



SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO

Potilasohje
Hatanpään sairaalan sisätautiosastolle B5

Patomo Tanja
Saarinen Inkeri

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PATOMO, TANJA & SAARINEN, INKERI:
Sähköinen rytminsiirto – Potilasohje Hatanpään sairaalan sisätautiosastolle B5

Opinnäytetyö 57 s., liitteet 18 s.
Ohjaava opettaja: lehtori, TtM Rami Yli-Villamo
Maaliskuu 2012

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä Hatanpään sairaalan sisätautiosasto B5:lle kirjallinen potilasohje suunniteltuun sähköiseen rytminsiirtoon tuleville potilaille. Opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Opinnäytetyö on yksiosainen.

Yleisimpiä eteisperäisiä rytmihäiriöitä ovat eteisvärinä ja eteislepatus. Eteisvärinäpotilaiden määrä Suomessa on arviolta 100 000 ja se yleistyy iän myötä. Eteisvärinän ja eteislepatuksen yhtenä hoitomuotona on sähköinen rytminsiirto, jossa lyhytaikaisen nukutuksen aikana rytmi palautetaan defibrilloimalla.

Ennen rytminsiirtoa on tärkeää, että potilas osaa valmistautua siihen oikein. Potilasohjetta tehdessämme lähdimme olettamuksesta, että potilas tulee ensimmäistä kertaa sähköiseen rytminsiirtoon. Tämä vaikutti siihen, että potilasohjeen tuli olla kattava tiedoltaan sekä tekstin riittävän tiivistä ja selkeää. Potilasohjeen sisällöstä teimme täsmällisen, jotta potilas pystyy valmistautumaan oikein sähköiseen rytminsiirtoon.

Potilasohjeen avulla potilas tulee saamaan tietoa toimenpiteestä ennen siihen tuloa. Tiedonsaanti ennen toimenpidettä lievittää potilaan jännitystä ja pelkoa. Potilasohje tullaan lähettämään potilaalle postitse ennen toimenpiteeseen tuloa ja potilaan olisi tarkoitus valmistautua rytminsiirtoon potilasohjeen avulla. Potilasohjetta on tarkoitus käyttää osastolla myös osana suullista potilasohjausta.

Olemme käsitelleet potilasohjeessa kuinka potilaan tulee valmistautua toimenpiteeseen, tietoa toimenpiteestä ja toimenpiteen jälkeisestä tarkkailusta. Potilasohjeen lopussa käsittelemme rytminsiirron jälkeisiä kotihoito-ohjeita, koska potilaat ovat kokeneet kotihoito-ohjeet riittämättömiksi Korkeamäen & Liukkosen (2009) opinnäytetyön mukaan.

Tämän potilasohjeen tavoitteena on lisätä potilaalle annettavaa tietoa valmistautumisesta sähköiseen rytminsiirtoon ja lisätä tietoa sähköisen rytminsiirron jälkeisistä kotihoito-ohjeista. Tavoitteena on kehittää osaston ohjausta kirjallisen potilasohjeen avulla.

Asiasanat: potilasohjaus, suunniteltu sähköinen rytminsiirto, eteisvärinä, eteislepatus, kirjallinen potilasohje

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Program of Nursing and Health Care
Option of Nursing

PATOMO, TANJA & SAARINEN; INKERI: Electrical cardioversion- Patient`s guide to Hatanpää`s hospital internal medicine ward B5

Bachelor`s thesis 57 pages, appendices 18 pages
Supervisor: Senior Lecturer, MNSc Rami Yli-Villamo
March 2012

The purpose of this thesis was to make a patient guide for Internal Medicine Ward B5 at Hatanpää City Hospital for patients coming to planned electrical cardioversion. Thesis is in single partition.

Most common supraventricular arrhythmias are atrial fibrillation and flutter. The number of atrial fibrillation patients is estimated to be around 100,000 in Finland, and it becomes more common with aging. Electrical cardioversion is one of the treatments used for atrial fibrillation and flutter, where during a short term anesthesia the rhythm is restored by defibrillating.

Before electrical cardioversion, it is important that the patient prepares for it properly. When making the patient guide, we assumed that the patient is coming to the treatment for the first time. As a result, the instructions need to be thorough and the text clear and readable. This patient guide was also designed to be sent by mail. With the help of this patient guide, the patient will receive information prior to the actual procedure. The knowledge eases the patient`s fear and anxiety. The patient guide is meant to be used as part of verbally instructing the patient.

The patient guide instructs how the patient should be prepared for electrical cardioversion, and gives information about electrical cardioversion and observation after the treatment. The end of the patient guide deals with home care instructions after electrical cardioversion.

The objective of this thesis was to give the patient more information on how to prepare for electrical cardioversion and to provide the patient with home care instructions. The objective of this thesis was also to develop the patient guidance in the ward with the help of this written patient guide.

Key words: patient guidance, electrical cardioversion, atrial fibrillation, atrial flutter, patient guide

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
3.1 Potilasohjaus	9
3.1.1 Kirjallisen potilasohjeen tarkoitus	12
3.1.2 Potilasohjeen sisältö.....	14
3.1.3 Potilasohjeen ulkoasu.....	16
3.2 Elektiivisesti käännettävät rytmit.....	19
3.2.1 Eteisvärinä.....	20
3.2.2 Eteislepatus.....	21
3.3 Suunniteltu sähköinen rytminsiirto	22
3.3.1 Suunniteltu sähköinen rytminsiirto toimenpiteenä	23
3.3.2 Sinusrytmien säilyminen rytminsiirron jälkeen	25
3.3.3 Eteisvärinän ja eteislepatuksen muut hoitovaihtoehdot.....	26
3.4 Antikoagulaatiohoito	27
3.4.1 Varfariini	30
3.4.2 Markkinoille tulleet uudet valmisteet	31
3.5 Kotihoito-ohjeet rytminsiirron jälkeen	32
3.6 Potilaan hoitopolku Hatanpään sairaalan sisätautiosastolla B5.....	34
3.7 Yhteenveto teoreettisesta viitekehyksestä.....	36
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	38
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	38
4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen.....	39
4.3 Opinnäytetyöprosessi	43
5 POHDINTA	46
5.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	46
5.2 Opinnäytetyön luotettavuus	48
5.3 Johtopäätökset	50
5.4 Pohdinta	50
LÄHTEET.....	53
LIITTEET	58

1 JOHDANTO

Eteisvärinä on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö, joka yleistyy iän myötä (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 3). Eteisvärinäpotilaiden määrä Suomessa on arviolta 100 000. Eteisvärinäpotilaiden määrän on arvioitu kasvavan 2-4 kertaiseksi vuoteen 2050 mennessä. Tämä tarkoittaisi, että pahimmillaan meillä olisi vuonna 2050 400 000 eteisvärinäpotilasta. Tämä lisäisi sairastavuutta, kuolleisuutta sekä terveydenhuollon kustannuksia. (Raatikainen 2009a, 475.)

