on valmius hoitaa myös ympärivuorokautisia päivystyksellisiä potilaita. Sydänsairaalaan potilas hakeutuu kiireettömissä tapauksissa läheteellä joko terveyskeskuksista, työterveyshuollosta, aluesairaalaan tai yksityislääkäriltä. Akuuteissa äkillisissä tapauksissa oireileva potilas hakeutuu ensiapuun suosituksen mukaan ambulanssilla, josta potilas siirretään tarvittaessa Sydänsairaalaan tarkempaan tutkimukseen. (Käypä hoito 2014a; Kurkiaura: akuuttihoito.) Jos lääkäri katsoo, ettei ole aiheutta siirtää potilasta toimenpiteeseen Sydänsairaalaan, voidaan potilas siirtää suoraan ensiavusta jatkohoitoon Hatanpään sairaalaan.

Äkillisissä sepelvaltimotautikohtauksissa usein jo ambulanssissa ensihoitoryhmä aloittaa hoidon ottamalla sydänfilmin ja lääkitsemällä. Jos sydänfilmissä ja vaaranarvioinnissa on heti havaittavissa selkeä sydäninfarkti, viedään potilas suoraan Tampereen Sydänsairaalaan, jossa tehdään mahdollisimman nopeasti vaaranarvio ja tarvittaessa sepelvaltimoiden varjoainekuvaus eli angiografia. Angiografian ja oirekuvauksen perusteella päätetään hoitolinjaus: pallolaajennus, ohitusleikkaus vai konservatiivinen eli lääkehoito. (Käypä hoito 2014a; Eskola 2014.) Kuviossa 3 on esitettyä vielä tamperelaisen äkillisesti oireilevan sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun osat Tays Sydänsairaalaan Hatanpään sairaalan kautta jatkohoitoon. Jos potilaalle ei tehdä kajoavaa toimenpidettä, voi potilas siirtyä ensiavusta suoraan Hatanpään sairaalaan.



KUVIO 3. Tamperelaisen sairaalahoitoa tarvitsevan sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun osat

3.2.1 Sepelvaltimotautipotilaan hoito Tays Sydänsairaalassa

Potilaat saavat tietoa sairaudestaan jo Sydänsairaalassa. He tapaavat sairaanhoitajan, hoitavan lääkärin, fysioterapeutin sekä mahdollisesti osa myös kuntoutusohjaajan (kuvio 4). Sydänsairaalassa potilaiden kuntoutumista toimenpiteen jälkeen seurataan tavallisesti yhdestä neljään vuorokautta ja tarpeen mukaan tehdään erilaisia tutkimuksia kuten sydämen ultraäänitutkimuksia, keuhkoröntgenkuvauksia yms. Taysin Sydänsairaalan kaikki diagnosoidut sepelvaltimotautipotilaat laitetaan Sydänsairaalan kuntoutusohjaajan jonoon, jota kuntoutusohjaaja käy säännöllisesti läpi. Kuntoutusohjaaja arvioi hoidon ohjauksen ja kuntoutuksen tarvetta sekä huolehtii jonotilanteesta. Kuntoutusohjaaja pyrkii tapaamaan ainakin kaikki uutena diagnoosina saaneet sepelvaltimotautipotilaat, mutta arviointi henkilökohtaisiin ohjauksiin tapahtuu aina potilaskohtaisesti. Useinkaan yksilöohjausta ei heti Sydänsairaalassa ollessa tapahdu. Kaikki ohitusleikatut potilaat saavat lisäksi kutsun jälkiryhmätilaisuuteen (post-ryhmä) joka sijoittuu noin kahden kuukauden päähän leikkauksesta. Post-ryhmä kokoontuu 5-6 kertaa vuodessa. Myös vielä post-ryhmästä voivat halukkaat potilaat tarvittaessa yksilölliselle kuntoutusohjaajan vastaanotolle. (Sydänsairaala 2015: kuntoutus; Sydänsairaalan kuntoutusohjaaja 2015.)



KUVIO 4. Sydänsairaalan toiminnot sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa

Ensitietyryhmä on moniammatillinen ryhmäohjaustilaisuus, jossa on läsnä muun muassa kardiologi, kuntoutusohjaaja ja ravitsemusterapeutti. Ensitetietotilaisuuksia pidetään 6 viikon välein ja osallistumisprosentti ensitietyryhmän tilaisuuksiin on noin 50-60%. Ensitietyryhmässä on paljon asiaa sepelvaltimotaudista ja kuntoutuksesta. Joskus myös tässä vaiheessa, jos potilas ilmaisee tarvetta yksilöohjaukseen, voi kuntoutusohjaaja pyytää potilaan vielä erilliselle käynnille Sydänsairaalaan omalle vastaanotolleen. Kuntoutusohjaajan vastaanotto on tunnin mittainen, jonne tullaan yhdessä läheisen kanssa. Vastaanotolla kartoitetaan ja arvioidaan yksilöllisesti tuen ja kuntoutuksen tarve. Kuntoutusohjaajan yksilövastaanotolle tulevat myös potilaat, joiden jatkohoito on vielä kesken, mutta tiedetään jatkohoidon olevan Sydänsairaalassa. Tällaisia ovat esimerkiksi toista toimenpidettä odottavat potilaat. (Sydänsairaalan kuntoutusohjaaja 2015.)

Hoitoaika Sydänsairaalassa on usein lyhyt, jolloin potilaan voi olla vaikea ottaa vastaan kaikkea tarvitsemaansa tietoa liittyen sairauteensa ja kuntoutukseen. Aina ei ole myöskään selkeää kuka potilas käy missäkin tapaamisessa ja kenelle toimijalle hänellä on tulevia jatkoja. Sepelvaltimotauti potilaan jatkohoito päätetään Sydänsairaalasta potilas-kohtaisesti. Osa potilaista saattaa kotiutua suoraan Sydänsairaalasta, kun taas osa siirtyy

vielä jatkohoitoon oman alueen sairaaloihin tai terveyskeskuksiin. Tamperelaiset sepelvaltimotautipotilaat, jotka tarvitsevat vielä sairaalahoitoa, tulevat Tampereen Hatanpään sairaalaan sisätautiosasto B5:lle. (Sydänsairaalan kuntoutuskoordinaattori 2015.)

3.2.2 Sepelvaltimotautipotilaan hoito Tampereen Hatanpään sairaalassa

Hatanpään sairaalaan sepelvaltimotautipotilaat tulevat pääasiassa Sydänsairaalaan tai ensiavusta, mutta myös toisinaan joko terveysaseman läheteellä tai toiselta sairaalaoasastolta. Hatanpään sairaalassa sepelvaltimotautipotilaiden hoito ja kuntoutus jatkuu. Osastolla seurataan muun muassa lääkehoidon vaikutusta, mahdollisia rytmihäiriöitä telemetrialaitteilla ja kuntoutuksen etenemistä (kuvio 5). (Osasto B5:n työohje: sepelvaltimotauti.)



KUVIO 5. Hatanpään sairaalan toiminnot sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa

Potilaat tapaavat osastolla eri lääkäreitä, saavat ohjausta fysioterapeuteilta ja hoitajilta. Osastolla kannustetaan potilaita omatoimisuuteen. Tarvittaessa lääkärit voivat tehdä muun muassa sydämen ultraäänikuvauksia eli echoja tai kliinisen rasituskokeen. Lisäksi

potilailta seurataan verikokeita, sydänfilmejä (EKG), verenpainetta, kliinistä vointia ja kontrolloidaan usein myös keuhkoröntgenkuva. (Osasto B5:n työohje: sepelvaltimotauti.)

Hoitajat toteuttavat lääkärin määräyksiä ja lääkehoitoa sekä suorittavat tarvittavia hoitotoimenpiteitä. Pääosin potilaat tulevat osastolle iltapäivän ja illan aikana osan potilaita tullessa päivystyksellisesti. Hoitaja ottaa vastaan potilaat, kirjaa potilaan sisään ja tekee hoitosuunnitelman. Yhdellä hoitajalla on hoidettavanaan keskimäärin 4-7 potilasta työvuoron aikana, mutta yövuorossa koko osastosta vastaa kaksi hoitajaa. Fysioterapeutit tekevät erilaisia liikkuvuustestejä ja vastaavat toipilasajan liikunnasta. Hatanpään sairaalassa on tarvittaessa tavattavissa myös eri erikoisalojen asiantuntijoita, kuten sosiaalihoitaja, diabeteshoitaja ja tarpeen mukaan voidaan myös konsultoida eri erikoisalojen lääkäreitä. (Osasto B5:n työohje: sepelvaltimotauti.)

Hatanpään osaston yhteydessä toimii myös niin sanottu sydänhoitajan vastaanotto, joka on eri kuin Hatanpään erikoispoliklinikan sydänhoitajan vastaanotto. Osaston omana sydänhoitajana toimii aina joku osaston omista sairaanhoitajista pääasiassa muutamana päivänä viikossa. Osaston oma sydänhoitaja ottaa vastaanotolleen ensisijaisesti uudet sepelvaltimotautipotilaat, joille on tehty joko pallolaajennus tai ohitusleikkaus, mutta pyrkii tapaamaan myös jo entuudestaan sepelvaltimodiagnoosin saaneet sekä konservatiivisesti lääkeshoidolla hoidettavat potilaat. Joskus hoitajien resurssipulan vuoksi, osaston oma sydänhoitajan vastaanotto joudutaan kuitenkin perumaan. Sydänhoitajan vastaanotolla käsitellään muun muassa sepelvaltimotautia sairautena, lääkehoitoa, elintapoja ja jonkin verran myös jatkokuntoutusta. Vastaanoton päätteeksi sydänhoitaja kirjoittaa käynnistä kirjallisen yhteenvedon, jossa käy ilmi keskustellut asiat. Jos osaston sydänhoitaja kokee, että potilas tarvitsee kotoa käsin enemmänkin ohjausta tai tukea, voi hän ohjata potilaan Hatanpään erikoispoliklinikan sydänhoitajan vastaanotolle, jonne potilas menee kotiuduttuaan. (Osasto B5:n työohje: sydänhoitajan vastaanotto.)

3.3 Potilaan turvallinen kotiuttaminen sairaalasta

Sairaalahoitoaika on vuosien saatossa lyhentynyt, mikä merkitsee potilaiden kotiuttamista nopeammin ja heikommassa kunnossa. Kotiutuminen ja kotona pärjääminen sairastumisen jälkeen on usein iäkkäälle ja hänen perheelleen stressaava ja haasteellinen

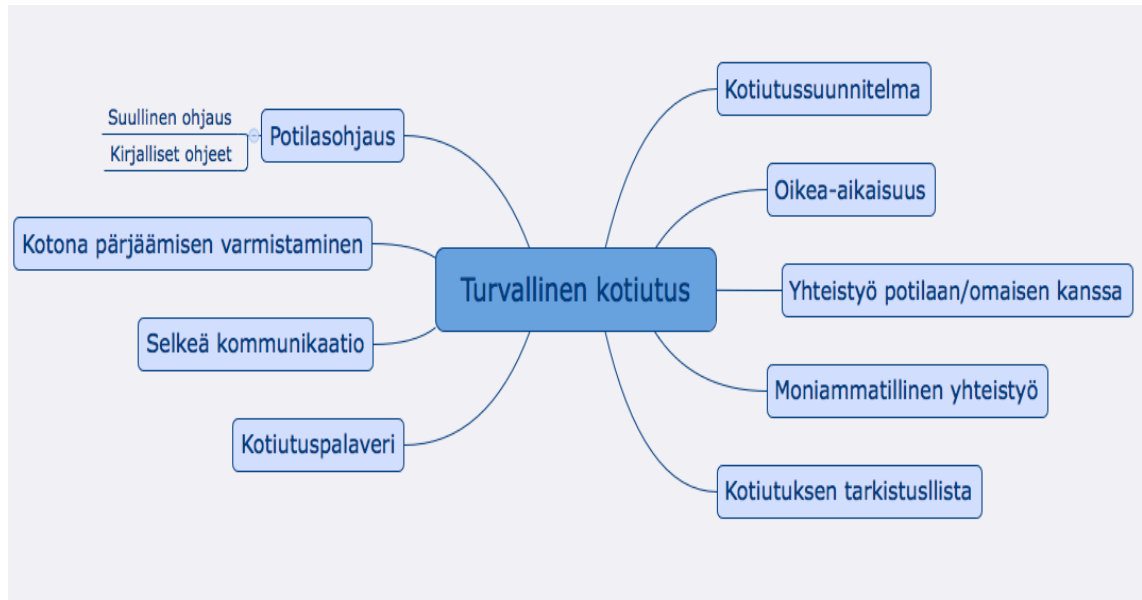
elämäntilanne. Lyhyen hoitoajan vuoksi sairaaloiden käytäntöjen tulisi tukea potilaan arjessa kiinni pysymistä. Oikea-aikainen ja -paikkainen kotiuttaminen vaatii eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja potilaan yksilöllistä elämäntilanteen huomioimista. Potilaan kotiuttamisen perusteina käytetään muun muassa lääketieteellisiä syitä, potilaan toimintakykyä ja elämäntilannetta. Kasvaneet sairaalan tehokkuusvaatimukset lisäävät paineita nopeille potilaiden kotiuttamiselle ja sairaalapaikkojen vapautumiselle. (Koponen 2003, 9-10; Lämsä & Mäkelä 2009, 2551.)

Läkäs potilas on usein monisairas ja heikkokuntoinen, jonka vuoksi kotiutustilanteessa tulee huomioida kotona selviytyminen, mahdollinen jatkohoitopaikka ja kotiin tarvittava kotiapu. Kotiuttaminen voi tämän vuoksi olla monivaiheinen ja työläskin prosessi useine järjestelyineen. Kotiuttaminen voi olla myös kriittinen piste koko hoidon onnistumiselle. Epäonnistunut kotiutuminen voi johtaa myös potilaan nopeaan palautumiseen takaisin sairaalaan. Kotiuttaminen tulisi aloittaa jo varhaisessa vaiheessa, heti potilaan tullessa osastolle. (Lämsä 2013, 108-109.)

Atwalin (2002, 1) tutkimuksessa sairaalasta kotiuttaminen koettiin yhdeksi tärkeimmistä osatekijöistä potilaan hoidossa, mutta samalla myös yhdeksi ongelma-alueeksi. Tutkimuksessa todettiin, että usein kotiutusprosessi laiminlyötiin ja kommunikointi eri yhteistyötahojen kanssa ontui. Kotiuttamisen suurimmaksi ongelmaksi koettiin ajanpuute. Tutkimuksessa korostettiin eri hoitohenkilöstöjen yhteistyön tärkeyttä ja kotiuttamisprosessin aloittamista heti potilaan saapuessa sairaalaan. Lisäksi kotiuttamissuunnitelman johdonmukainen noudattaminen korostui. Chiun ja Newcomerin (2007, 330) katsauksessa todettiin myös hoitajan antaman perusteellisen potilasohjauksen, hoitajan kotikäyntien ja säännöllisen yhteydenpidon kotiutuvaan potilaaseen vähentäneen sairaalahoidon aikaa sekä vähentäneen potilaan hakeutumista uudelleen sairaalahoitoon.

Turvallinen kotiutus (kuvio 6) edellyttää moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja siksi kotiutuspäivämäärän määrittäminen ajoissa on tärkeää. Selkeä kotiuttamissuunnitelma lisää potilaiden tyytyväisyyttä ja sitouttaa omahoitoon. Kotiutuksen tarkistuslistan hyödyntäminen helpottaa hoitohenkilökuntaa huomioimaan kaikki tärkeät seikat kotiutuksen suunnittelussa. Kotiutusprosessiin kuuluu potilaan riittävä ohjaaminen, potilastietojen kokoaminen, hyvä kommunikaatio potilaan ja tarvittaessa omaisten kanssa, riittävä asioiden kirjaaminen, tarvittavien tukipalveluiden (kotihoito ja kotihoiton tukipalvelut) sekä jatkokontrolliaikojen järjestäminen. Riittävä potilasohjaus pitää

sisällään tiedot sairaudesta, lääkityksestä, elämäntavoista ja jatkohoidosta. Kommunikointi potilaan kanssa tulisi olla selkeää ja käyttää potilaan ymmärtyviä termejä. Potilaan ja omaisten omaa mielipidettä ja toiveita kotiutumisen suhteen olisi myös kuultava. Potilaan tulisi saada myös kirjalliset tiedot sairaalajaksosta. (Laakkonen 2011, 7,9-10.)



KUVIO 6. Turvallisen kotiutuksen osa-alueet

Osassa hoitopaikoista voi olla erillinen kotiutuskoordinaattori, joka seuraa potilaiden tilannetta sairaalahoidon ajan ja huolehtii, että kaikki kotiutusasiat tulevat huomioitua. Kotiutusta suunniteltaessa voidaan myös pitää erillinen palaveri, jossa hoitoon osallistuvat ammattiryhmät pohtivat potilaan tilannetta yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Potilaalle voidaan tehdä myös tarkistussoitto muutama päivä kotiutumisen jälkeen, jolla varmistetaan, että kotiutuminen on lähtenyt turvallisesti käyntiin. (Laakkonen 2011, 10.)

Kotiutumisen epäonnistumisen syynä on usein potilaiden riittämätön tai epäselvä tiedonsaanti, vaikka hoitohenkilökunta saattaa kokea antaneensa riittävästi tietoa. Epäonnistuminen saattaa johtua myös kotiutumisen viivästymisistä, jonka on johtunut koordinoinnin, kommunikoinnin sekä resurssien puutteesta. Myös kotiutusvaiheen lääkityksessä voi olla ongelmia, sillä potilas ei välttämättä ole tietoinen omasta lääkityksestään tai potilaan saama lääkelista/ lääkeresepti voi olla puutteellinen ja vaikeasti ymmärrettävä. (Laakkonen 2011,11.) Vastaavanlaisia ongelma-alueita Clancy (2009,344) totesi kirjallisuuskatsauksessaan (liite 1). Katsauksessa ongelma-alueiksi nousi mm. potilaiden tietämättömyys kotilääkityksestä ja hoitodiagnoosista kotiutusvaiheessa, riittämätön tiedonkulku sekä jatkohoitosuunnitelman puuttuminen. Myös potilaiden saama epikriisi

oli usein puutteellinen ja sen toimittaminen jatkohoitopaikkaan ontui. Katsauksen mukaan potilaita tulisi ohjata enemmän ja potilaalle tulisi antaa kirjallinen kotiutussuunnitelma sekä noudattaa kotiutuksen tarkistuslistaa.

Hatanpään sairaalassa potilaan kotiuttaa hoitava lääkäri. Potilaan sairaalassaoloaika vaihtelee yksilöllisesti, mutta keskimääräinen hoitoaika on 6,8 vuorokautta. Hoitoaikaan vaikuttaa aina potilaan vointi, lääketieteellinen tilanne ja elämäntilanne. Kotiutuessa lääkäri antaa potilaalle reseptit/ lääkeohjeen ja käy läpi jatkohoidon ja antaa jatkokontroleista kirjallisen muistilapun. Potilas saa lääkärin epikriisin hoitajaksosta jälkikäteen postitse. Hoitaja tekee potilaalle kotiutuessa hoitotyön yhteenvedon, jossa käy ilmi hoitajakson hoidollinen tilanne ja jatkohoito. (Osasto B5:n työohje: sepelvaltimotauti.)

3.4 Sepelvaltimotautipotilaan jatkohoito sairaalasta kotiutumisen jälkeen

Hatanpään sairaalasta kotiutumisen käytännöksi on asetunut käypä hoito ohjeen mukaisesti, että jatkohoito tapahtuu potilaskohtaisesti joko perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla. Lisäksi osa potilaista saattaa käydä vielä jatkokontroleissa Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikalla tai Tays Sydänsairaalassa (kuvio 7). (Osasto B5:n työohje: Sydänpotilaiden jatkohoito kotiutumisen jälkeen.)



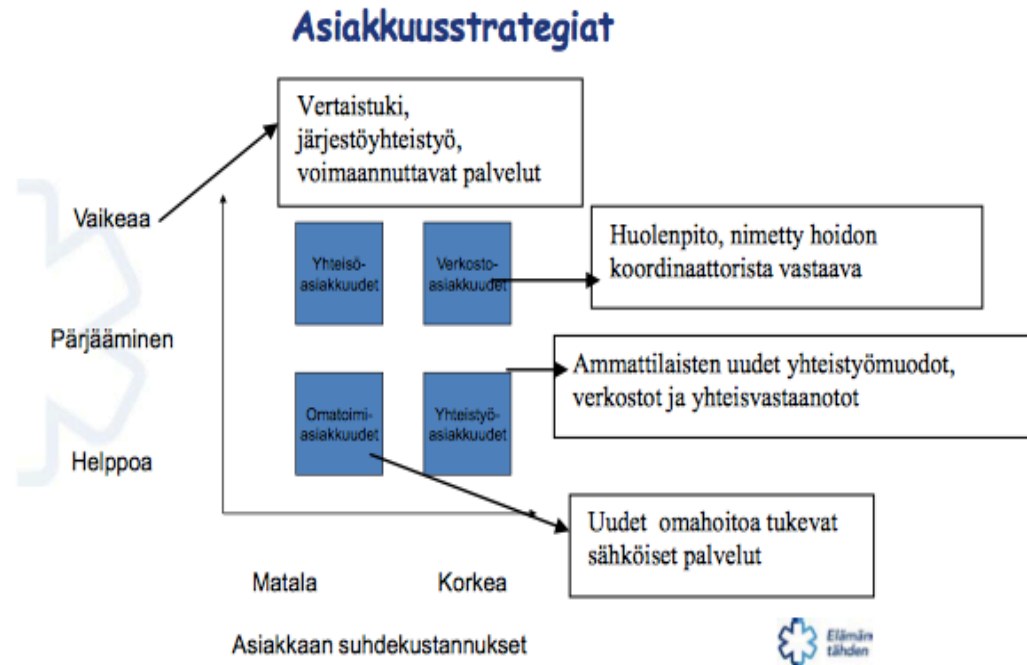
KUVIO 7. Sepelvaltimotautipotilaan jatkokontrollit - ja hoitopaikat

Usein potilaan kotiuduttua, osaston hoitava lääkäri määrää potilaalle jatkohoidoksi omalääkärin peruskontrollin noin kuukauden päähän kotiutuksesta. Tämän ajan potilaat varaavat itse, jos tähän ovat kykeneviä. Ennen omalääkärikontrollia on lisäksi laboratoriotestejä ja mahdollisesti keuhkokuvakontrolli. Omalääkärikontrolli aika on usein lyhyt, mikä asettaa haasteita perusterveydenhuollon jatkohoidon toimivuudelle. Omalääkärin vastaanotolla ei aika usein riitä muuhun kuin lääkityksen ja laboratoriotestien tarkistamiseen. Lääkärillä tulisi olla tehtynä potilaalle selkeä hoitosuunnitelma, jonka tekoon myös potilas on osallistunut. Jatkossa sepelvaltimotautipotilaan tulisi käydä lääkärin kontrollivastaanotolla vuosittain. (Osasto B5:n työohje: Sydänpotilaiden jatkohoito kotiutumisen jälkeen; Käypä hoito 2014.)