Jatkuva eteisvärinä ja eteislepatus ovat elektiivisen rytminsiirron tärkeimmät aiheet (Raatikainen 2009b). Hatanpään sairaalan sisätautiosastolla B5 tehtiin vuonna 2011, 246 rytminsiirtoa. Korkeamäen & Liukkosen (2009) opinnäytetyön tuloksissa selvisi, että potilaat kokevat sähköisen rytminsiirron jälkeisessä ohjauksessa puutteita. Tästä meille heräsi kiinnostus tehdä opinnäytetyö aiheesta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä antamaan potilaalle tietoa niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. Potilaan tiedon saannin takaamiseksi potilasohjaus on tärkeässä roolissa. Potilaille annettavaa suullista ohjausta on nykyään vähemmän, koska potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Näin ollen kirjallinen potilasohje on merkittävässä osassa ohjausta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7; Kyngäs ym. 2007, 124.) Tutkimuksen mukaan iäkkäät potilaat kokevatkin tarvitsevansa kirjallista materiaalia suullisen ohjauksen tukena (Isola ym. 2007, 60).

Otimme yhteyttä Hatanpään sairaalan B5 osastonhoitajaan ja kysyimme hänen kiinnostustaan aiheeseemme. Ilmeni, että osastolla on tarvetta kirjalliselle potilasohjeelle sähköiseen rytminsiirtoon tuleville potilaille, minkä teemme opinnäytetyönämme osastolle. Aikaisemmin sisätautiosaston B5 potilaalle lähetettävässä ohjeessa on käsitelty lähinnä potilaan valmistautumista sähköiseen rytminsiirtoon. Tämän vuoksi koimme tärkeäksi tehdä aiempaa kattavampi kirjallinen potilasohje. Tällöin potilas pystyy paremmin valmistautumaan sähköiseen rytminsiirtoon.

Rytminsiirto toteutetaan päivystyksellisesti tai suunnitellusti, rytmihäiriön kestosta riippuen. Rytminsiirto voidaan toteuttaa joko sähköisesti tai lääkkeellisesti. Olemme rajanneet työmme käsittelemään suunniteltua sähköistä rytminsiirtoa. Kirjallisen potilasohjeen sisältö rajautui työelämän toiveiden ja potilaiden tiedon tarpeiden kautta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Hatanpään sairaalan sisätautiosastolle B5 sähköiseen rytminsiirtoon tuleville potilaille kirjallinen potilasohje.

Opinnäytetyön tehtävät:

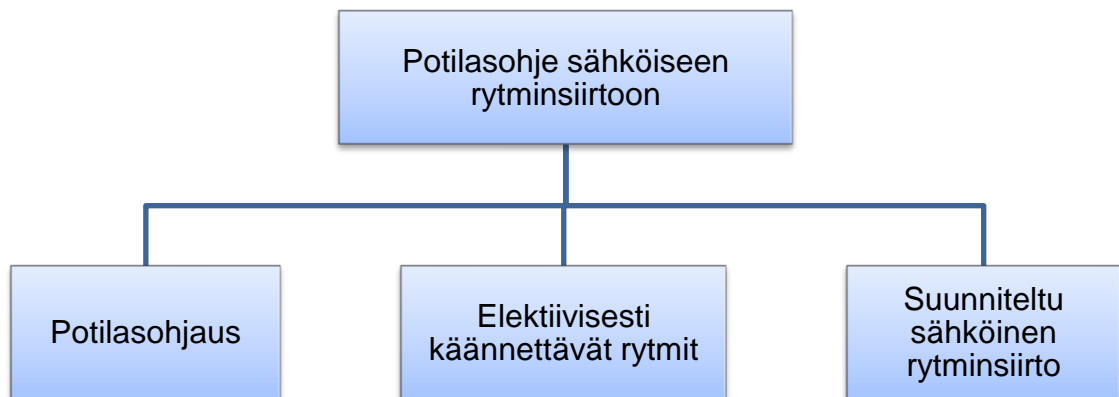
1. Mitä sisältyy hyvään potilasohjaukseen?
2. Mitkä ovat elektiivisesti käännettävät rytmit?
3. Mitä tietoa potilas tarvitsee ennen ja jälkeen rytminsiirron sekä rytminsiirrosta toimenpiteenä?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä potilaalle annettavaa tietoa valmistautumisesta sähköiseen rytminsiirtoon ja lisätä tietoa sähköisen rytminsiirron jälkeisistä kotihoito-ohjeista. Tavoitteena on myös kehittää osaston ohjausta kirjallisen potilasohjeen avulla.

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän opinnäytetyön aiheena on potilasohje sähköiseen rytminsiirtoon tulevalle potilaalle. Keskeisiksi käsitteiksi teoreettisessa viitekehyksessä (kuvio 1) nousevat suunniteltu sähköinen rytminsiirto ja elektiivisesti käännettävät rytmit, joista opinnäytetyössämme käsittelemme eteisvärinää ja eteislepatusta. Tarkoituksena on tehdä kirjallinen potilasohje, jota käytetään suullisen ohjauksen tukena. Tämän vuoksi käsittelemme työssämme myös potilasohjausta.

Olemme käyttäneet teoreettisessa viitekehyksessä muun muassa lähteinä lehtiartikkeleita, Käypä hoito- suositusta ja tutkimuksia. Käyttämämme tutkimukset on käsitelty tarkemmin liiteosiossa (liite 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

3.1 Potilasohjaus

Kääriäinen (2007, 114) määrittelee ohjauksen aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus on myös sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan konteksteihin eli taustatekijöihin. (Kääriäinen 2007, 114.) Määritelmä kuvaa hyvin hoitajan ja potilaan välistä ohjaustilannetta. Potilaan ohjaukseen vaikuttavat vahvasti sekä potilaan että hoitajan taustatekijät, jotka tulee huomioida ohjauksessa.

Ohjaus on tiedon antamista potilaalle (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 298). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan potilaalle selvitys potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä ja hoidon eri vaihtoehdoista. Selvitys pitää antaa myös hoitovaihtoehtojen vaikutuksista sekä hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päättäessä hoitolinjoista. Selvitys tulee antaa niin, että potilas ymmärtää sen sisällön.

Ohjaus on keskeisessä osassa potilaan hoidossa. Hoitaja ohjaa potilasta potilaan hoidossa ja hoitotoimenpiteiden aikana. Ohjauksessa tavoitteena on aina lähteä jostakin tilanteesta ja päätyä johonkin toiseen tilanteeseen. Tällainen tilanne on ohjauksen lähtökohta. (Kyngäs ym. 2007, 5, 26.)