Tampereen kaupunki on ollut osana valtakunnallista Potku -hanketta vuosina 2010-2014, jonka tarkoituksena on ollut kehittää pitkäaikaissairaiden hoidon asiakaslähtöisyyttä, ennaltaehkäisevyyttä ja pitkäaikaissairaiden osallisuutta oman hoitonsa suunnitteluun perusterveydenhuollossa eli käytännössä terveyskeskuksien vastaanotoilla. Potku-hankkeen mukaisesti tulisi pitkäaikaissairaanpotilaan eli myös sepelvaltimotautia sairastavan mennä ennen omalääkärin kontrollivastaanottoa oman sairaanhoitajan ns. valmistelevalle vastaanotolle, jossa valmennetaan potilas lääkärin vastaanotolle. Siellä käydään läpi potilaan vointia ja omahoitoa sekä siinä esiintyviä mahdollisia ongelmia. Lisäksi käydään läpi potilaan täyttämä lääkitys- ja omahoitolomake sekä varmistetaan, että kaikki tarvittavat verikokeet on ohjelmoitu. Valmisteleva vastaanotto helpottaa lääkärin vastaanoton sujumista, kun kaikki tarpeelliset seikat potilaan voinnissa on huomioitu. Vastaanotolla tulisi käydä läpi potilaan hoitosuunnitelma yhdessä hänen kanssaan. (Tampereen kaupunki 2012; Tampereen kaupunki: pitkäaikaissairaan hoito; Innokylä 2014.)

Kurkiaura -hanke on luonut Suuntima -mallin, joka on kysymyksiin perustuva menetelmä, jonka tarkoituksena on tunnistaa asiakkaalle oikea hoitopolku. Tavoitteena on, ettei jokainen potilas kulje saman polun mukaan, vaan jokaiselle potilaalle tarjotaan palveluita yksilöllisen tarpeen mukaan. Asiakkuusstrategiat vaihtelevat omatoimi-, yhteistyö-, yhteisö- ja verkosto-asiakkuuksien välillä sen mukaan, kuinka paljon tukea asiakas tarvitsee elämäänsä (kuvio 8). (Kurkiaura: suuntima). Hatanpään sairaalassa tavoitteena on, että hoitaja tekee suuntiman, jonka tulos ohjaa potilaan tuen tarpeeseen kotona. Suuntiman antaman tuloksen mukaan varataan ja ohjataan tarvittaessa jatkohoitokohtia ja järjestetään apua/tukea kotiin. Kurkiauran Suuntima -menetelmää ollaan pi-

lotoitu ja tarkoituksena on ottaa se hiljalleen käytäntöön vuoden 2015 aikana ja tavoitteena on saada siitä toimiva apuväline asiakaslähtöisen hoitopolun luomiseen.



KUVIO 8. Kurkiaura -hankkeen Suuntiman asiakkuusstrategiat (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas 2015)

Pallolaajennetuilla ja lääkehoidolla hoidettavilla potilailla ei useinkaan ole muita Hatanpään sairaalasta ohjelmoituja jatkokontrolleja omalääkärikontrollin lisäksi. Sydänsairaala on kuitenkin saattanut lähettää näille potilaille kutsuja kotiin oman yksikön kontroleihin, mutta näistä Hatanpään sairaala ei aina ole tietoinen. Ohitusleikatut potilaat käyvät omalääkärikontrollin lisäksi kolmen kuukauden kohdalla Hatanpään erikoispoliklinikan erikoislääkärillä ja usein samalla tapaavat myös poliklinikan sydänhoitajan. Erikoispoliklinikan sydänhoitaja saa kaikkien Sydänsairaalassa hoidettujen sepelvaltimotautipotilaiden loppulausunnot, joista hän poimii potilaita omalle vastaanotolleen. Pääsääntöisesti sydänhoitajan luo tulevat uudet sepelvaltimotautipotilaat, jotka eivät ole saaneet ohjausta sairaalajakson jälkeen. (Kapulainen 2015.)

Sydänsairaalan kuntoutusohjaaja tekee myös tiivistä yhteistyötä Hatanpään erikoispoliklinikalla toimivan sydänhoitajan kanssa. Jos Sydänsairaalan kuntoutusohjaaja kokee tarvetta, että potilas tarvitsee enemmän tukea ja ohjausta, voi kuntoutusohjaaja pyytää

Hatanpään sydänhoitajaa ottamaan potilaan vielä hänen vastaanotolleen. Tällaisia potilaita voivat olla mm. monisairaat potilaat. Myös Hatanpään erikoispoliklinikan sydänhoitaja voi tarvittaessa lähettää omia potilaitaan käymään vielä Sydänsairaalan kuntoutusohjaajan vastaanotolla. (Sydänsairaalan kuntoutuskoordinaattori 2015.)

Poliklinikan sydänhoitaja käy jälleen läpi sairautta, kyselee vointia ja antaa elämäntapaohjausta. Erikoislääkärin kontrollissa katsotaan usein sydämen ultraäänikuvaus ja lääkehoidon sopivuus. Jatkossa ohitusleikatuilla potilailla on kardiologin kontrollit vuosittain erikoispoliklinikalla. Joskus myös ohitusleikattujen jatkokontrollit on määritelty Sydänsairaalaan. Erikoispoliklinikan sydänhoitajan vastaanotolle potilas saattaa tulla myös lisäksi Sydänsairaalan kuntoutuskoordinaattorin suosituksesta tai Hatanpään sairaalan osaston lähettämänä. Pallolaajennetut ja lääkehoidolla hoidetut sepelvaltimotautipotilaat tulevat erikoispoliklinikan lääkärielle vain, jos toipumisessa on poikkeavaa, kuten rytmihäiriö, alentunut sydämen pumppausvoima tai sepelvaltimoihin jäänyt haittaavia tukoksia. (Kapulainen 2015.)

Kun potilaan kotiutusvaihe on Hatanpään sairaalassa ajankohtainen ja potilaalla ei ole ennestään käytössä kotihoidon palveluita, voi kotiutuksessa ja kotiutumisen alkuvaiheessa potilaan kotona käydä Tampereen kotiutustiimi. Kotiutustiimin tarkoituksena on auttaa potilasta sairaalasta kotiutumisessa. Kotiutustiimi voi käydä alkuun hoitokäynneillä kotona, varmistaa lääkehoidon turvallisen käyttämisen kotona tai seurata vointia kotona, jos potilas kokee epävarmuutta. Kotiutustiimin käynnit ovat väliaikaisia ja jos pidempiaikaista tarvetta kotiavuille todetaan, järjestää kotiutustiimi pysyvät kotihoidon palvelut potilaan tarpeiden mukaisesti. (Tampereen kaupunki: kotiutustiimi.)

Joskus potilaan kunto ei salli suoraa kotiuttamista sairaalasta, vaan potilaalla on tarve vielä sairaalan jälkeiseen jatkohoitoon laitoksessa. Tuolloin Hatanpään osaston hoitava lääkäri voi tehdä lähetteen jatkokuntoutukseen joko Tampereen Kaupin sairaalaan tai Tampereen Tammenlehväkeskukseen. Kaupin sairaala on geriatrinen kuntoutussairaala, jossa potilaan toimintakykyä tuetaan. Tammenlehväkeskuksessa tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen kuntoutus. Jonotusajat jatkohoitolaitoksiin vaihtelevat suuresti ja joskus jatkohoitopaikkaa joudutaan odottamaan useampi viikko. (Tampereen kaupunki: Kaupin sairaala; Tammenlehväkeskus 2014.)

Hatanpään sairaalan fysioterapeutit antavat tietoa sydänpotilaille suunnatuista avokuntoutusryhmistä. Yksi näistä ryhmistä on Tulppa- avoryhmäkuntoutusohjelma, joka on suunnattu mm. vuoden sisään ohitusleikatuille sekä pallolaajennetuille potilaille. Tulppa-ryhmä kokoontuu vuoden ajan, koostuen 10:stä viikoittaisesta ryhmätapaamisesta sekä puolen vuoden ja vuoden päästä tapaamisista. Kuntoutuksen tavoitteena on antaa tietoa valtimotaudista sekä siten vähentää vaaratekijöitä. Kuntoutuksesta vastaavat fysioterapeutti sekä terveydenhoitaja. (Tampereen kaupunki: Sepelvaltimotautipotilaiden avokuntoutusryhmät.)

Potilaita kannustetaan omatoimisuuteen ja omahoitoon. Sähköisiä palveluita on kehitetty nopeaan tahtiin terveydenhuollossa, mikä mahdollistaa potilaille monipuoliset palvelut. Uusia omahoitoon tukevia sähköisiä palveluita ovat muun muassa terveystutka ja terveystasku. Terveystutka on verkkopalvelu, joka sisältää Terveystutka- hakupalvelun ja omahoitosivuston. Tätä hallinnoi Tampereen kaupunki. Terveystutkan avulla potilas voi huolehtia omasta terveydestään ja hakea itseä kiinnostavia terveyttä edistäviä palveluita Tampereen seudulta. Terveystasku on myös sähköinen verkkopalvelu, johon potilas voi tallentaa omia terveys- ja hyvinvointitietojaan, kuten erilaisia mittaustuloksia. Lisäksi sivustolla voi tehdä erilaisia testejä ja kyselylomakkeita. Terveydenhuollon henkilökunta voi potilaan suostumuksella nähdä nämä potilaan omahoidonkirjaukset vastaanotolla. Terveystaskusta on hyötyä erityisesti kroonisia sairauksia sairastaville, joiden hoito vaatii seuranta. Näiden sähköisten palveluiden toimivuus edellyttää kuitenkin potilaan omaa aktiivista osallistumista. (Tampereen kaupunki: terveystutka 2015; Tampereen kaupunki: Terveystasku 2015.)

Suomen Sydänliitto on ainoa yhtenäinen sydänjärjestö Suomessa, minkä tehtävänä on edistää sydänterveyttä sekä lisätä ihmisten hyvinvointia ja voimavaroja. Sydänliiton valtakunnalliseen keskusjärjestöön kuuluu 17 sydänpiiriä, 237 sydänyhdistystä, Sydänlapset- ja aikuiset, Sydän ja keuhkosiirroksiaat sekä Karpatiat. Sydänyhdistykset ja sydänjärjestöt järjestävät mm. erilaisia yleisöluentoja, terveysneuvontatilaisuuksia, vertaistukitoimintaa, sopeutumisvalmennuskursseja ja muita erilaisia sydänkursseja. Kaikki voivat halutessaan liittyä Sydänliiton jäseneksi. (Sydänliitto 2014c.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen aineistonhankinta ja analysointi ovat tutkimuksen tärkeimpiä osa-alueita. Seuraavassa esitellään tutkimuksen kannalta merkittävimmät metodologiset pääperiaatteet.

4.1 Tutkimuksen metodologiset valinnat

Tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoite määrittelevät ensisijaisesti käytettävän tutkimusmenetelmän. Kvantitatiivista tutkimusta kutsutaan myös määrälliseksi tutkimukseksi ja se kuuluu empiirisen eli havainnoivan tutkimuksen piiriin. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi, jossa asioita pyritään kuvaamaan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia usein havainnollistetaan taulukoiden sekä kuvioiden avulla. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saatuja tuloksia voidaan usein yleistää tutkittuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. (Heikkilä 2014, 13, 15.) Tässä tutkimuksessa kyse oli kvantitatiivisesta opinnäytetyöstä.

Kvantitatiivinen tutkimus vastaa usein kysymyksiin mikä, kuka, mitä, missä, paljonko tai kuinka usein? Tarvittavia tietoja voidaan hakea valmiista aineistosta, kuten tilastoista ja rekistereistä tai hankkia itse. Kvantitatiivinen tutkimusprosessi koostuu tutkimusongelman määrittämisestä (aiheen valinta, tavoitteen ja tarkoituksen määrittäminen), aikaisempiin tutkimuksiin perehtymisestä, tutkimussuunnitelman laatimisesta, mahdollisten hypoteesien laadinnasta, tiedonkeruuvälineen (kyselylomakkeen) luomisesta, tietojen keräämisestä, tietojen käsittelystä ja analysoinnista, tulosten raportoinnista ja johtopäätösten sekä tulosten hyödyntämisestä. (Heikkilä 2014, 17, 23; Holopainen & Pulkkinen 2008.)

Tutkimus oli luonteeltaan arviointitutkimus, sillä tavoitteena oli saada tietoa hoitoketjun toimivuudesta ja saatua tietoa voitiin pitää päätöksenteon perusteena. Arviointia voidaan tehdä eri näkökulmista ja tässä tutkimuksessa käytössä oli asiakkuus-näkökulma.

4.2 Aineiston hankinta ja kuvaus

Tutkimuslupa haettiin Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalan hallintoylihoitajalta helmikuussa 2015. Ensimmäinen tutkimuslupa hylättiin, koska sen alkuperäinen suunnitelma käsitteli myös Tays Sydänsairaalan antamaa hoitoa. Useamman eri organisaation toimintaa käsittelevät tutkimusluvut tulisi hakea eettiseltä toimikunnalta, jolloin käsitteilyaika venyisi merkittävästi. Tämän vuoksi tutkimussuunnitelmaa muokattiin käsittelemään sepelvaltimotautipotilaan hoitoa vain Hatanpään sairaalassa. Tämän aiherajauksen myötä tutkimuslupa myönnettiin.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalan sisätauti-osasto B5:ltä 2-6 kuukautta sitten kotiutuneet sepelvaltimotaudin vuoksi hoidossa olleet potilaat. Tämä aikaväli valittiin, jotta kotiutumisesta oli kulunut riittävästi aikaa ja saatiin riittävästi tietoa, missä kaikissa jatkokontrolleissa potilaat olivat käyneet. Kuudessa kuukaudessa potilaiden tulisi olla käynyt suunnitelluissa kontrolleissa ja potilailla tulisi olla kokemusta jatkokontrollien sisällöstä tai mahdollisista puutteista. Kyselyyn osallistuneiden tiedot tutkija haki manuaalisesti Pegasos -potilastietojärjestelmästä, josta tutkimukseen valittiin kaikki osastolla kyseisenä aikana sepelvaltimotaudin takia hoidossa olleet potilaat.

Kyselytutkimuksia on erilaisia, jonka vuoksi tuleekin miettiä, millainen kyselylomake palvelee tutkittavaa ilmiötä parhaiten. Kyselylomakkeen voi toteuttaa paperiversiona tai nykyään yleistyvämmin sähköisenä tietokoneen avulla. Kyselyn muodosta huolimatta, tärkeää on kysymysten huolellinen suunnittelu, sillä kysymysten muotoilu on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista. Kyselyn muotoon vaikuttaa tutkimuksen tarkoitus ja kohderyhmä. (Heikkilä 2014, 47; Valli 2007, 102-103.) Kaikille kohderyhmään kuuluneille lähetettiin tutkimuslomake kotiin postitse (liite 2). Kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje (liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen osapuolista ja korostettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja anonyymiutta. Kyselylomake tehtiin paperisena, sillä tutkimuksen kohderyhmä koostui iäkkäistä ihmisistä ja siten vastaus saatiin näin varmimmin. Lomake pyrittiin tekemään helposti täytettäväksi, jotta mahdollinen vastauskato saatiin minimoitua. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja kyselylomakkeet olivat etukäteen koodattuja, joidenka avulla vastaamatta jättäneille lähetettiin uusintakysely. Tarvittaessa myös vastaajan läheinen pystyi auttamaan kyselyn täyttämässä.

Kyselylomakkeen eli mittarin rakentaminen tulee aloittaa tutkittavan ilmiön teoriaan tutustumalla. Kyselylomake aloitetaan usein taustakysymyksillä, jotka toimivat myös usein selittävinä muuttujina. Taustakysymysten jälkeen tulee varsinaista tutkimusaihetta koskevat kysymykset. Kysymysten rakenne tulee myös tarkkaan määritellä: avoin kysymys, suljettu vai monivalintakysymykset. Myös asteikkojen valinta ja muoto tulee ratkaista. Yleisenä periaatteena on se, että kysymykset eivät saa olla johdattelevia puoleen eikä toiseen. Kyselyn pituus on olennainen asia, jota tutkijan tulee miettiä. Kyselyn enimmäispituus vaihtelee kohderyhmän mukaan. Jos lomake on liian pitkä, täytyy lomakkeen pysyä mielenkiintoisena, jotta lomakkeen jaksaa täyttää loppuun asti. Lomakkeen kieliasun tulee olla sujuvaa ja ymmärrettävää. Lomakkeen ulkoasuun tulee myös kiinnittää huomiota ja kyselylomake tulee myös asianmukaisesti esitellä. (Valli 2007, 103-105; Holopainen & Pulkkinen 2008, 43.)

Opinnäytetyössä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi kaksi avointa kysymystä. Kyselylomakkeen kysymykset nousivat teoreettisesta viitekehyksen teemoista (sairaalahoito, kotiutus ja jatkohoito), joihin oli etukäteen perehdytty. Kyselylomakkeen teemat koostuivat taustatiedoista, sairaalahoidosta, kotiutuksesta ja jatkohoidosta. Kyselyn alussa oli taustatietoja, kuten esimerkiksi ikää ja sukupuolta, kartoitettavia kysymyksiä (kysymykset 1-6). Seuraavaksi lomakkeessa kartoitettiin sairaalahoitoa koskevia asioita (kysymykset 7-15), jossa käsiteltiin muun muassa sairaalahoidon kokemuksia, sydänhoitajan vastaanottoa ja omaisten ohjausta. Kotiutusosiossa (kysymykset 16 ja 17) tiedusteltiin kotiutuksen turvallisuutta, selkeyttä ja saatua ohjausta. Jatkohoitoa koskevissa kysymyksissä (kysymykset 18-23) kartoitettiin, missä kaikissa jatkokontrollissa vastaajat kävivät ja kokivatko he kontrollit riittäviksi vai kokivatko he niissä yllätyksiä, puutteita tai päällekkäisyyttä.

Kyselylomake esiteltiin kahdella iäkkäällä sepelvaltimotautipotilaalla, jotka kokivat kyselylomakkeen helpoksi täyttää ja väärin tulkintoja ei tullut. Suullisen palautteen mukaan potilaat kokivat kyselyn sopivan mittaiseksi ja selkeäksi ulkoasultaan. Tutkija kuitenkin vielä muutti muutaman kysymyksen muotoilua tarkemmaksi. Esimerkiksi kysymyksen 18 ”missä kaikissa jatkokontrollissa kävitte” -kysymyksen muotoilua tarkennettiin. Kyselylomakkeen sisällön toimivuutta testattiin kolmella osasto B5:n hoitajalla ja osastonhoitajalla, jotta sisällöllisesti kaikki tärkeät asiat tuli huomioitua. Hoitajien kommenttien perusteella ei muutoksia lomakkeeseen enää tehty.

Tutkimuskyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 97 kappaletta ja ensimmäisen kyselykierroksen päätyttyä kyselylomakkeita palautettiin 52 kappaletta eli vastausprosentti oli noin 55%. Uusintakyselyn päätyttyä vastauksia oli saapunut yhteensä 67 kappaletta eli vastausprosentti nousi yhteensä noin 69%: in.

4.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Kvantitatiivissa tutkimuksissa aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi ovat erillisiä vaiheita. Kvantitatiiviset aineistot käsitellään usein tilasto-ohjelmien avulla ja tulokset esitetään numeerisesti, graafisesti sekä raportoidaan tekstimuodossa. (Heikkilä 2014, 121-123.) Myös tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen strukturoitujen kysymysten osalta aineiston käsittelyssä käytettiin SPSS -tilastointiohjelmaa ja avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuslomakkeen tiedot tallennetaan tilastointiohjelman havainnointimatriisiin, joka on taulukko sisältäen havaintoyksiköiden kaikkia muuttujia sisältävät havainnot. Lomakkeen jokaista vastausta varten määritellään kysymystä vastaava muuttuja. Muuttujien suhteita ja arvoja kuvataan ja havainnollistetaan usein erilaisten taulukoiden, jakaumien, pylväiden sekä kuvioiden avulla. (Vilka 2007, 105,108; Heikkilä 2014, 123.) Havaintomatriisin aineisto tarkastettiin tietojen tallentamisen jälkeen vielä kertaalleen läpi, jotta mahdolliset näppäilyvirheet havaittiin. Tuloksia esitettiin prosentti- ja frekvenssijakaumina sekä analysoitiin ristiintaulukoinnilla ja korrelaatiokertoimilla. Tuloksia havainnollistettiin taulukoilla ja kuvioilla.

Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden kokemuksia saamastaan sairaalahoidosta, kotiutuksesta sekä jatkohoidosta. Tutkimuksen taustamuuttujina käytettiin ikää, sukupuolta, sairaalasta kotiutusaikaa ja tehtyä toimenpidettä. Näistä ryhmistä tarkasteltiin aluksi frekvenssejä, prosentteja ja näiden normaalijakaumia Kolmogorovin- Smirnovin testillä. Näiden jälkeen suoritettiin erilaisia testejä, joiden avulla pyrittiin löytämään selittäviä tekijöitä ja merkityksiä aineistosta. Muuttujien välistä erojen suuruutta tutkimuksessa kuvattiin tilastollisen merkitsevyyden p-arvolla. P-arvon pienuus kuvasti sattuman vaikutusta erojen selittäjänä ja ryhmien välistä eroa. Tilastollisesta merkitsevyydestä käytettiin tutkimuksessa seuraavaa ilmaisua: (Heikkilä 2014, 195.)

Tilastollisesti erittäin merkitsevä, jos $p \leq .001^{***}$

Tilastollisesti merkitsevä, jos $.001 < p \leq .01^{**}$

Tilastollisesti melkein merkitsevä, jos $.01 < p \leq .05^*$

(Heikkilä 2014, 195).

Tutkimuksessa käytettiin analyysimenetelminä ristiintaulukointia ja korrelaatiotestejä. Tilastollisen testin valintaan vaikutti muun muassa käytetty mitta-asteikko ja muuttujien normaalijakautuneisuus. Tutkimuksessa käytettyjen muuttujien mitta-asteikot olivat nominaalisasteikko (kysymykset 1, 4-6, 8-9, 11-13 ja 18-23), järjestysasteikko (kysymykset 10, 14 ja 16), välimatka-asteikko (kysymykset 3 ja 7) ja suhde-asteikko (kysymys 2) (liite 2). Vastaajien mielipiteitä kartoitettiin useimmiten Likertin asteikolla, jossa toisena ääripäänä oli ”täysin samaa mieltä” ja toisessa ääripäässä ”täysin eri mieltä”.

1 Täysin samaa mieltä

2 Jokseenkin samaa mieltä

3 Jokseenkin eri mieltä

4 Täysin eri mieltä

Ristiintaulukoinneissa nämä yllä olevat vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudelleen, siten että kaikki ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä”- vastaukset yhdistettiin yhteen luokkaan sekä ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin eri mieltä”-vastaukset yhdistettiin toiseen luokkaan. Tämä yhdistäminen tehtiin, jotta tarpeeksi analyysiyksiköitä saatiin kumpaankin luokkaan ja vertailu luokkien välillä oli mielekäästä.

Ristiintaulukoinnin avulla pyrkimyksenä oli selvittää kahden luokitellun muuttujan välistä jakautumista ja yhteyttä. Ristiintaulukoinnin yhteydessä selviteltiin myös muuttujien välistä riippuvuutta Khiin neliö- testin avulla. Suurimmassa osassa Khiin neliö- testien edellytykset eivät olleet kuitenkaan voimassa, jonka vuoksi nämä jätettiin pois. (Heikkilä 2014, 198,200, 217.)

Korrelaatiotestien avulla tutkitaan myös usein kahden muuttujan välistä yhteyttä ja riippuvuutta. Tutkimuksessa käytettiin Pearsonin tai Spearmanin korrelaatiokerrointa riippuen muuttujien asteikosta. Korrelaatiokertoimet eivät kuitenkaan kerro muuttujien välisestä kausaalisuhteesta. Selityskerroin (r^2) ilmaisee, kuinka paljon selittävä muuttuja

selittää selitettävän muuttujan vaihtelusta ja se ilmaistaan prosentteina. Korrelaatiokerroimet ovat $-1:n$ ja $1:n$ välillä, jolloin etumerkki osoittaa riippuvuuden suunnan. Mitä lähempänä korrelaatiokerroin on nollaa, sitä vähemmän on yhteyttä muuttujien välillä. Alla esiteltynä korrelaatiotestien merkitsevyydet. (Heikkilä 2014, 192-193; Metsämuuronen 2002, 43.)

Korrelaatiotestien merkitsevyydet:

0,80- 1,0 erittäin korkea korrelaatio

0,60-0,80 korkea korrelaatio

0,40-0,60 melko korkea korrelaatio

0,30-0,40 kohtalainen

alle 0,30 heikko

(Metsämuuronen 2002, 43).

Taulukossa 3 on esitettynä tutkimuksessa käytettyjen testien käyttö ja edellytykset. Tutkimuksessa ei riitä vain saatujen numeeristen tulosten esittäminen, vaan niitä tulee osata tulkita myös tutkimusongelman kannalta. Tulosten tulkinta raportoidaan sanallisesti ja pohditaan vertaillen saatuja tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin, teorioihin sekä muodostetaan johtopäätöksiä. (Vilka 2007, 147.)

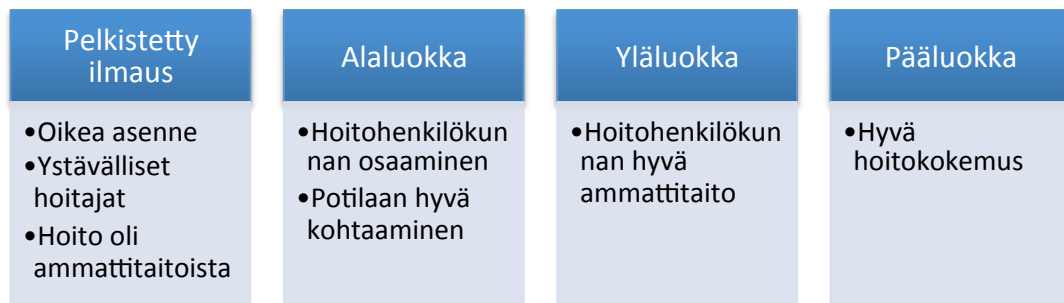
TAULUKKO 3. Tutkimuksessa käytetyt tilastolliset analyysimenetelmät (Heikkilä 2014,99, 194, 200.)

Testi	Käyttö	Testin edellytykset
Normaalijakauma (Gaussin käyrä)	Yleisemmin tunnettu jatkuva jakauma, jota käytetään käytännön ilmiöiden matemaattisena mallina. Tarkastellaan ovatko muuttujat normaalisti jakautuneet (jakauma on samanlainen keskiarvon molemmin puolin). Testin avulla, voidaan perustella mitä testejä tutkimuksessa käytetään.	Voidaan tehdä järjestysvälimatka ja suhdelukuasteikollisille muuttujille.
Ristiintaulukointi	Mittaa kahden tai useamman luokitellun muuttujan välistä yhteyttä. Ilmaistaan prosentti- ja frekvenssijakaumina.	Voidaan käyttää kaikilla mitta-asteikoilla, myös nominaalisasteikollisille muuttujille. Suhdelukuasteikolliset muuttujat ensin luokiteltava.
Khiin neliö – testi (x2-riippumattomuustesti)	Käytetään ristiintaulukoinnin yhteydessä, jos halutaan selvittää onko muuttujien välillä tilastollista riippuvuutta.	Muuttujiksi riittävät nominaalisasteikolliset muuttujat, korkeintaan 20% odotetuista frekvensseistä saa olla pienempiä kuin 5 ja jokaisen odotetun frekvenssin on oltava suurempi kuin 1.
Pearsonin korrelaatio	Tutkii kahden muuttujan välistä yhteyttä ja riippuvuutta. Osoittaa lineaarisen riippuvuuden suuruutta.	Muuttujat välimatka- ja suhdeasteikollisia ja aineiston tulee olla normaalijakautunut.
Spearmanin korrelaatio	Tutkii muuttujien välistä yhteyttä ja riippuvuutta.	Muuttujat järjestysasteikollisia. Ei normaalijakaumaoletusta.
Reliabiliteetti-testi (Cronbachin alfa)	Käytetään mittarin reliabiliteetin arviointiin - mittaavatko kaikki mittariin valitut muuttujat samaa ilmiötä. Hyvän alphan raja on $\geq 0,70$.	Muuttujat käännettävä samansuuntaisiksi

Kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin (kysymykset 15 ja 17, liite 2) saivat potilaat omin sanoin kuvata kokemuksiaan saamastaan hoidosta. Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisella aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ollaan kiinnostuneita tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien kannalta merkityksellisistä asioista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 95).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi lähtee liikkeelle aineiston sisältöön perehtymisellä ja aineiston litteroinnilla eli aukikirjoittamisella. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan litteroidusta aineistosta tehtyä informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin siten, että tutkimukselle epäolennaiset asiat on karsittu. Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaukset listataan ja etsitään niistä samankaltaisuuksia sekä erilaisuuksia. Pelkistettyjä ilmauksia yhdistellään ja muodostetaan alaluokkia, jotka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alaluokkia yhdistellään ja luodaan niiden perusteella yläluokkia, joita yhdistellään ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Sisällönanalyysissa käsitteitä yhdistetään saaden vastauksia tutkittavaan ilmiöön. Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tulkintaan ja päättelyyn sekä näiden perusteella tutkija pyrkii tekemään johtopäätöksiä sekä ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Tavoitteena on ymmärtää tutkittavien näkökulma koko analyysiprosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

Tutkimuksessa aineiston sisällönanalyysi alkoi lukemalla kaikki avoimien kysymysten vastaukset läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Tämän jälkeen vastaukset litteroitiin kysymys kerrallaan. Aukikirjoitettua tekstiä tuli yhteensä vajaa kolme sivua. Läheskään kaikki tutkimukseen vastanneista eivät olleet vastanneet jokaiseen avoimeen kysymyseen. Litteroinnin jälkeen aineistoa pelkistettiin alleviivaamalla tutkimuskysymysten kannalta olennaiset ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin tutkimuskysymyksittäin ja etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Kysymyksen 15 (liite 2) analyysi tehtiin vastauksista nousseista positiivisista ja negatiivista asioista. Näistä syntyi kuvaavia alaluokkia, jotka yhdistettiin yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. Analyysin pelkistämässä käytettiin vastaajien autenttisia ilmauksia. Kuviossa 9 esitettynä esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä.



KUVIO 9. Esimerkki sisällön analyysistä etenemisestä

Kyselylomakkeen kysymyksiin 19-22 (liite 2) vastaajat saivat halutessaan kommentoida muutamalla sanalla. Koska vastauksia oli määrällisesti vähän ja vastaukset lyhyitä, päätettiin vastauksia vain esittelemään autenttisten esimerkkivastauksien avulla.

Reliabiliteettitestillä tarkasteltiin mittariston luotettavuutta eli mittaavatko kaikki mittarin muuttujat samaa ilmiötä. Reliabiliteetti määritellään mittauksen korrelaatioksi, jota analysoidaan korrelaatiokertoimen avulla. Cronbachin alfa ilmaisee korrelaatiokerrointa ja kertoimen suuret arvot osoittavat korkeasta reliabiliteetista. Yleisesti hyväksytty hyvän alphan raja on $\geq 0,70$. (Heikkilä 2014, 178.) Sairaalahoidon ja sydänhoitajan vastaanottoa koskevan kysymysosion (kysymys 10 ja 14, liite 2) Cronbachin alfa-arvoksi saatiin ,896 ja kotiutusta koskevan kysymysosion (kysymys 16, liite 2) saatiin ,905 (liite 6).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyitä lähetettiin 97 kappaletta, joista lopulta palautui 67 kappaletta ja siten lopullinen vastausprosentti nousi 69.07%:iin. Tutkimuksen taustamuuttujina käytettiin ikää, sukupuolta, tehtyä toimenpidettä ja sairaalassaolo aikaa. Tutkimukseen vastanneista reilu 60% oli miehiä ja naisia vajaa 40% (taulukko 4). Vastanneiden keski-ikä oli 73.64 ja ikäjakauma 44-88- vuotta.

Tehtyjen toimenpiteiden osalta vastaajien prosentuaalinen jakautuminen oli melko tasaista. Eniten vastaajista oli ollut konservatiivisessa hoidossa ja vähiten oli ohitusleikkauksen hoidossa olleita (taulukko 4). Tehdyistä toimenpiteistä selkeästi suurin osa (77.5%) oli tehty päivystyksellisesti.

Joka neljännes oli ollut Hatanpään sairaalan hoidossa yli kuusi kuukautta sitten, reilu puolet vastaajista 4-5 kuukautta sitten ja lähes joka neljäs 2-3 kuukautta sitten (taulukko 4). Vastanneista 67% (n=45) kertoi saaneensa sepelvaltimotautidiagnoosinsa alle vuosi sitten ja loppuilla 30%:lla (n=20) diagnoosin saamisesta oli kulunut yli vuosi. 3% ei ollut ilmoittanut diagnoosin saamisen ajankohtaa.

TAULUKKO 4. Vastaajien taustatiedot (n=67)

Taustatieto	Vastaajien määrä (n)	%
Sukupuoli		
mies	43	64
nainen	24	36
Toimenpide		
Konservatiivinen hoito	26	39
Pallolaajennus	22	33
Ohitusleikkaus	19	28
Sairaalassa olo aika		
2-3 kuukautta sitten	16	24
4-5 kuukautta sitten	34	51
yli 6 kuukautta sitten	17	25

Vastanneista 88% (n=59) tuli Hatanpään sairaalan osastolle Taysin Sydänsairaala. 10% (n=7) kertoi tulleensa Hatanpäälle ensiapu Acutasta ja 2% (n=1) jostain muualta. Taysin Sydänsairaala tulleista potilaista 45% oli tavannut Taysissa ollessaan kuntoutusohjaajan.

Osa vastaajista oli hyvin iäkkäitä ja hoitojaksosta oli kulunut pitkäkin aika, joka tuli myös vastauksista ilmi muistamattomuutena. Tämä ilmeni avoimien kysymysten vastausosioissa.

Unohtanut jo asioita hoidosta muistiongelman vuoksi.

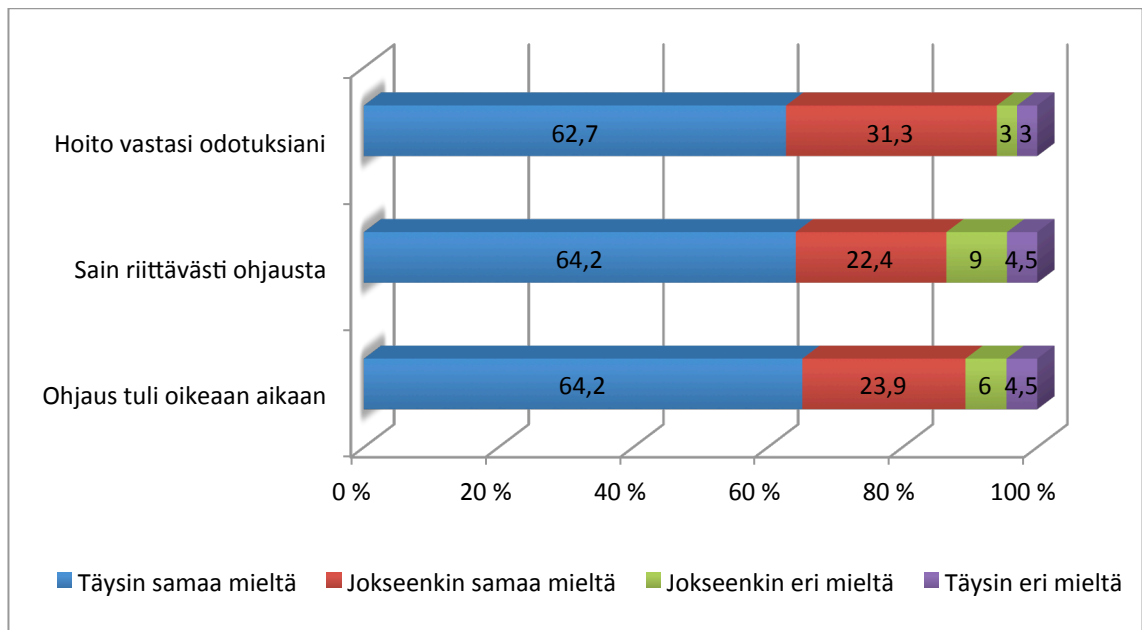
Parilta päivältä puoli vuotta sitten ei ole muistikuvaa tapauksesta, ei ainakaan mitään kielteistä.

En tiedä tapasinko sydänhoitajaa osastojaksollani.

5.1 Potilaat tyytyväisiä sairaalahoitoon

Tutkimuksessa selviteltiin potilaiden kokemuksia Hatanpään sairaalan osasto B5:n hoidosta. Tutkimuksessa kartoitettiin muun muassa, vastasiko hoito osastolla potilaiden odotuksia, saamaansa ohjausta ja osaston sydänhoitajalla käynnin kokemuksia. Lisäksi vastaajat olivat saaneet kirjoittaa halutessaan omia kommentteja osastohoidostaan. Kahdessa kysymysoiossa (kysymykset 10 ja 14, liite 2) oli väittämiä vastaajien saamasta hoidosta ja ohjauksesta sekä sydänhoitajan vastaanotolla käynnistä.

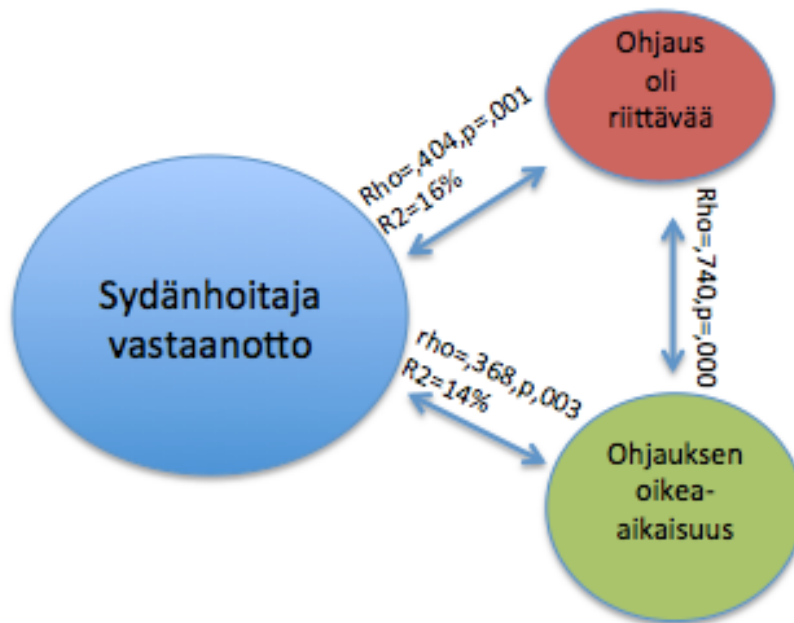
Reilu 60% (n=43) vastanneista koki Hatanpäällä saamaansa hoidon vastanneen täysin odotuksiaan ja reilu kolmannes (n=21) oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Vastaajat kokivat pääasiallisesti saaneensa riittävästi ohjausta osastolla. Riittävän ohjauksen kanssa täysin samaa mieltä oli yli 60% (n=43) vastanneista ja jokseenkin samaa mieltä reilu viidennes (n=15). Reilu 60% (n=43) koki olevansa täysin samaa mieltä ohjauksen oikea-aikaisuuden suhteen ja vajaa joka neljäs (n=16) oli jokseenkin samaa mieltä. (kuvio 10).



KUVIO 10. Hoidon ja ohjauksen kokemukset (n=67)

Ohjaustilanteissa vastaajien läheinen/omainen oli mukana 13% (n=9) tapauksista ja 28% (n=19) koki, että tarvetta olisi ollut myös läheisen ohjaukselle. Vastaajista yli puolet (65,7%, n=44) oli kuitenkin sitä mieltä, ettei heidän läheisensä tarvinnut ohjausta.

Kaikkiaan 72% (n=48) tapasi osastolla ollessaan osaston oman sydänhoitajan, joista sepelvaltimoiden pallolaajennettuja oli 81%(n=17), ohitusleikattuja 84% (n=16) ja konservatiivisesti hoidettuja 58% (n=15). Ristiintaulukoinnin (liite 4) ja Spearmanin korrelaatioanalyysin mukaan sydänhoitajan tapaaminen osastohoidon aikana oli yhteydessä vastaajien kokemuksiin ohjauksen riittävydestä. Sydänhoitajan vastaanotto selitti noin 16% ohjauksen riittävyden vaihtelusta (kuvio 11). 79% (n=45) vastaajista, jotka olivat tavanneet sydänhoitajan, olivat täysin samaa/ jokseenkin samaa mieltä ohjauksen riittävydestä. (liite 4)



KUVIO 11. Sydänhoitajan vastaanoton ja ohjauksen yhteydet ja selitysosuudet

Sydänhoitajan tapaamisella ja kokemuksella ohjauksen oikea-aikaisuudesta todettiin olevan positiivinen lineaarinen yhteys. Sydänhoitajan vastaanotto selitti 14% ohjauksen oikea-aikaisuuden vaihtelusta (kuviot 11) ja 78% ($n=45$) sydänhoitajan tavanneista koki olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä ohjauksen oikea-aikaisuudesta (liite 4). Edellä esitettyjen tulosten perusteella voidaan todeta, että sydänhoitajan vastaanotolla käyminen lisäsi tässä tutkimuksessa kokemusta ohjauksen oikea-aikaisuudesta ja riittävydestä. Myös ohjauksen riittävydellä ja oikea-aikaisuudella oli keskenään positiivinen yhteys (kuviot 11). Kun kokemus ohjauksen riittävydestä kasvoi, lisääntyi myös kokemus ohjauksen oikea-aikaisuudesta.

Sydänhoitajan vastaanotolla keskustellaan sepelvaltimotaudista sairautena, sydänsairaana terveellisistä elämäntavoista, lääkityksestä ja jatkohoidosta. Vajaa 60% vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan ja elämäntavoista, runsaat 50% lääkityksestään ja 40% jatkohoidostaan. (taulukko 5.)