Potilaan tulee saada riittävästi tietoa sairaudesta, sen hoidosta sekä hoitotoimenpiteestä (Isola ym. 2006, 59). Hoitajan tulisikin aina kysyä potilaalta, mitä hän tietää entuudestaan ja millaista tietoa hän tarvitsee. Näin hoitaja pystyy antamaan potilaalle uutta ja tarpeellista tietoa sairaudesta ja hoitotoimenpiteestä. (Johansson ym. 2003, 244.) Hyvän ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaiden selviytymistä kotona ja vähentää potilaiden yhteydenottoja hoitajakson tai toimenpiteen jälkeen (Kyngäs ym. 2007, 6). Heinon (2005, 107) tutkimuksessa potilaiden yhteydenottaminen sairaalaan kotiutumisen jälkeen oli harvinaista. Yhteydenottojen määrään vaikutti potilaiden turvallisuuden tunne kotiutumisen yhteydessä sekä riittävät ja selkeät kotihoito-ohjeet.

Ohjauksessa on tärkeää, että hoitaja osaa asettaa potilaan ohjaustarpeen tärkeysjärjestykseen ja ohjata potilasta tämän kautta (Kyngäs ym. 2007, 30). Poti

laan voimavarojen ja ohjaustarpeen tunnistaminen on tärkeää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 11). Potilasohjauksessa hoitajan tulee huomioida myös potilaan elämäntilanne ja tarpeet (Kääriäinen 2007, 91). Näin potilasohjauksesta tulee yksilöllistä (Johansson ym. 2003, 244; Isola ym. 2007, 60; Kyngäs ym. 2007, 29). Isolan ym. (2007, 60) tutkimuksessa potilaat kokivat puutteita ohjauksen yksilöllisyydessä. He toivoivat, että annetut ohjeet sovellettaisiin paremmin heidän elämäntilanteeseensa.

Ohjauksessa on varmistettava, että potilas on myös ymmärtänyt saamansa tiedon oikein. Potilas ei välttämättä ymmärrä saamiaan ohjeita oikein, jos hän saa ne väärään aikaan. Ohjauksessa tulee myös huomioida tilanne, jossa potilas saa ohjeita, sillä se vaikuttaa suuresti ohjeiden vastaanottamiseen. Esimerkiksi, jos potilas on pelokas tai ei ole valmistautunut ottamaan ohjeita vastaan, ohjaus ei ole tehokasta eikä tuloksellista. (Niemi ym. 2006, 298.)

Ohjaus on aina sidoksissa hoitajan ja potilaan taustatekijöihin. Tällaisia taustatekijöitä ovat muun muassa potilaan ikä, sukupuoli, terveydentila, potilaan kokemukset, tarpeet, odotukset sekä oppimistavat. (Kyngäs ym. 2007, 26, 29, 32.) Potilaan taustatekijät vaikuttavat myös siihen miten potilas ottaa ohjauksen vastaan (Kyngäs ym. 2007, 30). Ne ovatkin tärkeä huomioida ohjauksen onnistumiseksi (Kyngäs ym. 2007, 26; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15).

Heinon (2005, 64–66, 70–72) tutkimuksessa potilaan taustatekijöistä iällä, koulutuksen määrällä ja aiemmalla kokemuksella toimenpiteestä oli merkitystä potilaan saamaan ohjaukseen. Yli 65-vuotiaista potilaista suurin osa koki saaneensa vähän suullista ohjausta sairaalassa. Enemmän koulutetut potilaat kokivat saavansa enemmän ohjausta. Merkittävin ero oli potilaiden aiemmillä kokemuksilla toimenpiteestä. Potilaat, jotka olivat aiemmin olleet toimenpiteessä, kokivat saavansa enemmän ohjausta ja keskustelivat enemmän toimenpiteestä kuin ne, jotka olivat ensimmäistä kertaa toimenpiteessä. Tämän vuoksi ohjauksessa tulee huomioida aiempaa enemmän ensimmäistä kertaa toimenpiteeseen tulevat potilaat.

lääkkään potilaan kohdalla ohjauksessa tulee huomioida mahdollinen kuulon, muistin sekä näkökyvyn heikkeneminen (Isola ym. 2007, 60; Kyngäs ym. 2007, 29). He kokevat tarvitsevansa kirjallista ohjausmateriaalia suullisen ohjauksen tukena (Isola ym. 2007, 60). Iäkkäät potilaat toivovat ohjauksen olevan oikea-aikaista ja toistuvaa, he myös hyötyvät usein lyhytkestoisesta ohjauksesta (Isola ym. 2007, 60; Kyngäs ym. 2007, 29).

Iäkkäät potilaat kokevat usein ohjausajan puutteellisemmaksi kuin nuoremmat potilaat. Toimenpiteeseen suunnitellusti tulevat potilaat kokevat ohjausaikaa olevan enemmän kuin päivystyksellisesti tulevat potilaat. Ikääntyneet potilaat kokevat ohjauksen vaikutuksen usein myös suuremmaksi kuin nuoremmat. (Kääriäinen 2007, 80.)

Potilaat kokevat ohjauksen riittävämmäksi silloin, kun ohjauksen laatu on kokonaisuudessaan hyvää ja ohjaus on potilaslähtöistä. Tällöin ohjaus on myös vaikuttavampaa. (Kääriäinen 2007, 87–88.) Tutkimusten mukaan potilasohjaus toteutuu useimmiten potilaslähtöisesti (Kääriäinen ym. 2006, 11; Kääriäinen 2007, 101). Ohjaustilanteessa potilaalla tulee olla mahdollisuus kysyä ja keskustella potilaan mieltä painavista asioista (Kääriäinen 2007, 83). Potilasta tulee kannustaa kertomaan oireistaan, toiveistaan, peloistaan ja tekemään kysymyksiä hoitoon liittyen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15). Hoitajien tulee kuitenkin kiinnittää huomiota potilaslähtöisen ohjauksen suunnitteluun, jotta ohjaus on vaikuttavaa (Kääriäinen ym. 2006, 11). Myös potilasturvallisuus paranee, kun potilas on mukana hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15).

Ohjausta voidaan antaa esimerkiksi suullisesti tai kirjallisesti. Sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii hoitajalta tietoa ja näkemystä siitä, kuinka potilas omaksuu asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Ohjauksen vaikutuksen varmistamiseksi tulisi käyttää useita eri ohjausmenetelmiä (Johansson ym. 2003, 244; Kyngäs ym. 2007, 73). Tutkimuksessa on kuitenkin todettu, että hoitajien ohjausmenetelmien hallinta on yksipuolista ja he hallitsevat parhaiten suullisen yksilöohjauksen (Kääriäinen ym. 2006, 11). Ohjausmenetelmien hallinta vaikuttaa ohjauksen laatuun. Potilaat kokevat saamansa ohjauksen laadukkaammaksi, kun hoitajalla on hyvä tieto ja taito ohjattavasta asiasta. (Kääriäinen 2007,

89–90.) Eri ohjausmenetelmien hallintaan ja käyttöön hoitajien tulisikin kiinnittää huomiota (Johansson ym. 2003, 244; Kääriäinen ym. 2006, 12).