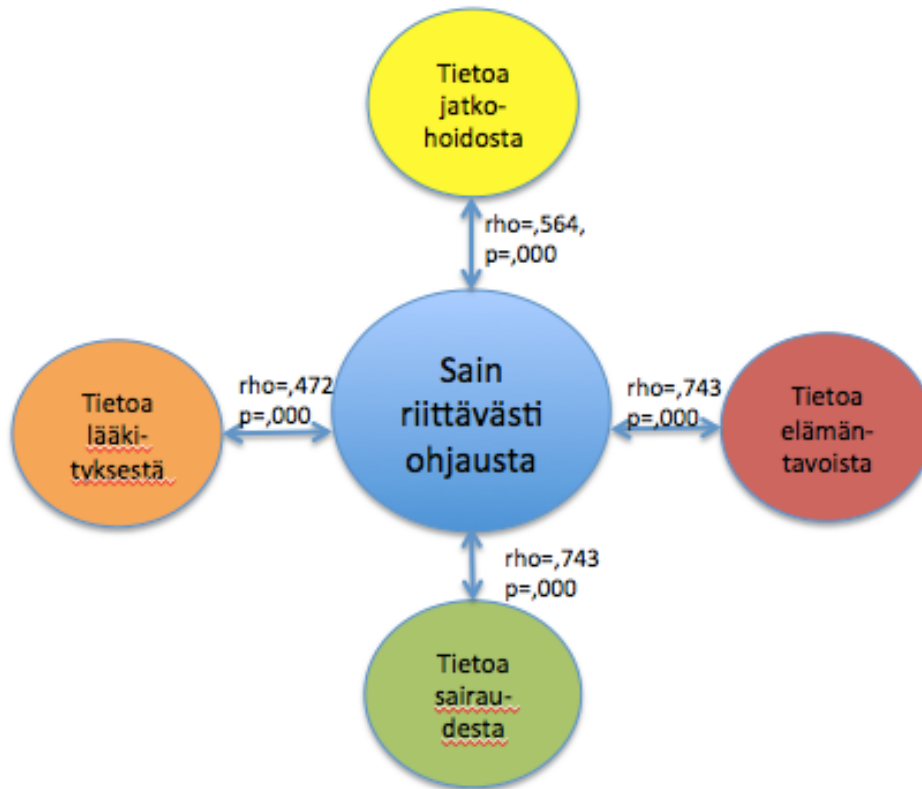
Sydänhoitaja kirjoittaa vastaanottokäynnistä kirjallisen yhteenvedon. Siinä tulisi näkyä keskustellussa käydyt asiat ja siten tukea potilaita palaamaan käsiteltyihin asioihin myöhemmin. Kirjallinen yhteenvedo jakoi eniten mielipiteitä vastaajien keskuudessa.

Vastanneista 37% oli täysin samaa mieltä, että kirjallinen yhteenveto tukee sydänhoitajan vastaanotolla keskusteltuihin asioihin palaamista myöhemmässä vaiheessa kotona. (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Potilaiden kokemukset sydänhoitajan käynnistä (n=46-48)

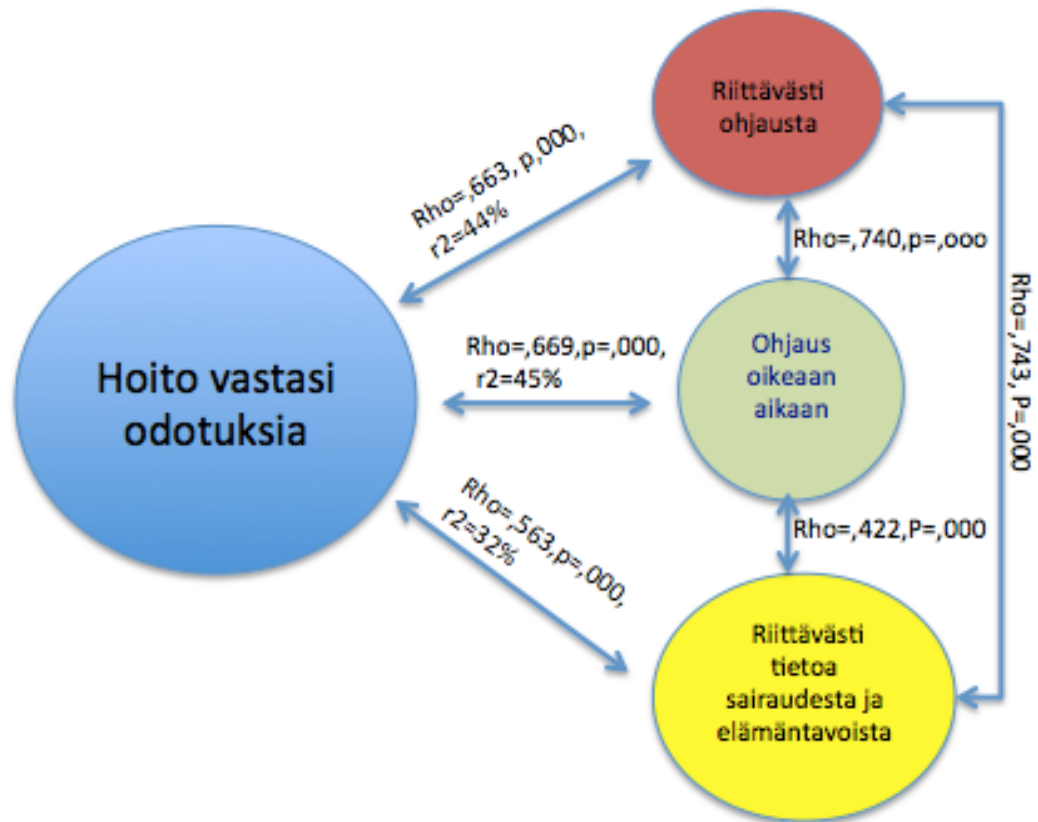
	Täysin samaa mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	Täysin eri mieltä %
Sain riittävästi tietoa sairaudestani (n=48)	58	9	3	2
Sain riittävästi tietoa elämäntavoista(n=48)	58	9	3	2
Sain riittävästi tietoa lääkityksestäni(n=47)	51	18	2	
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani (n=48)	40	22	6	3
Kirjallinen yhteenveto tuki asioiden läpikäymistä (n=46)	37	16	13	2

Riittävä ohjaus oli myös vahvasti yhteydessä ohjauksen eri osa-alueisiin. Vahvin yhteys ohjauksen riittävyydellä todettiin tietoon sairaudesta ja elämäntavoista sekä näiden jälkeen jatkohoidosta. Melko korkea yhteys oli myös lääkityksestä saatavaan tietoon (kuvio 12).



KUVIO 12. Riittävän ohjauksen ja ohjauksen eri osa- alueiden väliset yhteydet

Spearmanin korrelaatioanalyysin (kuvio 13) mukaan hoito vastasi odotuksia, jos potilas sai riittävästi ohjausta ja ohjaus annettiin oikeaan aikaan osastohoidon aikana. Lisäksi hoito vastasi odotuksia, jos potilas sai ohjausta eri osa-alueista, mutta etenkin jos ohjaus koski sairautta ja elämäntapoja. Nämä olivat tilastollisesti myös erittäin merkitseviä. 72% (n=46) sydänhoitajan vastaanotolla käyneistä koki osastohoidon vastanneen odotuksiaan (liite 4).



KUVIO 13. Hoito vastasi odotuksiani - muuttujan ja ohjauksen sekä tiedon antamisen yhteydet

Hoidon odotuksilla oli siis vahva positiivinen lineaarinen yhteys ohjauksen eri osaluokkiin. Selitysaste näiden välillä vaihteli 32-45% välillä, mikä tarkoitti ohjauksen vaikutuksen vaihtelua kokemukseen hoidon odotuksista. Myös ohjauksen oikea-aikaisuudella oli yhteyttä ohjaukseen sairaudesta ja elämäntavoista (kuvio 13).

5.1.1 Hoitohenkilökunta ja potilaan kohtaaminen vaikuttavat hoitokokemukseen

Vastaajat saivat myös vapaasti kommentoida Hatanpäällä saatua hoito tutkimuskyselyn avoimessa kohdassa (kysymys 15, liite 2). 37 vastasi tähän kysymykseen ja osa vastauksista jäi suppeiksi. Vastaukset analysoitiin laadullisella induktiivisella sisällönanalyysillä. Pelkistetyistä autenttisista vastauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä muodostettiin näistä alaluokkia kuvaamaan ilmaisuja. Samansisältöiset alaluokat yhdisteltiin edelleen kuvaaviksi yläluokiksi ja edelleen näiden kuvaamaksi käsitteeksi. (taulukko 1 ja 2, liite 5). Vastauksista nousi esiin potilaan kohtaaminen, hoitohenkilö-

kunnan ammattitaito, potilasohjaus, potilaan kohtelu, osaston ilmapiiri ja hoitoympäristön vaikutus hoitokokemukseen.

Vastaajat kokivat, että potilaiden kohtelu oli hyvää ja hoitohenkilökunnan asenne oikea. Empaattisuus, huumori ja hyvä potilaiden kohtelu saivat kehuja sekä lisäksi hoitohenkilökuntaa kuvailtiin ystävälliseksi, asialliseksi ja osaaviksi. Hoitohenkilökunnan osaaminen ja potilaan hyvä kohtelu on osa ammattitaitoa ja arvokasta potilaan kohtaamista. Lisäksi ruoka koettiin hyväksi, mikä jäi mieleen osastohoidosta. Osaston ruokahuolto on ostopalvelu Tampereen Ateriasta ja toimii siten osaston tukipalveluna. Toimivat tukipalvelut, potilaan arvokas kohtaaminen ja henkilökunnan hyvä ammattitaito yhdessä loivat potilaalle hyvän hoitokokemuksen (taulukko 1, liite 5).

...Hoitoketju toimii erinomaisesti. Hoitovastuiden siirrot tapahtuivat saumattomasti. Henkilöstön osaaminen/ työhön sitoutuminen eri hoitoyksiköissä vakuutti ja loi turvallisen olon potilaille. Eri ammattiryhmien roolit tuntuivat selkeiltä ja toiminta tavoitteelliselta.

Paikka on oikein hyvä, hoitajat mukavia, ruoka hyvää. 10+.

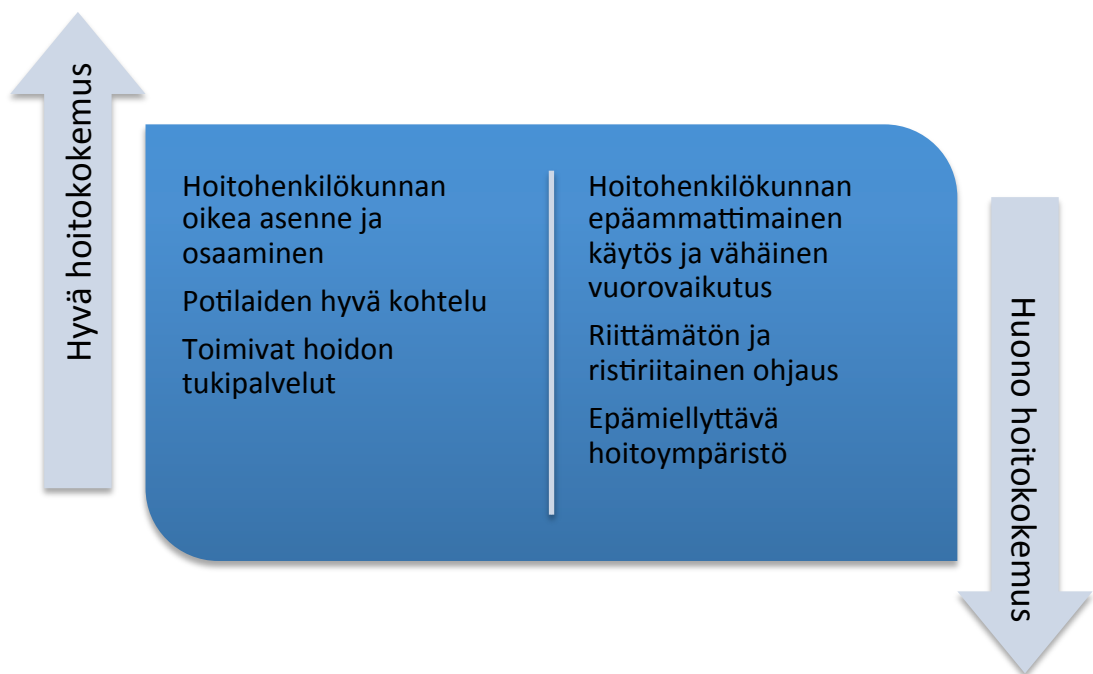
Avoimessa vastauksessa potilaat kertoivat myös negatiivista kokemuksesta osastohoidostaan. Negatiiviset kokemukset kohdistuivat hoitajien huonoon käytökseen, saatuun ohjaukseen, yleiseen ilmapiiriin ja epämiellyttäviin sänkyihin (taulukko 2, liite 5). Kaikista vastauksista ei kuitenkaan käynyt ilmi, miksi saatu hoito koettiin huonoksi.

Potilaat kokivat, ettei saatu ohjaus tullut aina oikeaan aikaan, sillä tiedon vastaanottaminen ei onnistunut ja ohjeet koettiin osin ristiriitaisiksi. Kaikki eivät saaneet myöskään riittävästi ohjausta. Ohjauksesta jäi puuttumaan siten yksilöllisyys, jossa huomioitaisiin jokaisen potilaan ohjauksen tarpeet ja edellytykset. Potilaan riittämätön kohtaaminen ja osaston ilmapiirin kiireellisyys näkyi hoitohenkilökunnan vähäisessä vuorovaikutuksessa ja epäammattimaisessa käytöksessä potilaiden kanssa, sillä hoitajia näkyi usein vain lääkkeiden tuonnin aikana. Potilaiden riittämätön kohtaaminen ja kiireen vaikuttaminen potilaan hoitoon osaltaan muodostivat epäammattimaisen kohtelun.

Kotiutus oli maanantaina- surkea hoitajakso. Sydänhoitaja olisi ollut tavtavissa keskiviikkona, mieluummin kotiin.

Ambulanssi toi TAYS:istä klo 14.00 osastolle, hoitaja tuli ensimmäisen kerran huoneeseen iltalääkkeiden kanssa joskus klo 18.00...

Osaston sängyt, ruoka ja huonetoverit toivat negatiivisia kokemuksia. Toiset potilaat koettiin häiritseväksi ja ruoka sekä sänky epämiellyttäväksi. Potilaiden kokema hoitoympäristö vaikutti siten myös heidän hoitokokemukseensa. Kuviossa 14 esitettyä potilaan hoitokokemuksen edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.



KUVIO 14. Hoitokokemuksen edistäviä ja heikentäviä tekijöitä

5.2 Kotiutus koetaan turvalliseksi

Yksi opinnäytetyön teemoista oli kotiutus. Kotiutuksesta kartoitettiin vastaajien kokemuksia kotiutuksen turvallisuudesta, selkeydestä ja kotiutuksen yhteydessä saamasta ohjauksesta sekä kotiutuspapereista. (taulukko 6)

Kotiutuminen koettiin suurimmaksi osaksi turvalliseksi ja selkeäksi, sillä 85% (n=57) vastaajista oli täysin/ jokseenkin samaa mieltä kotiutuksen turvallisuuden ja selkeyden suhteen. Vastaajista 80% (n=54) koki, että heidän mielipiteitään kotiutuksessaan kuun-

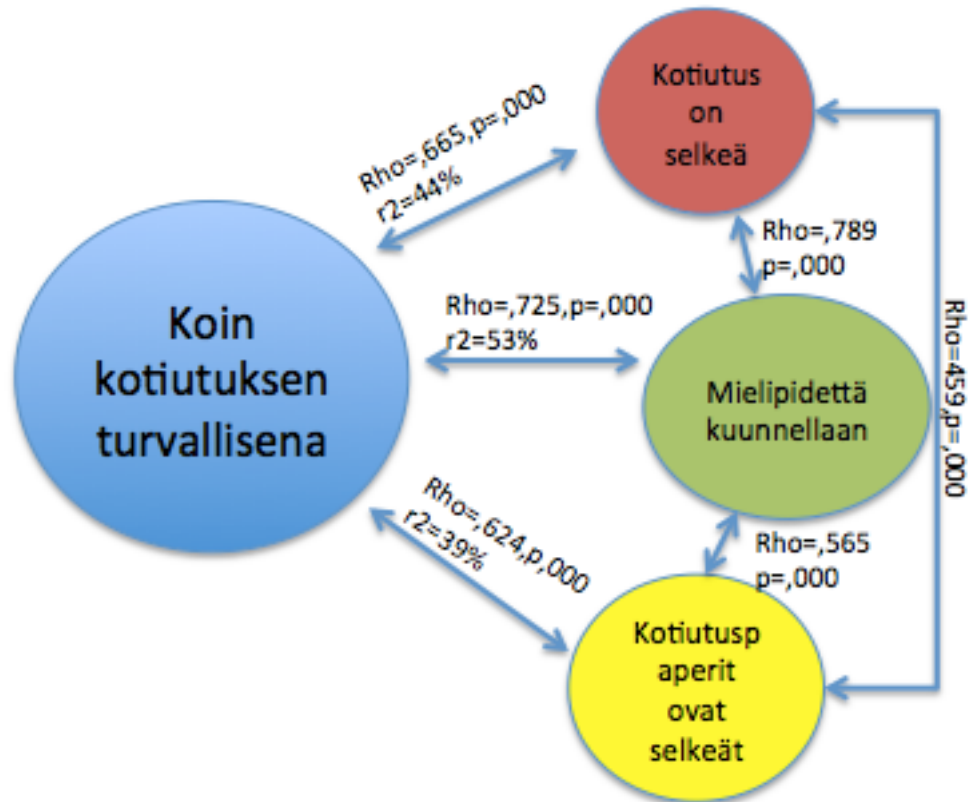
neltiin. Kotiutustilanteessa käydään läpi viimeisin lääkitys ja tuleva jatkohoito. 83% (n=56) koki saaneensa riittävästi tietoa lääkityksestä kotiutustilanteessa, kun taas jatkohoidosta tietoa sai mielestään riittävästi 74% (n=50). Lääkäri antaa kotiutustilanteessa potilaalle kirjalliset ohjeet tulevasta jatkohoidosta, mahdollista kontrollikokeista ja lääkelistan. 83% vastaajista (n=56) koki saamansa kotiutuspaperit selkeäksi (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Potilaiden kokemukset kotiutuksesta (n=62-64)

	Täysin samaa mieltä (%)	Jokseenkin samaa mieltä (%)	Jokseenkin eri mieltä (%)	Täysin eri mieltä (%)
Koin kotiutuksen turvallisena (n=64)	63	22	6	5
Koin kotiutuksen selkeänä (n=64)	63	22	6	5
Kotiutuksessa sain riittävästi tietoa lääkityksestäni (n=64)	61	22	6	5
Kotiutuksessa sain riittävästi tietoa jatkokontrolleistani (n=62)	52	22	13	5
Kotiutuspaperit olivat selkeät (n=64)	58	25	8	5
Kotiutusvaiheessa mielipidettäni kuunneltiin (n=62)	61	19	8	5

Ristiintaulukoinnin mukaan miehet (68%) kokivat kotiutuksen jonkin verran turvallisemmaksi naisiin (32%) verrattuna (liite 4). Spearmanin korrelaatioanalyysin mukaan kotiutuksen turvallisesti kokeminen oli selvästi yhteydessä kotiutuksen selkeyteen, mielipiteen kuuntelemiseen kotiutusvaiheessa ja kotiutuspapereiden selkeyteen. Tulosten perusteella voitiin todeta, että kokemus kotiutuksen turvallisuudesta lisäsi vastaajien kokemusta kotiutuksen selkeydestä, kotiutuspapereiden selkeydestä ja mielipiteen kuuntelemisesta kotiutustilanteessa. Kotiutuksen selkeyden ja mielipiteen kuuntelemisen välillä oli myös voimakas positiivinen lineaarinen yhteys samoin, kuin myös mielipiteen kuuntelemisen sekä kotiutuspapereiden selkeyden välillä. Kun potilaan mielipidettä kuunneltiin, lisääntyi myös kokemus kotiutuksen ja kotiutuspapereiden selkeydestä. Myös kotiutuksen selkeys ja kotiutuspapereiden selkeydellä oli todettu yhteyttä toisiinsa (kuvio 15).

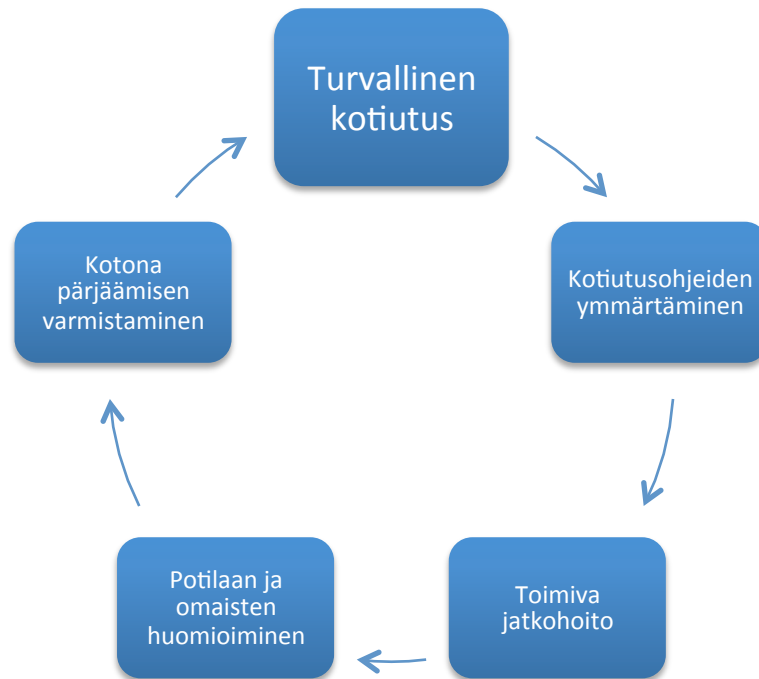
Osaston sydänhoitajan tapaamisella ei ollut lineaarista yhteyttä kotiutuksen turvallisuuden kokemuksen kanssa ($\rho=,221$, $p=,075$), mutta tapaaminen lisäsi korrelaatioanalyysin mukaan kuitenkin kokemusta kotiutuksen selkeydestä ($\rho =,278$, $p=,028$).



KUVIO 15. Kotiutuksen turvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

5.2.1 Potilasohjaus ja tieto jatkokontrolleista lisää kotiutuksen turvallisuutta

Vastaajat saivat kertoa myös kotiutuksen kokemuksista kyselylomakkeen avoimessa kohdassa. Vastauksissa nousi esille kotiutusohjeiden selkeyden tärkeys ja erityisesti jatkohoidon ymmärtämisen merkitys, potilaan/omaisen huomioiminen kotiutustilanteessa sekä kotona pärjäämisen varmistaminen (taulukko 3, liite 5). Ilmauksista muodostui pääluokaksi abstrahoinnissa turvallinen kotiutus, joka koostui kotiutusohjeiden ymmärtämisestä, toimivasta jatkohoidosta, potilaan huomioimisesta ja kotona pärjäämisen varmistamisesta (kuvio 16).



KUVIO 16. Turvalliseen kotiutukseen vaikuttavat tekijät

Vastaajat kokivat kirjalliset ohjeet tärkeiksi, sillä pelkät suulliset ohjeet eivät ole riittäviä. Lisäksi kotiutuspaperit eivät olleet jokaiselle riittävän selkeitä ja saattoivat sisältää potilaille vieraita käsitteitä, kuten lääketieteellisiä termejä. Lääkärit koettiin kuitenkin selväsanaisiksi sekä ymmärrettäviksi. Kotiutusohjeiden selkeyttäminen tuo siten potilaalle turvallisuuden tunnetta kotiutuessa.

Jatkohoitoprosessin selkeyttäminen kotiutustilanteissa nousi esille. Jatkokontrollien merkityksen varmistaminen potilaalle koettiin tärkeäksi, sillä usein hoito voi jakaantua useammalle taholle. Myös omalääkärin rooli jäi epäselväksi, mikä korostaa jatkohoitoprosessin selkeyttämisen tarvetta. Myös jatkokontrolliaikojen sopiminen suoraan osastolta oli osalle potilaista tärkeä osa kotiutusta. Potilaiden ja omaisten huomioiminen kotiutustilanteessa sai kiitosta ja omaisten ohjaus osana kotiutusta koettiin tärkeäksi

...Taysista siirrettäessä sanottiin, että kontrolli 3kk:n sisällä, mutta Hatanpäällä ei osattu kertoa tuleeko kutsu. Kontrolli jouduttiin hoitamaan itse omalääkärin kautta.

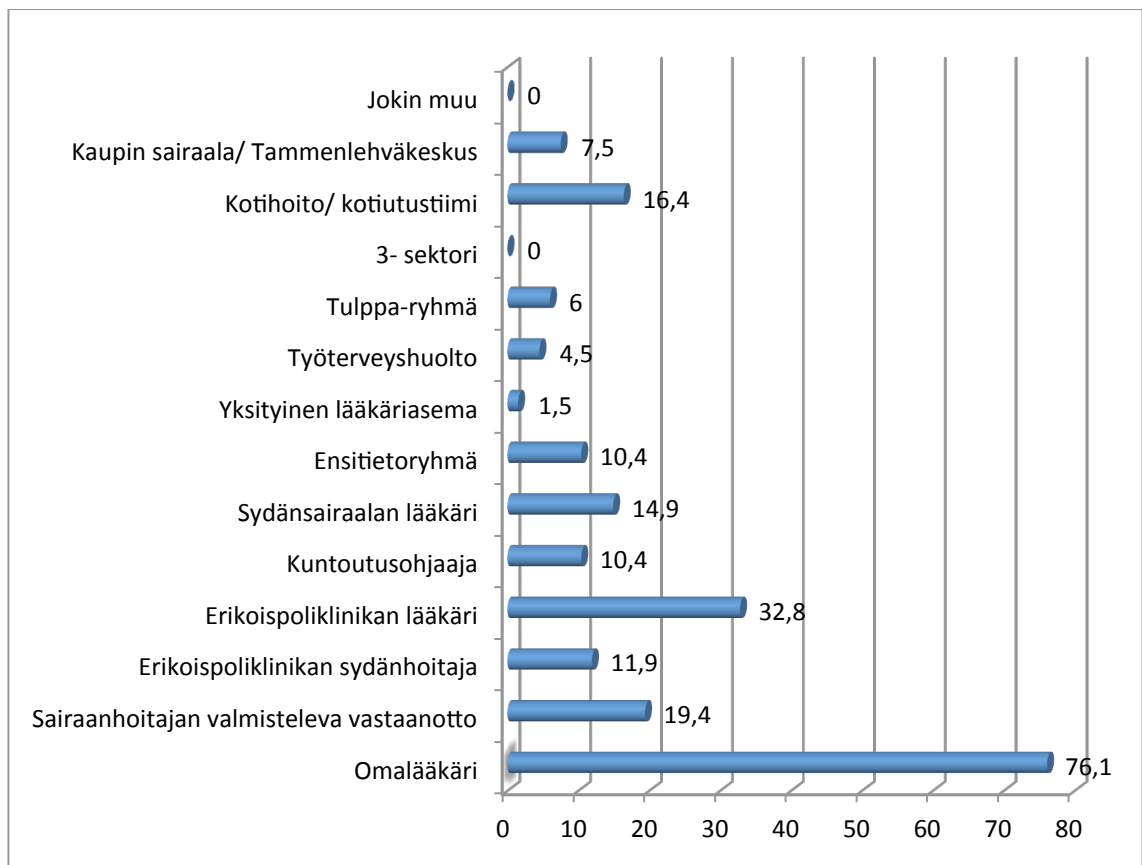
Potilaiden kotona pärjäämisen varmistaminen on osa kotiutusprosessia. Tarvittaessa potilaille järjestetään lisäapuja kotiin tai jos hoitohenkilökunta arvio vielä lisäkuntou-

tuksen tarpeen, hänet siirretään jatkokuntoutumaan Tammenlehväkeskukseen. Kotiutuminen koettiin turvalliseksi ja vastaajat tyytyväisiä, jos olivat saaneet kotiin apua tai päässeet vielä jatkokuntoutumaan. Avoimessa vastauksessa kerrottiin myös kotiutustilanteesta, jossa tiedonkulun pettämisen vuoksi vaarantui potilasturvallisuus.

Kotiutuspäivänä soitettiin Kuuselaan, että kotiudun tänään. Kuuselassa puhelun vastaanottanut unohti kertoa tiedon eteenpäin. Kukaan ei käynyt vuorokauteen katsomassa eikä antamassa lääkkeitä. Olisin halunnut päästä Tammenlehvään viikoksi.

5.3 Jatkohoito jakaa mielipiteitä

Potilaita kartoitettiin, missä kaikkialla he olivat käyneet jatkokontrolleissa Hatanpään sairaalasta kotiututtuaan. Muutama vastanneista ei ollut käynyt yhdessäkään jatkokontrollissa, kun taas osalla jatkokontrollit olivat jakaantuneet useammalle käynnille (kuvio 17).



KUVIO 17. Jatkokontrollien jakautuminen (n=64)

Omalääkärikontrolli määritellään useimmiten noin kuukauden päähän kotiutuksesta ja pääsääntöisesti jokaiselle kotiutuvalla se on vähimmäiskontrolli. Vastaajista 76,1% (n=51) oli käynyt omalääkärin vastaanotolla ja loput 23,9% (n=16) olivat siten käyneet jossain muualla tai jatkokontrolli oli jäänyt kokonaan puuttumaan. Sairaanhoidajan valmistelevalle vastaanotolla oli puolestaan käynyt vajaa viidennes (n=13) vastaajista (kuvio 17).

Vastaajista joka neljännellä (n=17) oli jatkokontrolli joko sydänsairaalan lääkäriellä tai kuntoutusohjaajalla. Vajaa puolet potilaista kävi Hatanpään sairaalan erikoispoliklinikan kontrollissa lääkäriellä ja sydänhoitajalla, joissa käyntiprosentti oli yhteensä 44,7% (n=30). Sydänsairaalan ensitietoryhmässä oli käynyt noin joka kymmenes (n=7) (kuvio 17).

Jatkokontrollissa yksityisellä lääkäriasemalla tai työterveyshuollossa oli käynyt selvästi vähemmän. Näihin vastaajista oli ohjautunut 6% (n=4). Myöskään Tulppa -kuntoutusryhmässä ei vastaajien joukossa ollut juurikaan kävijöitä, sillä 6% (n=4) ilmoitti osallisuutensa. Kolmannen sektorin palveluita ei ollut käyttänyt kukaan vastaajista. Jatkohoidossa Kaupin sairaalassa tai Tammenlehväkeskuksessa oli käynyt 7,5% (n=5), mutta sen sijaan kotiin tarvittavia käyntejä sai kotihoidon tai kotiutustiimin osalta 16,4% (n=11) (kuvio 17).

Runsaat 70% vastaajista oli sitä mieltä, että jatkokontrollit tulivat oikeaan aikaan, 78%:n mielestä kontrolleissa ei ollut päällekkäisyyttä ja 75%:lle jatkokontrolli ei tullut yllätyksenä. Mielenpitoita jakoi eniten se, jäikö jatkokontrolli puuttumaan ja tieto omasta hoitosuunnitelmasta. (taulukko 7)

TAULUKKO 7. Jatkohoitoon liittyvät kokemukset (n=55-65)

	Kyllä %	Ei %
Jatkokontrollit tulivat oikeaan aikaan (n= 65)	72	25
Jatkokontrolleissa oli päällekkäisyyttä (n= 55)	5	78
Jatkokontrolleja jäi puuttumaan (n= 60)	22	67
Jatkokontrolli tuli yllätyksenä (n= 55)	8	75
Tiedän hoitosuunnitelmani (n= 64)	61	34

5.3.1 Jatkokontrolleja ei koeta riittäviksi

Kyselykaavakkeen kysymyksissä 19-22 (liite 2) tiedusteltiin teemoittain jatkokontrollien oikea-aikaisuutta, päällekkäisyyttä, puutteellisuutta ja yllätyksellisyyttä sekä vastaajat saivat halutessaan täydentää vastaustaan muutamalla sanalla. Vastaukset olivat niukkoja, jonka vuoksi tuloksissa esitellään vain teemoissa esiin nousseita asioita.

Tutkimuksessa kartoitettiin vastaajien mielipidettä sairaalahoidon jälkeisten jatkokontrollien oikea-aikaisuudesta. Vastauksista ilmeni, että osa vastaajista ei käynyt lainkaan jatkokontrollissa ja joillakin osa kontrolleista oli jäänyt käymättä. Myös hoitajien soittoaikojä jäännyt puuttumaan. Vastauksissa ilmeni kuitenkin myös ristiriitaisuutta, sillä muutama ilmoitti, ettei jatkokontrolleja ole lainkaan, vaikka samat vastaajat kuitenkin edellisessä kysymyksessä kertoivat käyneensä omalääkärin vastaanotolla. Jatkokontrollien koettiin myös tulevan liian aikaisin, eikä siten kaikki olleet vielä valmiita vastaanottamaan tietoa. Joillekin kontrollit tulivat myöhässä tai ensimmäinen kontrolli saattoi tulla oikeaan aikaan, mutta loput kontrollit oli hoidettava itse. Omalääkärin saatavuus ja vaihtuvuus koettiin ongelmalliseksi ja potilaille oli jäänyt myös tunne, ettei lääkäriä kiinnosta hänen asiansa. Kotiin saataviin hoitajakäynteihin oltiin erittäin tyytyväisiä ja lisäksi heiltä sai myös puhelimitse lisää tietoa.

Taysista ei tullut kutsua ja kontrolli viivästyi. Kontrolli jouduttiin hoitamaan itse omalääkärin kautta.

Ei ollut mitään jatkokontrollia.

...terveyskeskuksessa ”omalääkäri” on se, joka kulloinkin sattuu paikalla olemaan. Lääkärin tavoittaminen siellä 1-2kk päässä tilaussoitosta.

Kumpikin lääkäri täysin tuntematon, heitä ei tuntunut tilanteeni kiinnostavan. Siis sama lääkäri toivottava, sellainen joka viitsii lukea edes sairaskertomukseni.

Liian aikaisin eli 1kk.

Odottelin aiemmin toteutuvaksi.

Hoitaja kävi kotona kotiutumisen jälkeen, tästä olen tyytyväinen.

Jatkokontrollien päällekkäisyyttä koettiin vähän. Toki muutamat vastaajista kertoivat, ettei päällekkäisyyttä voi olla, sillä ei ole myöskään mitään jatkokontrolleja. Varsinaista päällekkäisyyttä koettiin vastaanotoilla, sillä siellä sai samoja ohjeistuksia. Myös lääkäreiden osaaminen tulkita jatkohoito-ohjeistuksia sai moitteita.

Samoja ohjeistuksia.

Terveyskeskus ei osannut tulkita aikatauluja ohjeiden mukaan labroissa ja jatkotutkimuksissa.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös, jäikö joitain jatkokontrolleja vastaajien mielestä puuttumaan. Osa koki jälleen kaikkien kontrollien jääneen puuttumaan ja muutamat olisivat halunneet nähdä lääkäriä useammankin. Lisäksi toivottiin, että jatkokontrolli olisi ollut kardiologilla, jossa kontrolloitaisiin myös keuhkokuva. Lääkehoidon vastetta toivottiin seurattavan myös muun kuin pelkän omalääkärin toimesta. Myös kontrollikutsuja oli jäänyt tulematta, vaikka aikaa kotiutumisesta oli kulunut useita kuukausia.

Kaikki käynnit jäivät puuttumaan.

Kutsua sydänosaston jälkikontrolliin ei ole tullut, kotiutuksesta 4,5kk

Lääkehoidon vaikutus toipumiseen

Lääkityksen tarkistus jäi omalääkärille

Oli vain 1 käynti

Kardiologin röntgenin tarkastus

Jatkokontrollien vähäinen määrä ja puute koettiin yllätyksenä. Myös yllättäviä kutsuja oli tullut poliklinikalle ja kotiin oli yllättäen etukäteen tietämättä tullut hoitaja. Ohitusleikattujen jalan haavan paranemisen pitkä kesto tuli myös yllätyksenä.

Kontrollien puute.

Yllättäen tuli kutsu poliklinikalle.

Kotihoitajan käynti.

Jalka josta oli otettu suoni on edelleen tulehduksessa ja haava paranee kauan.

6 TUTKIMUKSEN LOPPUTARKASTELU

Seuraavassa osiossa esitellään keskeisimmät tulokset ja pohditaan niiden perusteella tehtyjä johtopäätöksiä sekä käsitellään jatkotutkimusaiheita ja kehityskohteita. Lopuksi myös arvioidaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta.

6.1 Tutkimuksen keskeiset tulokset ja pohdinta

Taulukossa 8 on esiteltynä tutkimuksen keskeisimmät tulokset. Pääosin potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoitohenkilökunnan asenteella, potilaan kohtaamisella sekä ohjauksella oli suuri merkitys kokemukseen sairaalahoidon onnistumisesta. Myös sydänhoitajan tapaaminen osastojakson aikana oli yhteydessä vastaajien kokemukseen riittävästä ohjauksesta sekä ohjauksen oikea-aikaisuudesta, mikä oli myös tilastollisesti merkittävä tulos.

Vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä sairaalasta kotiutukseen, jota pidettiin turvallisena ja selkeänä. Kotiutuksen turvallisuuteen oli yhteydessä selkeä kotiutustilanne, kotiutuspaperit sekä potilaan mielipiteen kuunteleminen. Riittävän selkeät ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti koettiin tärkeäksi ja eniten puutteita oli jatkokontrollien tiedonsaannissa kotiutustilanteessa.

Jatkokontrollit jakoivat mielipiteitä eniten. Jatkokontrolleja jäi vastaajien mielestä puuttumaan tai ne koettiin riittämättömiksi. Omalääkärin tavoittaminen ja lääkäreiden vaihtuminen koettiin huonoksi, mutta sen sijaan kotiin järjestetyt hoitajakäynnit koettiin hyvänä. Tärkeäksi koettiin toimiva jatkohoitoprosessi. Omasta hoitosuunnitelmasta oli perillä runsaat puolet vastaajista.

Kyselykaavakkeen muutamassa avoimessa kysymyksessä nousi ilmi vastaajien muistamattomuus nimenomaisesta osastojaksosta, mikä tuli huomioida tulosten pätevyyden arvioinnissa.

TAULUKKO 8. Yhteenvedo tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista

TUTKIMUSONGELMA	KESKEISET TULOKSET
<p>Millaisena sepelvaltimotautipotilaat arvioivat sairaalahoidon onnistumisen Hatanpään sairaalassa?</p>	<p>Hoitohenkilökunnan asenteella, potilaan kohtaamisella ja potilasohjauksella oli vaikutusta hoitokokemukseen.</p> <p>Pääosin henkilökuntaa pidettiin osaavina ja ystävällisinä.</p> <p>Sydänhoitajan tapaaminen lisäsi kokemusta ohjauksen riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta, mutta silti kolmasosa koki ohjauksen riittämättömäksi tai ristiriitaiseksi.</p> <p>Sydänhoitajan kirjallisessa yhteenvedossa oli eniten puutteita.</p> <p>Omainen sai harvoin ohjausta osastolla.</p>
<p>Millaisena potilaat arvioivat sairaalasta kotiuttamisen?</p>	<p>Suurimmaksi osaksi kotiutukseen oltiin tyytyväisiä.</p> <p>Kotiutus koettiin turvalliseksi ja selkeäksi.</p> <p>Kotiutuksen turvallisuuden kokemukseen oli yhteydessä potilaiden mielipiteiden kuunteleminen, selkeät kotiutustilanne ja -paperit.</p> <p>Kotiutuksessa oli tärkeää saada ohjaus kirjallisesti ja suullisesti.</p> <p>Vähiten tietoa kotiutustilanteesta saatiin jatkohoidosta.</p> <p>Osaston sydänhoitajan käynti oli yhteydessä kokemukseen kotiutuksen selkeydestä.</p> <p>Jatkohoitoprosessin selkeyttäminen, henkilökunnan ohjaustaito ja potilaiden sekä omaisten toiveiden kuunteleminen kotiutustilanteesta koettiin tärkeiksi.</p> <p>Kotiin järjestettävät avut tai jatkokuntoutumaan pääseminen koettiin hyvänä.</p>
<p>Millaisena potilaat arvioivat jatkohoidon sairaalasta kotiutumisen jälkeen?</p>	<p>Osa kontrolleista jäi puuttumaan ja kontrollit koetaan riittämättömiksi.</p> <p>Omalääkärikontrollia ei mielletty riittäväksi jatkohoidoksi ja omalääkärin saatavuus haastavaa.</p> <p>Kukaan ei ollut kolmannen sektorin toiminnassa mukana ja vähän myös Tulppa-ryhmässä.</p> <p>Vain pieni osa oli ollut Sydänsairaalan tietoryhmissä/ kuntoutusohjauksella.</p> <p>Pääosin jatkokontrollien koettiin tulevan oikeaan aikaan, eikä kontrolleissa ollut päällekkäisyyttä tai yllätyksiä.</p> <p>Eniten mielipiteitä jakoi, jäikö jatkokontrolleja puuttumaan ja tieto omasta hoitosuunnitelmasta.</p>

6.1.1 Hoitajien asenne ja riittävä ohjaus yhteydessä potilaiden positiiviseen sairaalakokemukseen

Hatanpään sairaalan hoito arvioitiin pääosin hyväksi, sillä kaikissa tutkimuskysymysten väittämässä suurin vastausprosentti oli täysin samaa mieltä / jokseenkin samaa mieltä vaihtoehtoisissa.

Potilaat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta ja ohjaus tuli oikeaan aikaan. Reilu 70% vastaajista oli tavannut hoitajaksonsa aikana osaston oman sydänhoitajan. Sydänhoitajan vastaanotolla olivat eniten käyneet pallolaajennetut ja ohitusleikatut potilaat, mikä on ollut sydänhoitajan vastaanoton ensisijainen päätarkoituksin. Tutkimuksen perusteella vain noin joka kymmenes sepelvaltimotautipotilaista oli käynyt Sydänsairaalan kuntoutusohjaajalla tai ensitietoryhmässä, minkä takia Hatanpään osastolla saatu ohjaus nousee merkittävään rooliin.

Sydänhoitajan tapaaminen oli yhteydessä myös potilaan kokemukseen ohjauksen riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta. Runsaat 60% vastanneista ei kokenut saaneensa riittävästi ohjausta, jos he eivät olleet tavanneet sydänhoitajaa. Kaikki vastaajat eivät olleet myöskään varmoja, olivatko olleet varsinaisella sydänhoitajan vastaanotolla. Tämä voi johtua siitä, että vastaanottoa pidetään osaston yhteydessä ja sitä pitää vuorotellen yksi osaston omista sairaanhoitajista. Renholmin ym. (2009) tutkimus myös vahvistaa riittävän potilasohjauksen merkitystä hoidon jatkuvuuden turvaajana.