Heinon (2005, 62–63, 72, 93) tutkimuksessa potilaat kokivat saavansa suullista ja kirjallista ohjausta toimenpiteen jälkeisistä kotihoito-ohjeista. Potilaat myös ymmärsivät kotihoito-ohjeet hyvin. Tutkimuksessa potilaat kokivat ohjauksen tavoitteelliseksi, ja he saivat tietoa toimenpiteestä, sairaalahoidosta ja kotihoitosta. Kuitenkin ensimmäistä kertaa toimenpiteessä olleet potilaat keskustelivat kotihoidosta vähemmän kuin aiemmin toimenpiteessä olleet.

Potilaat kokevat hoitohenkilökunnan valmiudet ohjaukseen puutteellisiksi, koska he eivät saa tietoa asiasta ymmärrettävästi. Tutkimuksessa potilaat kokivat puutteelliseksi ohjauksen hoidon jälkeisten ongelmien ja toipumisajan pituuden osalta. Potilaat kokivat saavansa riittävästi tietoa hoitotoimenpiteestä, lääkityksestä, hoitotoimenpiteeseen valmistautumisesta, koti- tai jatkohoitoon pääsystä. (Kääriäinen 2007, 81, 85–86.)

3.1.1 Kirjallisen potilasohjeen tarkoitus

Kirjalliset potilasohjeet ovat tärkeässä osassa potilaan ohjausta. Potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin potilaille annettavaa suullista ohjausta on nykyään vähemmän. (Torkkola ym. 2002, 7; Kyngäs ym. 2007, 124.) Suullista ohjausta täydennetään kirjallisella potilasohjeella myös silloin, kun aikaa on riittävästi suulliseen ohjaukseen (Torkkola ym. 2002, 7).

Potilaan ollessa osastolla vain lyhyen aikaa, kirjallinen ohjeistus on tärkeää. Näin potilas saa kaiken tarvitsemansa tiedon ja voi tutustua kirjalliseen ohjeeseen rauhassa. Tällöin kaikki potilaan tarvitsema tieto ei tule yhdellä kertaa ja potilaalla on enemmän aikaa sisäistää saamansa tieto. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Tämän vuoksi kirjallinen ohje on tärkeä potilaan valmistautuessa rytminsiirtoon ja potilas saa tietoa myös toimenpiteen jälkeisestä kotihoito-ohjeistuksesta. Tuotoksemme potilasohje tulee käyttöön toimenpidepotilaille, jotka saapuvat osastolle toimenpidepäivän aamuna.

Kirjallisen ohjeen tärkeimmät lähtökohdat ovat potilaan- ja yksiköntarpeet. Potilasohjeen ensisijainen tarkoitus on vastata potilaan tiedon tarpeeseen. Toissijaisesti potilasohje välittää yksikön valmistautumisohjeita potilaalle. (Torkkola ym. 2002, 18, 35.)

Potilasohjeeseen halutaan luoda tiettyjä merkityksiä. Merkitys syntyy kuitenkin vasta, kun potilas lukee ohjetta. Potilasohjeen lukutilanne vaikuttaa ohjeen tulkintaan ja vaikuttavuuteen. Potilaan on hyvä saada lukea ohje rauhassa ja saada vastauksia jälkeensäkin syntyneisiin kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002, 17–19.)

Lähetettäessä potilasohje kotiin, potilaalla on aikaa lukea ohje rauhassa ja miettiä valmiiksi häntä askarruttavia kysymyksiä. Potilasohjeessa on huomioitava, että potilas tarvitsee toimenpiteeseen valmistautuessaan selviä ohjeita. Näin oikeanlainen valmistutuminen toimenpiteeseen voidaan taata. Toimenpiteeseen tarkoitettun valmistautumisohjeen tulee olla täsmällinen, jotta potilaalle ei synny väärinkäsityksiä. (Torkkola ym. 2002, 25.) Heinon (2005, 65) tutkimuksessa suurin osa potilaista oli saanut kirjallisen ohjeen, miten toimenpiteeseen tulee valmistautua.

Kirjallisen potilasohjeen tulee kattaa tieto potilaan valmistautumisesta toimenpiteeseen ja sen jälkeinen ohjeistus (Johansson ym. 2004, 177). Kirjallisen ohjeen tehtävä on tukea potilaan saamaa suullista ohjausta. Kirjallinen potilasohje tukee suullista ohjausta, kun tieto perustuu parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön sekä noudattaa hyväksytyjä muotovaatimuksia. (Griffin, McKenna & Tooth 2003, 176.) Kirjallinen potilasohje annetaankin yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä (Torkkola ym. 2002, 7). Kirjallisen ohjausmateriaalin ei pitäisi kuitenkaan korvata suullista ohjausta (Torkkola ym. 2002, 8; Griffin ym. 2003, 176).

Heinon (2005, 61–62) tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjallisen ja suullisen ohjauksen välillä oli selvä yhteys. Potilaat, jotka saivat paljon kirjallisia ohjeita, keskustelivat enemmän hoidosta, kuin ne jotka saivat kirjallisia ohjeita vähän. Potilaat, jotka olivat saaneet paljon kirjallisia ohjeita, kokivat myös saaneensa suullista ohjausta enemmän sekä hoidosta että kotihoito-ohjeista.

3.1.2 Potilasohjeen sisältö

Potilasohjeen tulee olla helposti luettava ja selkeä (kuvio 2, 19). Se myös kannustaa potilasta omaan toimintaansa. Potilasohjetta luettaessa potilas tekee päätöksen, noudattaako hän annettuja ohjeita vai ei. (Griffin ym. 2003, 176; Hyvärinen 2005, 1769.) Potilasohjeen avulla potilas myös ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Näin ollen potilas tarvitsee tarkkaa ja kattavaa tietoa. (Griffin ym. 2003, 176.) Hyvän potilasohjeen tulee myös puhutella potilasta. Sen tärkeys korostuu silloin kun potilasohje sisältää käytännön toimintaohjeita esimerkiksi valmistautumisesta toimenpiteeseen. (Torkkola ym. 2002, 36.)

Potilasohjeen punaisen langan tulisi näkyä tekstin sisällössä sekä kielessä. Hyvä teksti on yhtenäinen asiasisällöltään ja kieliasultaan. Tekstistä tulee käydä ilmi, mikä on tekstin ydin sekä miten asiat liittyvät toisiinsa. Tekstin tulee olla myös täsmällistä, jolloin se on yhtenäisempää ja ymmärrettävämpää. Selkeän tekstin perusominaisuus on tekstin juoni, jota lukija voi seurata toistuvan aiheen avulla. (Niemi ym. 2006, 128, 132, 136.) Potilasohjeen tekstin tulee olla neuvovaa ja ohjaavaa (Salanterä ym. 2005, 224).