Sydänhoitajan tavanneet potilaat kokevat saaneensa riittävästi ohjausta, mutta silti yli kolmasosa vastanneista kokee, ettei vastaanotolla saatu ohjausta ollut heille riittävästi. Miksi näin koettiin, ei kuitenkaan selviä tutkimuksesta. On mahdollista, että koska eri hoitajat ohjaavat oman osaamisensa puitteissa, pitävät he myös eri tasoisia vastaanottoja. Sydänhoitajan vastaanotolla eniten tietoa saatiin sepelvaltimotaudista sairautena, sydänpotilaan terveellisistä elämäntavoista ja lääkityksestä. Puutteita oli kuitenkin jatkohoidon selventämisessä potilaalle ja etenkin kirjallisen yhteenvedon tekemisessä.

Riittävä ohjaus oli myös yhteydessä ohjauksen eri osa-alueisiin ja ohjauksen riittävyydellä vahvin yhteys todettiin tiedonsaantiin sairaudesta ja elämäntavoista sekä näiden jälkeen jatkohoidosta. Jatkohoidon riittämätön ohjaus vastaanotolla saattaa johtua siitä, että hoitajakso on vielä sen verran kesken, ettei sydänhoitajan vastaanotolla siitä puhuta

riittävästi. Tutkimuksen aikana hoitoketjun kehittäminen Kurkiaura -hankkeen myötä oli myös muutosvaiheessa, mikä saattoi johtaa myös siihen, ettei sydänhoitajan vastaanottoa pitävä hoitaja myöskään ollut varma oikeasta jatkohoidosta. Myös aikaisemmin esiteltyjen tutkimuksien mukaan hoitohenkilökunnan tietämys hoitoketjuista on puutteellista (Klemola ym. 2006; Furåker ym 2004).

Sydänhoitajan kirjallinen yhteenveto sai heikoimman tyytyväisyysprosentin. Kirjallinen yhteenveto ei nykyisellään palvele riittävän hyvin potilaita. Kirjallisen yhteenvedon laatimisesta on osastolla ohjeet, mutta silti jokainen hoitaja tekee sitä oman osaamisensa mukaisesti. Tätä tulisi kuitenkin kehittää työyhteisössä edelleen, sillä jokaisella potilaalla tulisi olla oikeus tasalaatuiseen ohjaukseen. Erilaisten yhteenvetojen tarkastelu koko työyhteisön kesken toisi ymmärrystä hyvän yhteenvedon sisällöllisestä rakenteesta.

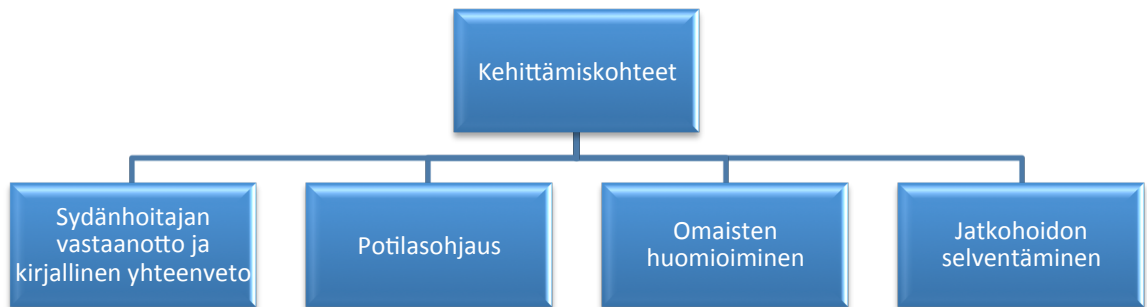
Lähes kolmasosa vastaajista koki tarvetta myös omaisten ohjaukselle sairaalajaksolla. Vastaajista vain 13% ilmoitti omaisen saaneen ohjausta ja lisäksi avoimissa vastauksissa koettiin tyytyväisyyttä, jos ohjaustilanteessa oli ollut myös omainen mukana. Tutkimuksissa on havaittu potilaan tarpeista lähtevän toiminnan, kuten ohjauksen ja potilaan yksilöllisen huomioimisen, edistävän hoidon jatkuvuutta (Matero, Pietilä & Kankkunen 2007, 25).

Kyselyn avoimet kysymykset toivat sisällöllistä tarkennusta tutkimukseen, vaikkakin valitettavasti näiden vastaukset olivat suurimmaksi osaksi suppeita. Vastauksissa korostui kuitenkin hoitohenkilökunnan osaaminen ja asenne potilaita kohtaan.

Hoitohenkilökuntaa pidettiin asiansa osaavina ja ystävällisinä. Osassa vastauksissa ilmeni kuitenkin myös tyytymättömyyttä hoitajien asennetta potilaita kohtaan. Tyytymättömyyttä aiheutti myös kiireen tuntu, mikä näkyi mm. vähäisinä potilaskontakteina ja potilashuoneissa hoitaja jakoi vain lääkkeet. Myös eri hoitajien ristiriitaiset ohjeet koettiin huonona. Osassa vastauksissa ei selvinnyt tyytymättömyyden syytä lainkaan. Pelkkä lääkkeiden jakaminen potilashuoneisiin ei kuitenkaan ole riittävää hoitoa ja tätä tulisi välttää. Myös kiireaikojen kartoittaminen ja niiden aikainen asioiden priorisointi on huomioitava.

Myös potilassängyt – ja ruoka saivat arvioiteja. Valitettavasti näihin hoitohenkilökunnan on vaikea puuttua, sillä potilasruoka tulee tilattuna kaikille Tampereen Ateriasta ja

lähes kaikki sängytkin ovat kaikki samanlaisia eikä sänkyjen uusiminen ole vielä ajankohtaista. Myös samassa huoneessa olevat toiset potilaat koettiin ajoittain häiritseväksi. Potilaita sijoitetaan huoneisiin, sen mukaan mitkä paikat ovat vapaina. Huonesiirtoja pyritään tekemään, jos viereinen potilas on erittäin häiritsevä ja vapaita paikkoja on osastolla. Valitettavasti vapaita potilaspaikkoja ei aina kuitenkaan ole saatavilla. Kuviossa 18 esiteltynä vielä tiivistetysti sairaalahoidon kehittämiskohteet.



KUVIO 18. Sairaalahoidon keskeisimmät kehittämiskohteet

6.1.2 Kotiutuksessa tärkeää on kotiutustilanne ja –paperit sekä potilaiden kuunteleminen

Pääosin Hatanpään sairaalan kotiutukseen oltiin tyytyväisiä ja kotiutus koettiin turvallisiksi sekä selkeäksi. Kotiutus koettiin turvalliseksi, jos kotiutustilanne ja kotiutuspaperit olivat selkeitä sekä potilaiden omaa mielipidettä kuunneltiin. Nämä seikat olivat myös tilastollisesti erittäin merkitseviä. Kotiutuksessa kiitosta sai myös potilaiden omaisten huomioiminen kotiutusprosessissa. Vastaavia asioita nousi esiin myös Laakkosen (2011) tekemässä selvityksessä.

Kotiutuksessa saatiin riittävästi tietoa lääkityksestä, mutta hieman vähemmän oltiin tyytyväisiä jatkohoidosta saatavaan tietoon. Kotiutuksen selkeys jakoi hieman mielipiteitä. Suurin osa vastaajista piti kotiutusta selkeänä ja asiat kerrottiin ymmärrettävästi, vaikkakin osa vastaajista koki myös, että kotiutuksessa tai papereissa oli liian vaikeaa lääketieteellistä termistöä käytetty. Vastaavia ongelma-alueita ilmeni myös Clancyn (2009) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa. Osaston sydänhoitajan vastaanotolla käynti vastavasti oli yhteydessä vastaajien kokemukseen kotiutuksen selkeydestä. Kotiutuksen tyy-

tymättömyyteen ei tilastollisissa analyyseissa selvinnyt syytä, vaan tietoa saatiin avoimessa kysymysosiossa.

Kotiutuksessa pidettiin tärkeänä ohjauksen saamista sekä suullisesti että kirjallisesti. Avoimien vastausten perusteella jatkokontrollit jäivät eniten epäselviksi ja esimerkiksi omalääkärikontrollin tarkoitus jäi epätarkaksi. Avoimissa vastauksissa selvisi myös, että eräällä vastaajista jatkohoito onnistui vain, koska hän itse oli valveutunut. Vastauksissa korostui jatkohoitoprosessin selkeyttäminen kotiutustilanteessa, henkilökunnan ohjaustaidot ja potilaiden ja omaisten toiveiden huomioiminen kotiutustilanteessa. Potilaat kokivat hyvänä, jos saivat riittävästi apuja kotiin tai vastaavasti pääsivät vielä jatkokuntoutumaan ennen varsinaista kotiin menoa. Kuviossa 19 esiteltynä vielä kotiutuksen keskeiset kehittämiskohteet.



KUVIO 19. Kotiutuksen kehittämiskohteet

6.1.3 Jatkokontrollit oikea-aikaisia, mutta usein riittämättömiä

Jatkokontrollit jakoivat eniten mielipiteitä. Koska tutkimuksen pääpaino oli Hatanpään sairaalahoidon kokemuksissa ja jatkohoito sijoittuu toisiin organisaatioihin, ei niiden sisältöä voitu tarkemmin tutkia. Jatkokontrollien osalta selvitettiin vain, missä kontroleissa potilaat kävivät ja kuinka jatkokontrollit olivat järjestetty eikä niinkään niiden sisällöllistä laatua.

Jatkokontrollit voivat jakautua useammalle taholle. Omalääkärillä ilmoitti käyneensä runsaat 70% vastanneista, vaikka periaatteessa määrän tulisi olla lähes 100%, sillä lähes jokaiselle potilaalle omalääkärikontrolli ohjelmoidaan. On siis mahdollista, että osa vastaajista oli jäänyt kokonaan jatkokontrollien ulkopuolelle. Omalääkäriin roolia yhtenä jatkokontrolleista ei ymmärretty, sillä vastauksissa ilmeni ristiriitaisuutta. Useampi vastanneista ilmoitti, ettei ollut käynyt yhdessäkään jatkokontrollissa, vaikkakin edellisessä kysymyksessä ilmoitti käyneensä omalääkäriin vastaanotolla.

Muutama vastanneista olisi myös halunnut jatkokontrollin olevan kardiologilla, jossa olisi muun muassa arvioitu lääkityksen vastetta ja tarkistettu vielä keuhkoröntgenkuva. Tämä ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista, sillä omalääkäriin tulisi kyetä arvioimaan lääkityksen riittävyys. Omalääkäriin pysyvyys ja saatavuus aiheuttivat tutkimuksen mukaan ongelmia. Tämä on valtakunnallinen ongelma terveydenhuollossa, jota pyritään ratkomaan (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 30).

Sairaanhoitajan valmentavalla vastaanotolla oli käynyt vain noin joka viidennes vastanneista. Tämänkin määrän olisi pitänyt olla suurempi, sillä Hatanpäältä olisi hoitohenkilökunnan pitänyt ohjata potilas hoitajan vastaanotolle ennen lääkärin tapaamista. Tähän kuitenkin varmasti osaltaan vaikutti se, ettei sairaanhoitajan valmentava vastaanottotoiminta ole ollut käynnistynyt odotetulla tavalla.

Jatkokontrolleja selvittävässä kysymyksessä selvisi, ettei kukaan vastanneista ollut kolmannen sektorin eli esimerkiksi Suomen Sydänliiton toiminnassa mukana. Myöskin Tulppa -ryhmään osallistuneita oli vähän. Fysioterapeutit ohjaavat jokaiselle ohitusleikatulle ja pallolaajennetulle potilaalle mahdollisuuden osallistua ryhmän toimintaan. Toki on mahdollista, että osa vastaajista ei ole vielä ehtinyt ennen kyselyyn vastaamista osallistua ryhmään. Tutkimusten mukaan riittävän ajoissa aloitetun sydänkuntoutukseen osallistuminen auttaa sepelvaltimotaudin kanssa elämistä ja vähentää myös yhteiskunnan kustannuksia. Ongelmana on kuitenkin ollut kuntoutukseen ohjautumisen epävarmuus. (Rantala 2008.)

Jatkokontrollit koettiin pääosin tulevan oikeaan aikaan eikä kontrolleissa ole juurikaan päällekkäisyyttä. Vastauksissa koettiin tyytymättömyyttä jatkokontrollien puuttumiseen tai vähäisyyteen. Osa tässäkin kyllä selittynee sillä, että omalääkärikontrollia ei miellet-

ty varsinaiseksi jatkokontrolliksi. Tästä toki voi myös tulkita, että kaikki potilaat eivät koe pelkkää yhtä omalääkärikontrollia riittäväksi jatkohoidoksi, vaan kaipaisivat tiheämpää seuranta. Osalta oli myös jatkokontrollikutsuja jäänyt tulematta, mikä heikentää hoidon laatua, pahimmillaan vaarantaa potilasturvallisuuden ja edellyttää potilaan omaa valveutuneisuutta. Rosstad ym.(2012) korostavat tutkimuksessaan potilaan kokonaisvaltaista huomioimista perusterveydenhuollossa. Tämän perusteella omalääkäri tai hoitajan tulisi jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti arvioida, onko yksi jatkokontrolli riittävä tukemaan potilaan pärjäämistä sairauden kanssa. Kuviossa 20 on esiteltyä jatkohoidon keskeisimmät kehittämiskohteet.



KUVIO 20. Jatkohoidon keskeisimmät kehittämiskohteet

6.1.4 Hoitoketjun kehittäminen

Hoitoketjun kehittäminen on vielä kesken Kurkiaura -hankkeen tiimoilta, jonka vuoksi on vaikea arvioida varsinaisia kehityskohteita. Tutkimuksen perusteella suurin haaste oli jatkohoito sairaalajakson jälkeen. Tästä ajasta potilaat saivat liian vähän tietoa tai saatu tieto oli sekavaa. Jatkohoito tulisi pystyä kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja perustellusti, jotta potilaat ymmärtävät sen roolin ja tarkoituksen. Tämä sitouttaisi myös omahoidon toteutumiseen.

Hatanpään sairaalan hoitoon oltiin pääosin tyytyväisiä. Sydänhoitajan vastaanoton lisääminen useammalle päivälle lisäisi potilastyytyväisyyttä, kun useammat potilaat pääsisivät vastaanotolle osallistumaan. Jos vastaanottoa pidettäisiin useammin, pystyttäisiin myös parantamaan ohjauksen oikea-aikaisuutta, sillä joustoa ohjauksen antamiselle voitaisiin tehdä potilaan toiveiden ja jaksamisen mukaisesti. Tähän riittäisi hoitajaresurssin

lisääminen, siten että jokaiseen arkipäivään yksi hoitaja olisi sijoitettuna vastaanoton pitämiseen. Jos jonain päivänä ei olisi potilaita koko päiväksi vastaanotolle, voisi kyseinen hoitaja mennä avustamaan osastotyöhön, mikä helpottaisi kiirettä osastolla. Tämä tukisi myös Renhomin ym (2009) tutkimuksen tuloksia, joissa korostui potilaiden halu olla vaikuttamassa omaan hoitoonsa. Vastaanottojen lisääminen voisi parantaa myös omaisten mukaan ottamista ohjaustilanteisiin.

Kotiutus koetaan pääosin hyväksi. Kotiutuksen kartoitus ja järjesteleminen tulisi kuitenkin aloittaa jo heti ensimmäisen päivän aikana potilaan saapuessa osastolle. Potilaan apujen kartoitus heti, lisäisi myös mahdollisuutta järjestää tarvittavat lisäavuntarpeet kotiin mahdollisimman pian. Lääkäreiden tulisi myös suunnitella hoitoa ja informoida potilasta heti, kun tietoa mahdollisesta kotiutumisesta on. Tällöin kotiutus ei tule yllätyksenä ja myös potilas osaa varautua hyvissä ajoin kotiutukseen. Myös Lämsä (2013) korostaa tutkimuksessaan kotiutuksen huolellista valmistelua, mikä alkaa jo heti potilaan saapuessa sairaalaan.

Jatkohoidon selkeyttäminen myös sairaalan hoitohenkilökunnalle on tärkeää, jotta he osaavat ohjata potilaita oikean hoidon piiriin ja tarvittaessa myös varaamaan heille tarvittavia jatkokontrolliaikoja. Potilaiden omahoitoa ja osallisuutta tulee voida tukea ja uusien sähköisten palveluiden (terveystutka/ terveystasku) toimintaa tuotava enemmän esille potilaille, sillä ne tulevat lisääntymään tulevaisuudessa entistä enemmän. Koska osa potilaista kokee omalääkärikontrollin olevan riittämätön jatkokontrolli, voisi seurantaikäyntejä oman sairaanhoitajan vastaanotolle lisätä tarpeen mukaan. Tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelman tiesi runsaat 60% vastanneista ja riittävä ohjaus niin hoitajalta kuin lääkäriltä nostaisi tätä lukemaa. Sairaanhoitajan valmistelevalla vastaanotolla käynti lisäisi myös tietoisuutta oman hoidon tavoitteista ja tulevista kontroleista. Sydäntutkimussäätiön (2015) mukaan vakavaa infarktia sairastavien määrä lisääntyy väestön ikääntyessä ja puutteita sekä hoidossa sekä etenkin ennaltaehkäisyssä on edelleen. Tämän vuoksi myös potilaiden omahoitoon panostaminen ja kotona pärjäämisen varmistaminen on yksi tärkeimmistä hoidon kulmakivistä.

Terveyskeskusten sairaanhoitajien riittävää ohjaustaitoa tulisi kartoittaa ja tarpeen mukaan kouluttaa, jotta potilaat saavat riittävää ohjausta sydänasioista. Ohjaaminen Sydänliiton toimintaan sydänhoitajan vastaanotolla voisi lisätä toimintaan osallistumista ja siten tukea sepelvaltimotautiin sairastuneiden omahoitoon sitoutumista. Kolmannen

sektorin toimintaan ohjaaminen voisi myös tukea terveyskeskusten vastaanottojen riittävyttä. Myös Chiun ja Newcomerin (2007) katsauksen tulokset perusteellisen potilasohjauksen ja potilaan säännöllisen yhteydenpidon tarpeesta tukevat perusterveydenhuollon roolin tärkeyttä.

Kotiin saataviin hoitajakäynteihin oltiin tyytyväisiä. Usein mahdolliset epäselvyydet potilaiden voinnissa tai lääkityksessä ilmenevät parin viikon sisällä kotiutuksesta. Kotiutustiimin hoitajakäyntien aloittaminen pariin viikoksi kotiutuessa loisi varmasti turvallisuuden tunnetta potilaille ja lisäksi he saisivat helposti tarvittavaa ohjausta mieltä askarruttavissa asioissa. Myös mahdollisiin voinnin muutoksiin pystyttäisiin nopeammin reagoimaan. Tämä saattaisi vähentää potilaiden hakeutumista uudelleen sairaalaan tai terveyskeskusten kuormittamista. Myös puhelinpalvelun/sähköisen Chat-palvelun kehittäminen, josta potilaat saisivat heti kysyä apua askarruttavien tilanteiden tullessa eteen, voisi tukea kotona pärjäämistä.

Laatu- ja asiakasjohtaminen on tärkeä osa hoitoketjun toimivuuden kannalta, jonka vuoksi näiden osa-alueiden osaamista tulisi pitää yllä. Tampereen kaupunki on kirjannut erikoissairaanhoidon toimintasuunnitelman tavoitteeksikin jatkuvan toiminnan laadun parantamisen yhdessä henkilöstön ja asiakkaiden kanssa (Tampereen kaupunki 2014,5).

Sairaalan ja terveyskeskusten säännöllinen yhteistyö myös parantaisi hoitoketjun toimivuutta. Mahdolliset ongelmatilanteet olisi hyvä purkaa yhteistyössä, jossa myös varsinainen henkilökunta on läsnä. Pelkät johtoryhmien päätökset muutoksista/ toiminnasta ei välttämättä tuo mahdollisia varsinaisia ongelmakohtia esille. Varsinaisen päivittäisen hoitotyön aikana, ei useinkaan ole aikaa antaa ajantasaista palautetta toiselle organisaatiolle, jonka vuoksi asiat unohtuvat eikä hoitoketju pääse kehittymään. Myös Materon ym (2007) ja Massimilianon ym (2008) tutkimuksissa todettiin potilaiden hoidon vaativan eri ammattilaisten osaamista, yhteistyötä hoidon porrastamisessa sekä esteetöntä tiedonkulkua ja vastuunjakoa, jotta hoitoketjut toimisivat potilaan parhaaksi. Taulukossa 9 on vielä koottuna tutkimusongelman mukaisesti keskeiset kehittämiskohteet.

TAULUKKO 9. Keskeisimmät kehittämiskohteet

TUTKIMUSALUE	KEHITTÄMISKOHTEET
Sairaalahoito	Osaston oman sydänhoitajan vastaanoton lisääminen Sydänhoitajan kirjallisen yhteenvedon kehittäminen ja ohjauksen yhtenäistäminen Omaisten ohjaaminen Riittävä ohjaus jatkohoidosta
Kotiuttaminen	Kotiutuksen suunnittelu jo heti ensimmäisenä päivänä Riittävä potilasohjaus kotiutustilanteessa Potilaan riittävän varhainen informointi kotiutuspäivästä
Jatkokontrollit	Jatkohoitoprosessin selkeyttäminen potilaille ja hoitohenkilökunnalle Yhteistyöpalaverit terveyskeskuksen ja sairaalan henkilökunnan välillä Kotiutustiimin hoitajakäyntien lisääminen Sähköisten palveluiden kehittäminen Sairaanhoitajan/omalääkärin vastaanottojen lisääminen tukea tarvitseville Kolmannen sektorin palveluihin ohjautumisen lisääminen

6.2 Tulosten arviointia ja jatkotutkimusaiheita

Hatanpään sairaalassa osastolla B5 annetun hoidon tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Suurimmalla osalla vastanneista sairaalahoidosta oli kulunut useita kuukausia, jonka vuoksi on todennäköistä, että osa asioista oli unohtunut. Vastajat olivat myös iäkkäitä, jolloin muistamattomuus voi myös vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Hoitoketju jakautui myös monelle taholle ja potilaat tapasivat useita eri hoitajia ja lääkäreitä eri paikoissa. Kyselylomakkeessa käsiteltiin myös useita eri ihmisiä ja hoitotahoja. Tämä sai aikaan mahdollisuuden sekaannuksiin eli olivatko vastajat osanneet yhdistää oikeat käynnit oikeisiin ihmisiin. Kyselylomake saattoi olla siis kuitenkin liian hankala täyttää, vaikka esitetausta tehtiinkin. Kohderyhmä oli myös niukka (n=67) määrällisen tutkimuksen tekoon.

Johtuen edellä mainituista kriittisistä tekijöistä, ei tutkimuksen tuloksia voida yleistää muihin potilasryhmiin. Koska tutkimus käsitteli vain yhden osaston toimintaa, ei tuloksia voida siirtää myöskään toisille Hatanpään sairaalan osastoille, sillä jokaisella osastolla on omat toimintatapansa työskennellä ja potilasmateriaali erilaista. Osassa avoimista vastauksista ei myöskään saatu syvällisempää tietoa siitä, miksi sairaalahoito koettiin hyväksi tai huonoksi.

Erillinen jatkotutkimus pelkästä sydänhoitajan vastaanottokäynnin sisällöstä potilaiden näkökulmasta heti ohjaustuokion jälkeen toisi ajankohtaista tietoa vastaanoton riittävydestä ja toisi esille mahdollisia ohjauksen kehityskohteita.

Myöskään jatkokontrollien sisällöllistä antia ei tutkimuksessa voitu kartoittaa, mikä olisi hyvinkin tärkeää, sillä monissa vastauksissa niihin tyytyväisyys koettiin heikoimmaksi. Erillinen tutkimus sairaanhoitajan valmistelevan vastaanoton ja omalääkärin vastaanottojen sisältöjen laadusta toisi merkittävää lisätietoa hoitoketjun toimivuuteen. Nämä tulisi tehdä kuitenkin jähka Kurkiaura -hankkeen toiminta on saatu pysyväksi osaksi hoitoketjua.

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus tulee olla tieteellisesti eettinen ja luotettava, mikä edellyttää hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamista. Tutkimuksen tekemisen lähtökohtina tulee olla, että tutkimuksen jokainen vaihe on tehty rehellisesti, huolellisesti, avoimesti ja tarkasti tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. Tutkimuksen tiedonhankinta ja arviointi tulee olla avointa ja tutkimuksen tulokset tulee esittää julkisesti ja rehellisesti. Tutkimusluvut tulee olla myös hankittuina asianmukaisesti. Tutkimuksessa tulee myös ilmaista mahdolliset rahoituslähteet ja mahdolliset yhteistyökumppanit. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tämän tutkimuksen kaikki vaiheet on pyritty kuvaamaan tarkasti ja avoimesti. Tutkimuksen kyselylomake esitettiin kahdella iäkkäällä osasto B5:llä hoidossa olleella sepelvaltimotautipotilaalla ja kolmella osaston hoitajalla sekä osastonhoitajalla. Kyseelyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaajat pysyivät koko tutkimuksen ajan anonyymeina, eikä heitä pysty myöskään valmiista tutkimuksesta tunnistamaan. Vastaus-

lomakkeet olivat tutkimuksen ajan vain tutkijan käytettävissä ja ne hävitettiin osasto B5:n silppurissa tutkimuksen päätyttyä. Kyselyyn vastaaminen ei vaikuttanut potilaiden saamaan hoitoon.

Tutkimus oli opinnäytetyö Tampereen ylempään ammattikorkeakouluun ja yhteistyökumppani oli Tampereen kaupungin Hatanpään sairaala osasto B5. Nämä tiedot olivat myös annettuna kyselyyn vastanneille saatekirjeessä. Tutkimuksen tutkimusluvut hankittiin Hatanpään sairaala hallintoylihoitajalta koulun virallisella tutkimuslupalomakkeella.

Tutkimuksen laatua ja luotettavuutta kuvataan kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä eli miten tutkimus tai mittari kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen validiteetti on hyvä, jos tutkija onnistuu operationalisoimaan teoreettiset käsitteet käytettyyn mittariin ja systemaattiset virheet puuttuvat. Validiteetista voidaan erottaa lisäksi sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Tutkimuksen sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta ja logiikkaa, kun taas ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen tutkimukseen. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom- Yläne & Paavilainen 2011, 130-131; Vilka 2007, 149-150.)

Kyselykaavakkeessa selviteltiin teoreettisessa viitekehyksessä esiin nousseita käsitteitä, joihin oli etukäteen tutustuttu tekemällä kirjallisuuskatsaus. Teoreettisessa viitekehyksessä pyrittiin käyttämään sekä kansallisia että kansainvälisiä lähteitä ja huomioimaan lähteiden tuoreus, luotettavuus ja tutkimuksellinen ote. Lisäksi haastateltiin asiantuntijahoitajia (Sydänsairaalan kuntoutusohjaaja ja erikoispoliklinikan sydänhoitaja). Kyselylomakkeen kysymykset nousivat teoreettisesta viitekehysten teemoista: sairaalahoido, kotiutus ja jatkohoito. Kyselylomakkeessa käytiin läpi vastaajien kokemuksia muun muassa saadusta ohjauksesta, omaisten huomioimisesta ja sydänhoitajan vastaanotosta. Kyselykaavakkeessa ei havaittu systemaattisia virheitä ja kyselykaavake oli myös etukäteen esitettävä useammalla henkilöllä, mikä lisäsi mittarin luotettavuutta ja toimitavuutta. Jälkikäteen tulosten analyysivaiheessa tuli tutkijalle kuitenkin mieleen asioita, joita olisi muuttanut kyselykaavakkeessa. Esimerkiksi erillinen kysymys hoitoketjun kehittämisestä olisi voinut tuoda arvokasta lisätietoa ja samoin sairaalahoitoon kuuluu myös fysioterapeuttien antama hoito, jota ei kartoitettu tutkimuksessa. Kyselykaavakkeessa kysyttiin myös saivatko potilaat mielestään ”riittävää ohjausta”, jolloin jokainen

on voinut tulkita ”riittävä”- termin erilailta. Tutkimuksessa ei voitu tutkimusluvallisista syistä myöskään kartoittaa Sydänsairaalan tai jatkohoitopaikkojen antamaa hoitoa syvällisemmin. Tutkimustulokset on siten sidottu pelkästään Hatanpään sairaalan osasto B5:n toimintaan, eikä siten ole suoraan siirrettävissä muihin organisaatioihin.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen tarkkuutta eli kuinka mittaus on suoritettu ja kuinka mittari toimii. Reliabiliteetissa on kyse siis tutkimuksen toistettavuudesta ja tulosten pysyvyydestä uusintamittauksissa. Reliabiliteetti rakentuu kahdesta osasta: vakauudesta ja yhtenäisyydestä tai pysyvyydestä. Mittarin ollessa epävakaa, näkyy siinä herkästi mahdolliset satunnaisvirheet. Yhtenäisyydellä viitataan mittarin sisäiseen johdonmukaisuuteen, kun taas mittarin pysyvyyttä arvioidaan tarvittaessa uusintamittauksilla. Sisäisen yhtenäisyyden arviointiin käytetty tunnusluku on reliabiliteettitietien Cronbachin alfa. Tutkimuksen reliabiliteetti on usein hyvä, jos muun muassa otos edustaa hyvin perusjoukkoa, vastausprosentti on kattava, havaintomatriisi on huolellisesti tehty ja analysoitu. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom- Yläne & Paavilainen 2011, 130-132.)

Kyselymittarin reliabiliteettia tarkasteltiin reliabiliteettitesteillä (liite 6), joissa tunnuslukuna käytetty Cronbachin alfa ylitti yleisesti hyväksytyyn raja-arvon ($\geq 0,70$) (Heikkilä 2014, 178). Sairaalahoitoa ja sydänhoitajan vastaanottoa koskevan kysymysosion (kysymys 10 ja 14, liite 2) Cronbachin alfa-arvoksi saatiin 0,896 ja kotiutusta koskevan kysymysosion (kysymys 16, liite 2) saatiin 0,905. Näiden perusteella voidaan todeta kysymysosion reliabiliteetin olevan hyvä.

Katoanalyysin avulla kadon aiheuttamaa mahdollista vääristymää voidaan tutkia. Katoanalyysissa aineistoa verrataan perusjoukosta saataviin tietoihin esimerkiksi taustamuuttujien osalta. (Heikkilä 2014). Perusjoukon keski-ikä oli 75,12 vuotta, joka on lähellä kaikkien vastanneiden keski-ikää eli 73,64 vuotta (liite 5). Miesten vastausprosentti (72,88%) oli naisia (63,16%) korkeampi, mutta perusjoukosta miehiä oli myös enemmän (liite 5). Ohitusleikatut potilaat vastasivat selkeästi aktiivisemmin, sillä heidän vastausprosenttinsa oli 100%. Toki tulee huomioida, että heidän määränsä otoksessa oli selkeästi pienempi ja suhteessa koko perusjoukkoon he olivat nuorempia. (liite 5) Nuorempi ikä voi osaltaan selittää parempaa vastausprosenttia. Pallolaajennettujen potilaiden vastausprosentti oli 56,41% ja konservatiivisesti hoidettujen potilaiden 66,67% (lii-

te 5). Kadon rakenne vahvisti suhteellisen hyvin aineiston rakennetta, voidaan tutkimuksen luotettavuutta niiltä osin hyvänä.

LÄHTEET

Atwal, A. 2002. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2002, vol 39 (5), 450-8.

Chiu, WK. & Newcomer, R. 2007. A systematic review of nurse –Assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management* 2007 vol 12 (6), 330-336.

Clancy, CM. 2009. Reengineering hospital discharge: a protocol to improve patient safety, reduce costs, and boost patient satisfaction. *American Journal of Medical Quality* 2009, vol 24, nro 4, 344-6.

Furåker, C., Hellstöm-Muhli, U. & Walldal, E. 2004. Quality of care in relation to a critical pathway from the staff's perspective. *Journal of Nursing Management* 12 (5), 309-316.

Eskola, M. 2014. Rintakipu ja sepelvaltimotauti. Luettu 5.1.15.
http://www.sydankekus.fi/sivu.tmpl?sivu_id=170;isa_id=166

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. Uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. 2006. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 4.1.15.
<http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjuksi.pdf/16c44832-1319-4b01-be35-4e5761fbc97d>

Hokkanen, S. & Strömberg, O. 2006. Laatuun johtaminen. Jyväskylä: PainoPorras Oy.

Holmberg- Marttila, D. & Valvanne, J. 2011. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. *Suomen lääkärilehti* 66 (32), 2227-2227a.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. Uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

HUS. 2015. Sepelvaltimoiden pallolaajennus. Luettu 19.3.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/kardiologia/yleisimpia-toimenpiteita/Sivut/Sepelvaltimoiden-pallolaajennus.aspx>

Innokylä. 2014. Hoitajan valmisteleva vastaanotto terveyskeskuksessa. Luettu 9.1.15.
<https://www.innokyla.fi/web/verstas122587/etusivu/-/verstas/tarpeet-ja-tavoitteet>

Kapulainen, T. Hatanpään erikoispoliklinikan sydänhoitaja. 2015. Haastattelu 10.1.2015. Haastattelija Silvennoinen, A. Litteroitu. Tampereen kaupunki: Hatanpään sairaala.

- Klemola, K., Saranto, K., Ensio, A. & Kivekäs E. 2006. Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjujen toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta. Suomen lääkirilehti 61 (23), 2519-2523.
- Koivuniemi, K., Homberg- Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2011. Terveystuollon kompassi- Avain asiakkuutteen. Helsinki: Duodecim Oy.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä - Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteystyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2009. Omalääkäriopas. Opas omalääkärijärjestelmän kehittämiseen. Päivitetty 2. painos. Helsinki.
- Kurkiaura. Akuuttihoito. Luettu 5.1.15.
<http://www.kurkiaura.info/akuuttihoito>
- Kurkiaura. Suuntima. Luettu 9.1.15.
<http://www.kurkiaura.info/suuntima>
- KvantiMOTV. 2009. Tutkimusasetelma. Yhteiskuntatieteellinen tutkimusarkisto. Luettu 27.9.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html>
- Käypä hoito. 2014a. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousua. Luettu 30.12.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04058>
- Käypä hoito. 2014b. Sydäninfarktin diagnostiikka. Luettu 19.3.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04050>
- Käypä hoito 2014c. Sepelvaltimotautikohtauspotilaan hoitopolku. Luettu 15.6.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=imk00843>
- Laakkonen, S. 2011. Potilaan turvallisen kotiuttamisen mallin luominen Hatanpään sairaalan sisätautien vuodeosastoille A4, B4 ja B5. Projektiraportti. Tampereen yliopisto.
- Lämsä, R. & Mäkelä, L. 2009. ”En olisi vielä kotiin lähdessä” Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Suomen lääkirilehti 66 (33), 2551-2557.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveystuollon ja hyvinvoinninlaitos. Luettu 8.1.15.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104408/URN_ISBN_978-952-245-839-1.pdf?sequence=1
- Massimiliano, P., Marchisio, S., Barbieri, A. & Di Stanislao, F. 2008. A cluster randomized trial to assess the impact of clinical pathways for patient with stroke: rationale and design of the clinical pathways for effective and appropriate care study. BMC Medicine 2012 (10), 71.
- Matero, H., Pietilä, A-M. & Kankkunen, P. 2007. Iho- ja nivelpsoriaasista sairastavan hoidon jatkuva- systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 2007: 5 (1), 25-31.

- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia- sarja 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Metsämuuronen, J, 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. Metodologia- sarja 2. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 116, 1821- 1828.
- Osasto B5:n työohje: Sydänpotilaiden jatkohoito kotiutumisen jälkeen.
- Osasto B5:n työohje: Sepelvaltimotauti.
- Osasto B5:n työohje: sydänhoitajan vastaanotto.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Hoitoketjut. Luettu 15.6.2015.
http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01058/Sydanketju_matriisi.html
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Luettu 4.1.15.
<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=837&GUID=%7B36E07036-208E-48B2-BCEE-3FD3D720353A%7D>
- PSHP. 2015. Sepelvaltimosuonten ohitusleikkaus. Luettu 19.3.2015.
<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=218&GUID=%7B472B3193-BD7A-492A-B266-BF86FC9A501C%7D>
- Rantala, M. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124 (3): 254-60.
- Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A-M., Leino-Kilmpi, H. 2009. Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: The patients' perceptions. MEDSURG Nursing 18 (3), 169-173.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom- Yläne S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.
- Rosstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. 2012. Development of a patient-centered care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Services Research. Luettu 15.6.2015.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-121.pdf>
- Salminen, A, 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Julkisjohtaminen 4. Vaasa.
- STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministerio: Yliopistopaino Oy.
- STM. KASTE 2012-2015. Luettu 2.1.2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

STM. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020- Sosiaali- ja terveystalouden strategia.

Sydänliitto. 2014a. Tilastotietoa sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksista. Luettu 1.1.2015. <http://www.sydanliitto.fi/tilastot-ja-sanasto#.VKTxV1q-TjA>

Sydänliitto. 2014b. Sepelvaltimotauti. Luettu 18.12.2014. <http://www.sydanliitto.fi/sepelvaltimotauti#.VKTzJFq-TjA>

Sydänliitto. 2014c. Sydänpiirien- ja yhdistysten toimintaa. Luettu 8.1.15. <http://www.sydanliitto.fi/sydanyhteison-toimintaa#.VK6kAlq-TjA>

Sydänsairaala. Kuntoutus. Luettu 8.1.15. http://www.sydankekus.fi/sivu.tmpl?sivu_id=161;isa_id=1

Sydänsairaalan kuntoutuskoordinaattori. Haastattelu. 7.1.15. Haastattelija Silvennoinen, A. Litteroitu. Tampereen Sydänsairaala.

Sydäntutkimussäätiö. 2015. Sydänsairauden lisääntyvät. Luettu 5.10.2015. <http://www.sydantutkimussaatio.fi/tutkimusuutisia/tutkimusuutisia/sydansairaudet-lisaantyyvat>

Tammenlehvakeskus. 2014. Erikoissairaanhoidon jatkokuntoutus. Luettu 9.1.15. <http://www.tammenlehvakeskus.fi/kuntoutuspalvelut/jatkokuntoutus>

Tampereen kaupunki. 2014. Erikoissairaanhoidon toimintasuunnitelma 2014-2017.

Tampereen kaupunki. 2012. Pitkäaikaissairaat osallistuvat oman hoitonsa suunnitteluun Tampereella. Luettu 9.1.15. <http://www.tampere.fi/tampereinfo/viestinta/tiedotteet/2012/66HOR5ca4.html>

Tampereen kaupunki: Kaupin sairaala. Luettu 9.1.15. <http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/terveys/sairaalahoito/kaupinsa-iraala.html>

Tampereen kaupunki: Kotiutustiimi. Luettu 9.1.15. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kotihoito/kotiutustiimi.html>

Tampereen kaupunki: Pitkäaikaissairaanhoito. Luettu 9.1.15. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/terveysasemat/pitkaaikaissairaus.html>

Tampereen kaupunki: Sepelvaltimotautipotilaiden avokuntoutusryhmät. Luettu 7.1.15. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/ennaltaehkaisevatyo/ryhmaneuvonta/tulppa.html>

Tampereen kaupunki: Terveystasku. 2015. Luettu 31.8.2015. <http://www.tampere.fi/tampereinfo/viestinta/tiedotteet/2015/9p9QTs10G.html>

Tampereen kaupunki: Terveystutka 2015. Luettu 31.8.2015. <http://www.tampere.fi/teksti/index/terveyspalvelut/terveystieto.html>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Luettu 2.1.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. Uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 10.1.15.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. (toim. Aaltola, J. & Valli, R.). Juva: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi, maa, tieteenala	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Metodi	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analyysimenetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun pisteet/näytön aste
Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A-M. & Leino-Kilpi, H. 2009. Suomi. Hoitotiede Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: patients' perceptions	Tarkoituksena kuvata potilaiden kokemuksia hoidon jatkuvuudesta päiväkirurgisessa hoitoketjussa. Tutkimustehtävät: 1) Mitkä ovat potilaan mielestä tärkeimpiä tekijöitä hoidon jatkuvuuden kannalta päiväkirurgisessa hoitoketjussa? 2) Kuinka hoidon jatkuvuus on toteutettu päiväkirurgisessa hoitoketjussa? 3) Kuinka hoidon jatkuvuutta voidaan kehittää päiväkirurgisessa hoitoketjussa?	Kvalitatiivinen tutkimus	Yhdessä Suomen sairaanhoitopiirissä olevat kahden päiväkirurgisen osaston 25 vapaaehtoista potilasta	Teemahaastattelu. Aineisto lähtöinen sisälönanalyysi.	Hoidon jatkuvuuden kannalta merkittäviksi tekijöiksi muodostuivat tiedon saanti toimenpiteestä/hoidosta, osastolla olon aika sekä tärkeimpänä jatkohoidon merkitys. Potilaat kokevat tärkeäksi itse saada vaikuttaa hoitoonsa sekä jatkohoitoonsa. Huonoksi potilaat kokivat, että kukaan ei kunnolla tiedä kunnolla jatkohoitoa, vaan potilasta heitellään paikasta toiseen. Yksilöllinen hoito korostuu. Potilaat kokivat, että joutuivat aina uudestaan kertomaan asiansa uudelle hoitohenkilökunnan jäsenelle, tieto ei siis kulkenut.	17/20 D
Massimiliano, P., Marchisio, S., Barbieri, A. & Di Stanislao, F. 2008. Italia, Lääketiede. A cluster randomized trial to assess the impact of clinical pathways for patient with stroke: rationale and design of the clinical pathways for effective and appropriate care study.	Tarkoituksena tutkia parantavatko hoitoketjut hoidon laatua sairaalassa sekä hoidon jatkuvuudessa? Lisäävätkö hoitoketjut potilaiden hoidon lopputulosta? Auttavatko hoitoketjut työväliseenä potilaiden hoitoa?	Klusteroitu satunnaistettu kvantitatiivinen tutkimus	34 yksiköstä 14 yksikköä täytti tutkimuskriteerit, joista satunnaistamalla valittiin kahteen ryhmään. Molemmissa ryhmissä 238 kohdehenkilöä = henkilökuntaa.	Strukturoitu kyseily, Kvantitatiivinen analyysi	Potilaiden hoito vaatii useiden ammattilaisten osaamista. Toimivat hoitoketjut voivat selvästi parantaa potilaiden hoidon lopputulosta.	18/20 B

(jatkuu)