Ohjetta kirjoitettaessa tulisi miettiä asioiden looginen järjestys, mikä tuo huomattavasti selkeyttä ohjeeseen. Hyvän potilasohjeen tulee edetä tärkeysjärjestyksessä, joka on valittu potilaan näkökulmasta. (Torkkola ym. 2002, 39; Hyvärinen 2005, 1769–1770.)

Lauseiden tulee olla selkeitä ja riittävän lyhyitä. Niiden tulee olla ymmärrettäviä potilaan luettua lause kerran. Potilaan tulisi saada yhdellä silmäyksellä käsitys mitä ohje sisältää. (Torkkola ym. 2002, 36, 49; Hyvärinen 2005, 1771.) Konkreettinen ja tuttu kieli selkeyttää tekstiä. Päälauseessa tulisi kertoa pääasia ja täydentävä asia sivulauseessa. (Hyvärinen 2005, 1771.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa tulee ilmoittaa kenelle ja mihin tarkoitukseen ohje on tehty (Torkkola ym. 2002, 36; Hyvärinen 2005, 1769; Salanterä ym. 2005, 223). Ohjeen tulee olla kirjoitettu potilaalle eikä esimerkiksi toiselle hoitajalle. Tämän vuoksi tieto pitää kirjoittaa yleiskielisesti ja selkeästi, jotta potilas saa tarvitsemansa tiedon. Potilasohjeessa on hyvä välttää lyhenteitä ja termejä, sillä

ne jäävät usein potilaalle epäselviksi. Käytettäessä lääketieteellisiä termejä, niiden sisältö pitää määritellä, jotta potilas ymmärtää ne. Asioita voidaan myös selkeyttää konkreettisilla esimerkeillä. (Hyvärinen 2005, 1769, 1771–1772.)

Ohjeiden perustelu usein auttaa potilasta toimimaan ohjeiden mukaan ja samalla ohjeesta tulee potilaalle ymmärrettävämpi. Perustelun hyöty tulee esille myös silloin, jos ohjeen saanut potilas ei halua noudattaa annettua ohjetta. Tällöin perustelun avulla potilas miettii asiaa enemmän ja hänen voi olla helpompaa toimia annetun ohjeen mukaan. Tällöin potilas myös ymmärtää paremmin, miksi hänen tulee toimia tietyllä tavalla. (Torkkola ym. 2002, 38; Hyvärinen 2005, 1770.) Hyvin tehdyllä kirjallisella potilasohjeella voidaan vaikuttaa potilaan motivaatioon ja kokemuksiin (Salanterä ym. 2005, 218).

Potilasohjeessa viimeiseksi kannattaa laittaa osaston yhteystiedot, lisätiedot sekä ohjeen tekijät. Yhteystiedot ovat välttämättömiä ohjeissa, joissa potilasta neuvotaan toimimaan tietyllä tavalla tai valmistautumaan toimenpiteeseen. (Torkkola ym. 2002, 44.) Tällöin potilaan on helppo ottaa yhteyttä osastoon, jos ohjeessa on jotakin epäselvää, potilas haluaa vielä tarkentaa jotain asiaa tai hänellä esiintyy jotain ongelmia (Torkkola ym. 2002, 44; Salanterä ym. 2005, 224).

Salanterän ym. (2005, 223–224) tutkimuksessa, noin puolessa potilasohjeista oli kerrottu kenelle ohje oli tarkoitettu sekä mihin potilas voi ottaa yhteyttä, mikäli esiintyy ongelmia tai potilas tarvitsee lisätietoja. Pääosin ohjeiden teksti oli neuvovaa ja ohjaavaa, sisältö oli looginen sekä lauseet tarpeeksi lyhyitä ja selkeitä. Vain pienessä osassa ohjeista oli käytetty lääketieteellisiä, vierasperäisiä tai ammattisanoja. Noin puolessa ohjeista ammattisanat oli määritelty. Potilasohjeet olivat kieleltään ja rakenteeltaan hyviä. Alle puolet ohjeista oli opetuksellisuuden osalta asianmukaisia. Potilaan selviytymistä käsiteltiin monesta eri näkökulmasta vain harvassa ohjeista.

3.1.3 Potilasohjeen ulkoasu

Tekstin sisällön lisäksi viestin perille menoon vaikuttaa sen ulkoasu. Tärkeää tekstin asettelussa on selkeys ja helppolukuisuus. (Niemi ym. 2006, 138.) Ohjetta tehtäessä tulee miettiä muun muassa kenelle se on tarkoitettu ja kohderyhmän ikä. Ohjeen viesti on helpompi kohdistaa kohderyhmälle, kun kohderyhmä on rajattu selkeästi. Ohjeen suunnittelussa tulee huomioida, mikä on ohjeen tarkoitus ja sen keskeinen viesti. (Pesonen & Tarvainen 2003, 2-3.)

Kirjallisen ohjeen kokonaisrakenne vaikuttaa tekstin luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen. Selkeä tekstin jäsentely ja looginen etenemisjärjestys helpottavat tekstin lukemista ja asiat jäävät paremmin potilaan mieleen. Tekstiä jäsentävät otsikot, visuaaliset keinot ja kappalejako. (Niemi ym. 2006, 128–129.) Kappalejako tulee miettiä huolellisesti, jotta ohjeen ymmärrettävyys säilyy. Yhdessä kappaleessa tulee esittää yksi asiakokonaisuus, jolloin potilaan on helppo lukea ohjetta. (Torkkola ym. 2002, 43.)

Teksti tulee kirjoittaa riittävän selkeällä ja suurella kirjasintyypillä eli fontilla (Torkkola ym. 2002, 58; Griffin ym. 2003, 174). Sopivan kokoinen fontti ja riittävä tila tekstin ympärillä helpottavat ohjeen lukemista ja kiinnittävät potilaan huomion tekstiin. Liian pieni fontti on vaikeasti luettavaa, mutta myös liian suuri fontti voi olla hidaslukuista tai epämiellyttävää lukea. (Pesonen & Tarvainen 2003, 28.) Kirjasintyyppiä valittaessa tulee huomioida, että kirjaimet erottuvat selkeästi toisistaan. Tällöin tekstiä on helpompi lukea. (Torkkola ym. 2002, 58–59; Pesonen & Tarvainen 2003, 28.) Yleisimmin käytetään fonttikokoa 12, mutta kohderyhmän mukaan fonttikokoa voi olla tarpeen suurentaa (Torkkola ym. 2002, 58–59). Ohjeessa ei kannata käyttää useaa kirjasintyyppiä, sillä se antaa usein hallitsemattoman vaikutelman ja saattaa estää potilaan luontevan etenemisen ohjeessa (Pesonen & Tarvainen 2003, 28). Salanterän ym. (2005, 222) tutkimuksessa lähes kaikissa potilasohjeissa oli käytetty selkeästi luettavaa kirjasintyyppiä. Ohjeiden kirjasinkoko oli 12 tai suurempi.