<p>Fruråker, C., Hellström-Muhli, U. & Walldal, E. 2004. Ruotsi, Hoitotiede. Quality of care in relation to a critical pathway from the staff's perspective</p>	<p>Tarkoituksena selvittää kuinka hoitohenkilöstö kokee hoitoketjun toimivuuden työssään ja kuinka se palvelee hoitotyötä?</p>	<p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Hoitohenkilökuntaa eri ammattiryhmistä, yhteensä 16 henkilöä. Kontrolloitu otos.</p>	<p>Aineiston keruu puolistrukturoidulla haastattelulla Yhteensä 9 haastattelua. Haastattelut nauhoitettiin. Analyysi laadullisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Kaikki potilaat eivät kulje oikeaa hoitoketjua pitkin. Hoidon koordinoija tärkeää hoitoketjun jatkuvuudelle. Tiedon määrä ja kulku vaihtelee eri ammattiryhmien välillä. Potilaiden osallisuutta voisi kehittää.</p>	<p>14/20 D</p>
<p>Klemola, K., Saranto, K., Ensio, A. & Kivekäs, E. 2006. Suomi. Lääketiede</p> <p>Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjujen toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta</p>	<p>Selvittää potilaiden hoitoketjujen tuntemus ja toimivuus</p>	<p>Kvantiitatiivinen tapaus-tutkimus</p>	<p>Kohdeorganisaatioina oli keskussairaala ja sen alueen kaksi terveyskeskusta. Kohderyhmä sydän- ja lonkkapotilaan hoitoketjuihin osallistuvilta terveydenhuollon eri ammattiryhmistä (n=495)</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake. Kyselyyn osallistui 193 henkilöä (39 %). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Vastajat tunsivat huonosti hoitoketjujen kokonaisuuden. Kyselyyn osallistuneiden mielestä hoitoketjut eivät toimi hyvin. Hoitoketjujen toiminnan kehittäminen oli kyselyyn osallistuneiden mielestä tärkeää.</p>	<p>18/20 B</p>
<p>Matero, Pietilä, A-M. & Kankkunen, P. 2007. Suomi. Hoitoteide</p> <p>Iho- ja nivelp-soriaasista sairastavan hoidon jatkuvuus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kuvata ja analysoida tekijöitä, jotka edistävät ja estävät sairastavan hoidon jatkuvuutta</p> <p>1) mitkä tekijät edistävät hoidon jatkuvuutta? 2) mitkä tekijät estävät hoidon jatkuvuutta?</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kohteena tutkimusaiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimukset.</p>	<p>Systemaattinen haku elektronisista tietokannoista sekä manuaalisesti. Aineistolähtöiseen sisällön-analyysiin valittiin 15 alkuperäistutkimusta</p>	<p>Hoidon jatkuvuutta edisti sairastavan tarpeista lähtevä toiminta, joka sisälsi ohjauksen ja opetuksen, motivoinnin hoitoon ja yksilöllisen huomioimisen. Edistäviä tekijöitä myös mm. hoidon porrastus, esteetön tiedonkulku, moniammatillinen yhteistyö ja selkeä vastuunjako.</p>	<p>19/20 A</p>
<p>Rosstad, t. Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. 2012. Norja. Hoitoteide</p> <p>Development of a patient-centered care pathway across healthcare providers: a</p>	<p>Tutkia kuinka hoitoketjut toimivat erikoissairanhoidosta siirtyessä perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena kehittää hoitoketju, jossa huomioidaan monisairaavat potilaat.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Kohderyhmänä henkilöstö, jotka osallistuvat potilaan hoitoketjuun. Kohderyhmässä eri ammattiryhmiä jotka kaikki tekemisissä/kehittämässä hoitoketjua.</p>	<p>Puolistrukturoitu ryhmähaastattelu, sekä havainnointia. Sisällönanalyysi ja teemoittelu</p>	<p>erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaiset korostavat eri asioita potilaan hoidossa. Erikoissairanhoidon ammattilaiset korostavat vain sairaalaan johtanutta syytä, kun taas perusterveydenhuollossa korostetaan potilaan kokonaisuutta, jossa tulisi huomioida kaikki sairaudet, psyykinen ja sosiaalinen tila. Perusterveydenhuollossa ei</p>	<p>15/20 D</p>

qualitative study.					toimi hoitoketjut, jossa monisairaalla potilaalla on yhden sairauden perusteella rakennettu hoitoketju.	
--------------------	--	--	--	--	---	--

**KYSELY HATANPÄÄN SAIRAALASTA KOTIUTUNEILLE SEP-
PELVALTIMOTAUTIPOTILAILLE**

Taustakysymykset

Vastatkaa kysymyksiin rastittamalla (x) mielestänne sopivin vaihtoehto.

1. Sukupuolenne on Mies Nainen

2. Ikänne on _____ vuot t a

3. Kuinka pitkä aikaa siitä on, kun olitte hoidossa Hatanpään sairaalan osastolla B5?

2-3 kuukautta sitten 4-5 kuukautta sitten 6 kuukautta sitten

4. Ollessanne hoidossa Hatanpään sairaalassa teille oli suoritettu

Sepelvaltimoiden pallolaajennus Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus Ei kumpaakaan

5. Jos teille oli tehty toimenpiteenä pallolaajennus / ohitusleikkaus, niin oli-ko toimenpide

Etukäteen suunniteltu Päivystyksellisesti tehty

6. Kuinka kauan teillä on ollut sepelvaltimotautidiagnoosi?

alle vuoden yli vuoden

(Jatkuu)

Sairaalahoito

7. Mistä tulitte Hatanpään sairaalaan osasto B5:lle?

- Tays Sydänsairaala Ensiapu Acutasta Jostain muualta

Vastatkaa kysymyksiin 8 ja 9, jos olitte Tays Sydänsairaalassa ennen Hatanpään sairaalaan tuloanne.

8. Jos olitte hoidossa Sydänsairaalassa ennen Hatanpään sairaalan tuloanne, niin tapasitteko Sydänsairaalassa kuntoutusohjaajan? Kyllä Ei

9. Viivästyikö siirtymisenne Sydänsairaalaan Hatanpään sairaalaan?

- Ei Kyllä, miksi?

10. Seuraavassa väittämiä Hatanpään sairaalassa saamastanne hoidosta. Vastatkaa rengastamalla sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Hoitoni Hatanpään sairaalassa vastasi odotuksiani.	1	2	3	4
Sain riittävästi ohjausta sairaudestani Hatanpään sairaalassa.	1	2	3	4
Saamani ohjaus Hatanpään sairaalassa annettiin mielestäni oikeaan aikaan.	1	2	3	4

11. Oliko läheisenne mukana ohjaustilanteissanne? Kyllä Ei

12. Koetteko, että myös läheisenne tarvitsi ohjausta osastolla? Kyllä Ei

13. Tapasitteko Hatanpään sairaalassa osaston sydänhoitajan? Kyllä En

(jatkuu)

3(5)

Vastatkaa kysymykseen 14, jos tapasitte Hatanpään osastolla sydänhoitajan.

14. Seuraavassa väittämiä Hatanpään osaston sydänhoitajan vastaanotosta. Vastatkaa väittämiin rengastamalla sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sydänhoitajalta sain riittävästi tietoa sairaudestani.	1	2	3	4
Sydänhoitajalta sain riittävästi tietoa sydänpotilaan elämäntavoista.	1	2	3	4
Sydänhoitajalta sain riittävästi tietoa lääketyksestäni.	1	2	3	4
Sydänhoitajalta sain riittävästi tietoa tulevasta jatkohoidostani.	1	2	3	4
Saamani sydänhoitajan kirjallinen yhteenveto ohjauksesta tuki asioiden uudelleen läpi käymistä myöhemmin.	1	2	3	4

15. Omia kommenttejanne Hatanpään sairaalan hoidosta:

Sairaalasta kotiuttaminen

16. Seuraavassa on väittämiä Hatanpään sairaalan kotiutustilanteesta. Vastatkaa rengastamalla sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koin Hatanpään sairaalasta kotiutumisen turvallisena.	1	2	3	4
Koin kotiutustilanteen Hatanpään sairaalasta selkeänä.	1	2	3	4
Sain kotiutusvaiheessa riittävästi tietoa lääketyksestäni.	1	2	3	4
Kotiutustilanteessa sain riittävästi tietoa tulevasta jatkokontrolleistani.	1	2	3	4
Kotiutustilanteessa saamani kotiutuspaperit olivat selkeitä ymmärtää.	1	2	3	4

Koen, että mielipiteitäni kuunneltiin kotiutusvaiheessa	1	2	3	4
---	---	---	---	---

17. Omia mielipiteitänne kotiutustilanteesta:

Jatkohoito sairaalahoidon jälkeen

18. Rastikaa seuraavista vaihtoehdoista, missä kaikissa jatkokontrolleissa kävitte sairaalahoidon jälkeen. (Mahdollista rastita useampi vaihtoehto)

<input type="checkbox"/> Omalääkäri	<input type="checkbox"/> Sydänsairaalan lääkäri	<input type="checkbox"/> Yksityinen lääkäriasema
<input type="checkbox"/> Sairaanhoidajan valmis-televa vastaanotto	<input type="checkbox"/> Sydänsairaalan kuntoutusohjaaja	<input type="checkbox"/> Työterveyshuolto
<input type="checkbox"/> Hatanpään erikoispoliklinikan lääkäri	<input type="checkbox"/> Sydänsairaalan ensietoryhmä	<input type="checkbox"/> 3:n sektorin palvelut (esim. Sydänliitto)
<input type="checkbox"/> Hatanpään erikoispoliklinikan sydänhoitaja	<input type="checkbox"/> Jokin muu, mikä?	<input type="checkbox"/> Kotiutustiimi/ kotihoito
<input type="checkbox"/> Tulppa-avokuntoutusryhmä		<input type="checkbox"/> Kaupin sairaala / Tammenlehväkeskus

19. Tulivatko sairaalan jälkeiset jatkokontrollit mielestänne oikeaan aikaan?

Kyllä Ei, miksi?

20. Onko sairaalan jälkeisissä jatkokontrolleissa mielestänne päällekkäisyyttä?

Ei Kyllä, miksi?

21. Onko sairaalan jälkeen jotain jatkokäyntejä, jotka jäivät mielestänne puuttumaan?

Ei Kyllä, miksi?

(jatkuu)

5(5)

22. Tuliko jokin jatkokontrollikäynneistä teille yllätyksenä?

Ei Kyllä, miksi? _____

23. Oletteko tietoinen teidän hoitosuunnitelmastanne?

Kyllä Ei

Kiitos!

Liite 3. Saatekirje



Arvoisa vastaajanottaja!

Olette olleet Tampereen Hatanpään sairaalan sisätautiosastolla B5 hoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi. Osastolla tutkitaan sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun toimivuutta asiakasnäkökulmasta. Olen osasto B5:n sairaanhoitaja ja opiskelen samalla Tampereen ylemmässä ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen linjalla. Teen opinnäytetyötä sepelvaltimotautipotilaan hoitoketjun arvioinnista yhteistyössä Hatanpään osasto B5:n kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka sepelvaltimotautipotilaat kokevat hoitoketjunsä toimivuuden. Oheisen kyselyn kysymykset käsittelevät kokemuksianne sairaalahoidosta, kotiutumisenä sekä sairaalahoidon jälkeisistä jatkokontrolleista.

Vastauksenne ja mielipiteenne ovat tärkeitä ja tavoitteena on kehittää sepelvaltimotautipotilaiden hoitoa asiakaslähtöisemmäksi.

Toivon teidän vastaavan kyselomakkeen kysymyksiin itsenäisesti, mutta voitte pyytää myös läheistänne täyttämään lomakkeen kanssanne. Toivon teidän postittavan valmiin lomakkeen kahden (2) viikon kuluessa, _____ mennessä. Ohessa vastauskuori, jossa postimaksu on valmiiksi maksettu ja postitusosoite kirjattu.

Vastaukset käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti. Henkilöllisyytenne ei tule julki missään vaiheessa eikä valmiista opinnäytetyöstä tunnista kyselyyn vastaajia. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä velvoita mihinkään eikä vaikuta saamaanne hoitoon. Kyselylomakkeet tullaa hävittämään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua syksyllä 2015.

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitaja

Anna Silvennoinen

p.045-1047044

anna.silvennoinen@tampere.fi

Liite 4. Tilastolliset analyysit

Crosstab

		Tapasitteko osaston sydänhoitajan?		Total	
		Kyllä	Ei		
Sain riittävästi ohjausta Hatanpään sairaalassa	Täysin samaa mieltä/ jokseenkin samaa mieltä	Count	45	12	57
		Expected Count	41,5	15,5	57,0
		% within Hatanpään sairaalassa	78,9%	21,1%	100,0%
		% within Tapasitteko osaston sydänhoitajan?	93,8%	66,7%	86,4%
Täysin eri mieltä/ jokseenkin eri mieltä		Count	3	6	9
		Expected Count	6,5	2,5	9,0
		% within Hatanpään sairaalassa	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Tapasitteko osaston sydänhoitajan?	6,3%	33,3%	13,6%
Total		Count	48	18	66
		Expected Count	48,0	18,0	66,0
		% within Hatanpään sairaalassa	72,7%	27,3%	100,0%
		% within Tapasitteko osaston sydänhoitajan?	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab

		Tapasitteko osaston sydänhoitajan?		Total	
		Kyllä	Ei		
Ohjaus annettiin oikeaan aikaan	Täysin samaa mieltä/ jokseenkin samaa mieltä	Count	45	13	58
		Expected Count	42,8	15,2	58,0
		% within Ohjaus annettiin oikeaan aikaan	77,6%	22,4%	100,0%
		% within Tapasitteko osaston sydänhoitajan?	93,8%	76,5%	89,2%
	Täysin eri mieltä/ jokseenkin	Count	3	4	7

eri mieltä	Expected Count	5,2	1,8	7,0
	% within Ohjaus annettiin oikeaan aikaan	42,9%	57,1%	100,0%
	% within Tapasit-teko osaston sydänhoitajan?	6,3%	23,5%	10,8%
	Total	Count	48	17
Total	Expected Count	48,0	17,0	65,0
	% within Ohjaus annettiin oikeaan aikaan	73,8%	26,2%	100,0%
	% within Tapasit-teko osaston sydänhoitajan?	100,0%	100,0%	100,0%

		Tapasit-teko osaston sydänhoitajan?		Total	
		Kyllä	Ei		
Hoitoni Hatanpäällä vastasi odotuksiani	Täysin samaa mieltä/ jokseenkin samaa mieltä	Count	46	16	62
		Expected Count	45,1	16,9	62,0
		% within Hoitoni Hatanpäällä vastasi odotuksiani	74,2%	25,8%	100,0%
		% within Tapasit-teko osaston sydänhoitajan?	95,8%	88,9%	93,9%
Täysin eri mieltä/ jokseenkin eri mieltä		Count	2	2	4
		Expected Count	2,9	1,1	4,0
		% within Hoitoni Hatanpäällä vastasi odotuksiani	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Tapasit-teko osaston sydänhoitajan?	4,2%	11,1%	6,1%
Total		Count	48	18	66
		Expected Count	48,0	18,0	66,0
		% within Hoitoni Hatanpäällä vastasi odotuksiani	72,7%	27,3%	100,0%

% within Tapasitte- ko osaston sydän- hoitajan?	100,0%	100,0%	100,0%
---	--------	--------	--------

Crosstab

			Koin kotiutumisen turvallisena		Total
			Täysin samaa mieltä/ jokseenkin samaa mieltä	Täysin eri miel- tä/ jok- seenkin eri miel- tä	
Mikä on sukupuolenne?	Mies	Count	39	2	41
		Expected Count	36,5	4,5	41,0
		% within Mikä on sukupuolenne?	95,1%	4,9%	100,0%
		% within Koin kotiutumisen turvallisena	68,4%	28,6%	64,1%
	Nainen	Count	18	5	23
		Expected Count	20,5	2,5	23,0
		% within Mikä on sukupuolenne?	78,3%	21,7%	100,0%
		% within Koin kotiutumisen turvallisena	31,6%	71,4%	35,9%
Total	Count	57	7	64	
	Expected Count	57,0	7,0	64,0	
	% within Mikä on sukupuolenne?	89,1%	10,9%	100,0%	
	% within Koin kotiutumisen turvallisena	100,0%	100,0%	100,0%	

Liite 5. Sisällönanalyysit

1(3)

TAULUKKO 1. Hyvä hoitokokemus

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ystävälliset hoitajat ja asialliset lääkärit	Hoitohenkilökunnan osaaminen	Hoitohenkilökunnan hyvä ammattitaito	Hyvä hoitokokemus
Empaattisuus, huumori, oikea asenne			
Kohdeltiin kuin kuningasta	Potilaan hyvä kohtelu	Potilaan arvokas kohtaaminen	
Hoito oli erinomaista ja ammattitaitoista			
Parasta A-luokkaa	Hoitohenkilökunnan positiivinen asenne	Toimivat hoidon tukipalvelut	
Hyvä ja ystävällinen henkilökunta			
Hoidon taso oli hyvä	Ravinto osana hoitoa		
Palvelualttiita hoitajia			
Henkilökunta erittäin osaavaa ja miellyttävää			
Ok			
Hyvä ruoka			

TAULUKKO 2. Epämiellyttävä hoitokokemus

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
En ollut koko aikana tyytyväinen saamaani hoitoon	Ohjauksen riittämättömyys ja väärä ajoitus	Ohjauksen yksilöllisyyden puute	
Ei riittävästi tullut ohjausta			
En tiedä sainko sydänhoitajan ohjausta			

<p>En ole varma olinko vielä valmis vastaanottamaan ohjausta sydänhoitajalta ja lääkäreiltä</p> <p>Eri hoitajien ohjeet ristiriitaisia ja sekoitettiin toiseen potilaaseen</p> <p>Lääkkeet vain jätettiin huoneeseen, ei kerrottu mikä otetaan mihinkin aikaan</p> <p>Hoitajat näkyivät vain kun jakoivat lääkkeitä, epäammattimaista käytöstä heiltä myös.</p> <p>Liiaksi liukuhihnamaista</p> <p>Hoitajilla ja lääkäreillä kiire! Vai ovatko liian tärkeitä?</p> <p>Samassa huoneessa pahasti dementoitunut häiritsevä potilas, lepääminen ei onnistunut</p> <p>Sängyt huonoja</p> <p>Ruoka huono</p>	<p>Potilaan riittämättömän kohtaaminen</p> <p>Ilmapiirin kiireellisyys</p> <p>Epämukavat tilaratkaisut</p>	<p>Potilaan epäammattimainen kohtelu</p> <p>Häiritsevä hoitoympäristö</p>	<p>Epämiellyttävä hoitokokemus</p>
---	--	---	------------------------------------

TAULUKKO 3. Turvallinen kotiutus

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Kirjalliset ohjeet tärkeitä Keskustelun ohjeet unohtuvat</p> <p>Kotiuttamislausunto epäselvä ja kirjoitusvirheitä</p> <p>Lääketieteellisiä käsitteitä</p> <p>Kotiutuspaperit eivät ole selkeitä</p> <p>Lääkärit selväsanaisia ja</p>	<p>Kotiutusohjeiden selkeys</p> <p>Potilaslähtöiset kotiutusohjeet</p> <p>Hoitohenkilökunnan ohjaustaito</p>	<p>Kotiutusohjeiden ymmärtäminen</p>	

<p>ymmärrettävä</p> <p>Termit suomeksi</p> <p>Omalääkärin rooli jäi epäselväksi</p> <p>Ei osattu kertoa tuleeko kutsu, kontrolli jouduttiin hoitamaan itse</p> <p>Jatkokontrollista olisi voitu sopia</p> <p>Jatkohoito olisi voitu kuvata selkeämmin</p> <p>Otettiin hyvin huomioon toiveet kotiuttamispäivästä</p> <p>Omaisten mielipiteet pitää ottaa huomioon</p> <p>Lääkäriltä ohjeita, jossa tyttärenikin oli mukana</p> <p>Lähdin turvallisesti kotiin</p> <p>Siirryin jatkokuntoutukseen, josta olen tyytyväinen</p> <p>Hoitaja kävi kotona kotiuttamisen jälkeen</p>	<p>Jatkohoitoprosessin selkeyttäminen potilaalle</p> <p>Jatkokontrollien varraaminen</p> <p>Potilaan kuunteleminen</p> <p>Omaisten ohjaaminen</p> <p>Jatkokuntoutuksen mahdollistaminen</p> <p>Kotiapujen järjestäminen</p>	<p>Toimiva jatkohoitoprosessi</p> <p>Potilaan ja omaisten toiveiden huomioiminen</p> <p>Kotona pärjäämisen varmistaminen</p>	<p>Turvallinen kotiutus</p>
---	---	--	------------------------------------

Sairaalahoitoa koskevan kysymysosion reliabiliteetti.**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	3

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hoito vastasi odotuksiani	3,02	2,477	,714	,919
Sain riittävästi ohjausta	2,95	1,952	,833	,820
Ohjaus annettiin oikeaan aikaan	2,97	1,968	,854	,799

Sydänhoitajan vastaanoton kysymysosion reliabiliteetti.**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sain riittävästi tietoa sairaudestani	5,82	5,649	,879	,857
Sain riittävästi tietoa elämäntavoista	5,82	5,649	,879	,857
Sain riittävästi tietoa lääkityksestäni	5,76	6,780	,567	,916
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani	5,47	5,027	,794	,874
Kirjallinen yhteenveto tuki asioiden läpikäymistä	5,40	4,973	,753	,888

(jatkuu)

Kotiutusta koskevan kysymysosion reliabiliteetti.

2(2)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,905	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Koin kotiutumisen turvallise- na	7,95	12,946	,702	,894
Koin kotiutumisen selkeä- nä	7,95	12,325	,825	,876
Kotiutuksessa sain riittävästi tietoa lääkityksestäni	7,95	12,566	,776	,883
Kotiutuksessa sain riittävästi tietoa jatkokontrolleistani	7,78	12,692	,671	,899
Kotiutuspaperit olivat selkeät	7,88	13,244	,630	,904
Kotiutusvaiheessa mielipitei- täni kuunneltiin	7,95	12,118	,841	,873

Liite 7. Katoanalyysi

Perusjoukon keski-ikä suhteessa vastanneihin (n=67)

	Perusjoukko	Vastanneet
Keski-ikä	75,12	73,64

Vastausaktiiviteetti sukupuolten välillä (n=67)

Sukupuoli	Perusjoukko	Vastanneet	Vastaus%
Nainen	38	24	63,16
Mies	59	43	72,88

Keski-ikä jakautuminen tehtyjen toimenpiteiden välillä (n=67)

Toimenpide	Keski-ikä
Konservatiivinen hoito	81,15
Pallolaajennus	74,87
Ohitusleikkaus	64,84

Vastausaktiiviteetti tehtyjen toimenpiteiden välillä (n=67)

Toimenpide	Perusjoukko	Vastanneet	Vastaus%
Konservatiivinen hoito	39	26	66,67
Pallolaajennus	39	22	56,41
Ohitusleikkaus	19	19	100,00