Potilasohjeen otsikot keventävät ohjetta. Pääotsikon tehtävänä on kertoa potilaalle, mikä tekstinsisältö on. Väliotsikot jäsentävät tekstiä ja auttavat potilasta hahmottamaan, mitä kaikkea ohje pitää sisällään. (Torkkola ym. 2002, 39–40;

Tarvainen & Pesonen 2003, 41–42; Hyvärinen 2005, 1770.) Otsikoiden on hyvä olla lyhyitä ja ytimekkäitä (Pesonen & Tarvainen 2003, 41–42). Otsikoiden määrää kannattaa myös harkita, ettei niitä tule liikaa (Hyvärinen 2005, 1770). Otsikon tulee erottua selkeästi muusta tekstistä, jotta se on tehokas (Pesonen & Tarvainen 2003, 41).

Otsikoita mietittäessä, tekstin ydin tulisi kirjoittaa otsikkoon. Kuvan ja otsikon tulee toimia hyvin yhdessä, jolloin viesti välittyy vastaanottajalle. Lukija muodostaa ensimmäisen käsityksensä asian sisällöstä kuvan ja otsikon muodostaman viestin avulla. Tällöin lukija myös päättää, lukeeko hän varsinaista tekstiä. (Huovila 2006, 157.) Salanterän ym. (2005, 222), tutkimuksessa otsikot olivat pääosin potilaiden mielestä selkeitä ja tiedottavia.

Tekstin korostamisessa voi käyttää esimerkiksi lihavoitua tai kursivoitua. Alleviivausta tulee kuitenkin välttää, sillä se usein sotkee tekstiä ja heikentää sen luettavuutta. (Torkkola ym. 2002, 59; Pesonen & Tarvainen 2003, 39.) Otsikoiden erottaminen muusta tekstistä voidaan tehdä myös käyttämällä otsikoissa suurempaa kirjasinkokoa kuin muussa tekstissä. Ohjeessa kannattaa kuitenkin käyttää vain yhtä erottelutapaa, jotta ohjeen selkeys säilyy. (Torkkola ym. 2002, 59.) Tekstiä kannattaa myös korostaa harkiten, koska liika korostuksen käyttö tekee tekstistä sekavan näköisen ja korostus menettää merkityksensä (Pesonen & Tarvainen 2003, 39). Salanterän ym. (2005, 222) tutkimuksessa painotettavia sanoja oli korostettu vain hieman yli puolissa potilasohjeissa.

Riittävän suuri riviväli antaa ohjeelle ilmavuutta ja selkeyttä (Pesonen & Tarvainen 2003, 34). Myös kirjasinkoko vaikuttaa rivivälin valintaan. Yleensä 12 pisteen fontissa riviväliksi riittää puolitoista. (Torkkola ym. 2002, 58.) Yleisohjeena voidaan pitää, mitä suurempaa fonttia käytetään, sitä enemmän huomiota tulee kiinnittää myös riviväliin (Torkkola ym. 2002, 59; Pesonen & Tarvainen 2003, 34).

Kappaleessa kannattaa huomioida rivivälin lisäksi tekstin tasaus. Kun molemmat sivut tasataan, saadaan ohjeesta helppolukuinen ja ryhdikäs. Kappaleet voi erottaa toisistaan tyhjällä tilalla tai sisennyksellä. Tyhjä tila kappaleiden välissä ei tarvitse olla yksi riviväli, vaan tila voidaan jättää halutun suuruiseksi. Tyhjä tila

samalla jäsentää tekstiä ja tuo sivulle avoimuutta. Tyhjä tila vie sivulla enemmän tilaa kuin sisennys. Ohjetta tehtäessä kannattaakin miettiä, kumpi on ohjeeseen tarkoituksenmukaisempi tapa. (Pesonen & Tarvainen 2003, 34–36.)

Marginaalit kehystävät sivua. Marginaalien avulla pystytään rytmittämään ohjetta sekä tuomaan enemmän ilmavuutta (Pesonen & Tarvainen 2003, 10). Mikäli ohjeen kaikki marginaalit ovat yhtä leveitä, tulee ohjeesta raskas vaikutelma. Tämän vuoksi alamarginaalin on hyvä olla ylämarginaalia leveämpi. (Torkkola ym. 2002, 58.) Liian pienet marginaalit tekevät sivusta helposti tumman ja sivu näyttää liian täydeltä (Pesonen & Tarvainen 2003, 10).

Kirjallista ohjetta suunniteltaessa tulee miettiä kuvitusta ja väritystä. Kirjallisen ohjeen suunnittelemattomuus näkyy usein ulospäin. Värienkäytössä tulee huomioida ohjeen kokonaisuus. Väreillä voi muun muassa korostaa, erottaa ja keventää ulkoasua. Värien valintaa voi lähteä miettimään suurimmasta väripinnasta tai käytetystä kuvasta. Kuvat tuovat väriä ohjeeseen ja niiden värit kannattaa huomioida värivalinnassa. Kirjainten tulee erottua taustasta hyvin, jotta sen luettavuus säilyy. Mikäli taustan ja kirjainten sävy on liian lähellä toisiaan, kirjaimet eivät erotu taustasta tarpeeksi ja tekstistä tulee vaikealukuista. (Pesonen & Tarvainen 2003, 4, 32, 54–55.)

Kuvan tehtävänä voi olla kiinnittää potilaan huomio, houkutella lukijaa, helpottaa viestin perille menoa tai täydentää tekstisisältöä. Kuvankäytöllä voidaan myös muuttaa tai mitätöidä tekstin sisältö, joten kuvien käyttöä pitää harkita. Kuvia valittaessa tulee huomioida kuvan sopivuus tekstiin. Kuvan tulee myös olla ohjeessa oikeassa paikassa, jotta sen tarkoitus säilyy. Kuvia ei pidä käyttää tilan täyttäjinä. Kuvaa voidaan käyttää elävöittämässä tai selkeyttämässä tekstiä. (Pesonen & Tarvainen 2003, 46–47.)

Kirjallisessa ohjeessa kannattaa kiinnittää huomiota myös sommitteluun. On hyvä miettiä tarkkaan, mihin kuvia laittaa. Kuvien käytöllä voidaan piristää tekstiä, jolloin ohje säilyy johdonmukaisena. Liiallinen kuvien ja tehosteiden käyttö voi tuoda ohjeeseen liikaa poikkeavuuksia, jolloin sen selkeys ja johdonmukaisuus kärsii. Kuvan paikalla voidaan myös vaikuttaa ohjeen yleisilmeeseen. Lukijan katse kiinnittyy väreihin, kuviin ja korostuksiin. Tyhjätila kuvan ympärillä

kiinnittää huomion kuvaan ja erottaa sen ympäristöstä. (Pesonen & Tarvainen 2003, 59, 61.)



KUVIO 2. Yhteenveto kirjallisesta potilasohjeesta

3.2 Elektiivisesti käännettävät rytmit

Tärkeimmät aiheet elektiiviseen eli suunniteltuun rytminsiirtoon ovat jatkuva eteisvärinä ja eteislepatus. Akuutti alle 48 tuntia kestänyt eteisvärinä voidaan kääntää päivystyksellisesti, mutta yli 48 tuntia olleessa eteisvärinässä rytminsiirto tulee tehdä suunnitellusti. (Raatikainen 2011e, 422–423.) Suunniteltua ryt-

minsiirtoa tarvitaan todella harvoin muissa rytmihäiriöissä, sillä muut rytmihäiriöt joudutaan usein hoitamaan päivystyksellisesti (Raatikainen 2009b). Rytminsiirto on eteisvärinän ja eteislepatuksen nopein ja tehokkain hoito (Viitasalo & Oikarinen 2010, 3206).

3.2.1 Eteisvärinä

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin pitkäkestoinen sydämen rytmihäiriö (American Heart Association 2011, 278; Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus 2012, 3). Eteisvärinä saa alkunsa tiheään toistuvista eteislisälyönneistä. Lisälyöntien vaikutuksesta eteisiin syntyy järjestäytymätön sähköinen toiminta. (Raatikainen & Huikuri 2008, 537.) Sähköiset aallot kulkevat eteisissä kaaosmaisesti, minkä vuoksi eteiset supistelevat epätahdissa. Kammioiden alueelle tulee sähköimpulsseja vaihtelevalla taajuudella, koska eteiset värisevät. Tämän vuoksi kammiotaajuus on epäsäännöllinen sekä usein liian nopea. (Raatikainen 2011a, 414–415.) Eteisvärinä näkyy EKG:ssa eli elektrokardiografiassa perusviivan epätasaisuutena, kapeana QRS-heilahduksena eikä siinä erotu normaali P-aalto (Raatikainen & Huikuri 2008, 540). Eteisvärinässä eteisiin ei synny tehokasta lihassupistusta (Syväne 2009, 32). Tämän vuoksi sydämen eteiset eivät pumpkaa riittävästi verta eteenpäin ja sydämen pumppausteho pienenee 20–30% (Raatikainen 2011c, 418).

Eteisvärinä lisääntyy iän myötä ja se onkin merkittävin yksittäinen altistava tekijä (Syväne 2009, 32; American Heart Association 2011, 278; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 4). Suuri osa eteisvärinäpotilaista on yli 65-vuotiaita. Tärkeimpiä eteisvärinälle altistavia sydän- ja verenkiertoperäisiä tekijöitä ovat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja sydämen läppäviat. Muita eteisvärinälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa diabetes, ylipaino, kilpirauhasen toimintahäiriöt sekä krooniset keuhkosairaudet. (Raatikainen 2011b, 416–417; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 4.) Ilman hoitoa eteisvärinä uusiutuu vuoden kuluessa 80–90% potilaista (Raatikainen 2011f, 425). Hoitamattomana eteisvärinä voi huonontaa potilaan elämänlaatua ja saattaa edistää sydämen vajaatoiminnan kehittymistä (Raatikainen 2011g, 431).

Eteisvärinäpotilaista osa ei itse huomaa eteisvärinää lainkaan, vaan se huomataan sattumalta. Yleisin eteisvärinän oire on nopean ja epäsäännöllisen sykkeen aiheuttama sydämentykytys. Oireina voi olla myös päänsärkyä, väsymystä, huimausta, rintakipua, suorituskyvyn heikkenemistä ja hengenahdistusta. (Raatikainen 2011c, 417–418; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 7.) Eteisvärinässä oireet johtuvat nopeasta ja epätasaisesta rytmistä tai sen aiheuttamasta hemodynamiikan muutoksista (Raatikainen & Huikuri 2008, 538). Elimistö tottuu eteisvärinään ja oireet yleensä helpottavat, kun syketaajuus saadaan sopivaksi. Potilas sietää yleensä paremmin eteisvärinää kuin sinusrytmin ja eteisvärinän vaihtelua. (Raatikainen 2011h, 437.) Eteisvärinän hoidossa on tärkeää hoitaa potilaan perussairaudet, jotka ovat voineet vaikuttaa eteisvärinän syntymiseen (Syväne 2009, 33).

Eteisvärinä jaetaan yleensä neljään eri tyyppiin, sen keston ja uusiutumistaipumuksen mukaan. Kohtauksittainen eteisvärinä kestää alle seitsemän vuorokautta. Siinä sydämen normaali rytmi palautuu itsestään, tavallisimmin alle vuorokaudessa. Jatkuva eteisvärinä kestää hoitamattomana yli viikon. Sinusrytmi voidaan palauttaa lääkkeellisellä tai sähköisellä rytminsiirrolla. Pitkään jatkunut eteisvärinä on kestänyt yli vuoden, mutta päätetään koittaa rytmin hallintaa. Pysyvässä eli kroonisessa eteisvärinässä sydämen normaalirytmien palauttaminen ei onnistu tai se ei ole järkevää. Tällöin hyväksytään eteisvärinärytmi. (European Society of Cardiology 2010, 2378; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 3.) Työssämme käsittelemme kohtauksittaista tai jatkuvaa eteisvärinää. Työmme ei koske akuuttia alle 48 tuntia kestävästä eteisvärinästä.

3.2.2 Eteislepatus

Eteislepatus eli flutteri on toiseksi yleisin eteisperäinen rytmihäiriö. Eteislepauksen tärkeimmät riskitekijät ovat ikä, sydämen vajaatoiminta ja krooninen keuhkohtaumatauti. Yleisimmin eteislepauksen taustalla on jokin sydän- tai muu sairaus. Eteislepatus potilaista vain noin 2 % ei ole altistavia sairauksia. Eteislepatus on miehillä noin 2,5 kertaa yleisempi kuin naisilla. (Raatikainen & Uusimaa 2008, 555.)

Eteisperäiset lisälyönnit käynnistävät eteislepatuksen. Tavallisesti eteislepatuksessa sydämen sähköinen aktivaatio kiertää suurta kehää oikeassa eteisessä. Eteislepatuksessa rytmi on säännöllinen toisin kuin eteisvärinässä. (Raatikainen 2008j, 438–439; Raatikainen & Uusimaa 2008, 556.) EKG:ssa eteislepatus esiintyy säännöllisenä sahalaitaisena F-aaltona sekä kapeana QRS-heilahduksena (Raatikainen & Uusimaa 2008, 558).

Monilla potilailla on sekä eteislepatusta että eteisvärinää. Eteislepatus hoitamattomana muuttuukin usein eteisvärinäksi. (Raatikainen & Uusimaa 2008, 558.) Eteislepatuksen oireet ovat hyvin samanlaisia kuin eteisvärinässä (Raatikainen & Uusimaa 2008, 558).

3.3 Suunniteltu sähköinen rytminsiirto

Jatkuva eteisvärinä ja eteislepatus ovat suunnitellun sähköisen rytminsiirron yleisimmät aiheet (Raatikainen 2009b; American Heart Association 2011, 311). Sydämen normaalirytmii voidaan palauttaa tehokkaimmin ja nopeimmin sähköisellä rytminsiirrolla (Raatikainen 2011e, 423). Eteisvärinän pitkittyessä sähköisen rytminsiirron teho kuitenkin huononee (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 12). Eteisvärinän pitkittyessä sinusrytmin palautuminen vaikeutuu, koska eteisvärinä muokkaa eteisten sähköistä ja mekaanista toimintaa sekä rakenteita (Raatikainen 2011b, 416).

Sähköinen rytminsiirto tasavirtaiskulla on tehokkaampi hoitomuoto kuin lääkkeellinen rytminsiirto. Ei ole näyttöä, että sähköisellä ja lääkkeellisellä rytminsiirrolla olisi eroa verisuonitukos- tai aivohalvausriskille. Tämän vuoksi suositus antikoagulaatiolääkityksestä on sama lääkkeellisessä ja sähköisessä rytminsiirroissa. (American Heart Association 2011, 311.)

Sähköisessä rytminsiirroissa on riski verisuonitukoksille, ellei antikoagulaatiolääkityksellä ennaltaehkäistä niitä ennen rytminsiirtoa. Verisuonitukosten riski nousee, kun eteisvärinän tai -lepatuksen kesto on ollut yli 48 tuntia. (European Society of Cardiology 2010, 2391–2392; American Heart Association 2011, 311.)

Tällöin potilaalle aloitetaan antikoagulaatiolääkitys ennen rytminsiirtoa (European Society Of Cardiology 2010, 2391).

Eteisvärinän antikoagulaatiohoidon tulee olla hoitotasolla (INR 2–3) vähintään kolme viikkoa ennen suunniteltua sähköistä rytminsiirtoa (Virtanen & Lund 2008, 2698; Raatikainen 2009b; European Society of Cardiology 2010, 2391–2392). Mikäli potilaalla on käytössä dabigatraani, potilaan tulee käyttää sitä säännöllisesti ohjeiden mukaan neljä viikkoa ennen sähköistä rytminsiirtoa (Raatikainen 2011e, 423; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 12). Potilaan tulee ottaa dabigatraania kaksi kertaa vuorokaudessa määrätty annos. (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 12). Dabigatraania käytettäessä INR-arvoa ei tarvitse seurata ennen sähköistä rytminsiirtoa (Raatikainen 2011g, 432). Anti-koagulaatiohoidon hoitotaso on tärkeää, koska yli 48 tuntia kestäneessä eteisvärinässä rytminsiirtoon liittyvä aivohalvausriski on noin 5 % (Raatikainen 2011e, 423).

3.3.1 Suunniteltu sähköinen rytminsiirto toimenpiteenä

Potilaalle tulee kertoa etukäteen, miten sähköinen rytminsiirto tehdään (Kauppinen & Poikonen 2010). Hoitajan tulee huolehtia, että potilas on ollut syömättä ja juomatta vähintään kuusi tuntia ennen suunniteltua rytminsiirtoa, aspiraatoriskin vuoksi (Raatikainen 2009b). Alkoholia ei saa nauttia toimenpidepäivänä eikä sitä edeltävänä päivänä (Muhonen 2010). Ennen rytminsiirtoa potilaan tulee ottaa pois korut, kello ja hammasproteesit. Mikäli potilaalla on runsaasti karvoitusta rintakehällä, ne ajellaan, jotta sähkö johtuu paremmin. Alue johon elektrodit laitetaan, pyyhitään sprillä ennen elektrodien asettamista. Kun potilas on monitoriseurannassa, hoitajan tulee tarkistaa, että EKG piirtyy hyvin monitorille ja potilaalla on edelleen näkyvissä rytmihäiriö. (Kauppinen & Poikonen, 2010.)

Potilaalle avataan suoniyhteys ja laitetaan tippumaan perusneste infuusio. Potilaalle laitetaan happisaturaatiomittari, josta nähdään potilaan happeutumisen. Potilasta tulee esihapettaa vähintään 5-15 minuuttia ennen toimenpidettä. Happea annetaan happinaamarilla 6-8 l/min. Potilaalta mitataan verenpaine ennen rytminsiirtoa. (Raatikainen 2009b; Kauppinen & Poikonen 2010.)

Sähköinen rytminsiirto toteutetaan lyhyessä anestesiassa (Raatikainen 2009b; American Heart Association 2011, 324). Anestesia lääkäri määrittää potilaalle sopivan anesteettiannoksen, jolla hän nukuttaa potilaan (Kauppinen & Poikonen 2010). Anestesiassa käytetään lyhytvaikutteista anesteettia, jolloin potilas herää anestesiasta nopeasti. Tällöin potilaan kotiutuminen samana päivänä on mahdollista. (American Heart Association 2011, 324.) Tavallisimmin anesteettina käytetään propofolia (Kauppinen & Poikonen 2010).

Ennen rytminsiirtoa tulee tarkistaa, ettei potilaan rytmi ole kääntynyt sinusrytmiksi. Mikäli potilaalla on sinusrytmi, rytminsiirtoa ei suoriteta (Raatikainen 2009b; American Heart Association 2011, 311.) Kun monitorista on varmistettu, että potilaalla on edelleen eteisvärinä tai eteislepatus, rytmi käännetään sinusrytmiin tasavirtaiskulla. Lääkäri määrittää rytminsiirrossa käytettävän joulemäärän. Hän suorittaa rytminsiirron, kun potilas on riittävässä unessa. Defibrillaation aikana potilaaseen tai sänkyyn ei saa koskea. (Kauppinen & Poikonen 2010.)

Eteisvärinässä energiamäärän tulee olla suurempi kuin eteislepatuksessa, jotta se on tehokas. Tutkimuksissa keskiarvona onnistuneissa rytminsiirroissa on ollut 100 joulea bifaasisella defibrillaattorilla ja 200 joulea monofaasisella. Mikäli potilaalla on ollut pitkään eteisvärinä, aloitus joulemääräksi soveltuu 200 joulea. (American Heart Association 2011, 324.) Mikäli rytmi kääntyy sinusrytmiin, mutta eteisvärinä alkaa uudelleen muutaman sinuslyönnin jälkeen, rytminsiirto toistetaan. Yleensä ei tehdä enempää kuin 3-5 yritystä. (Raatikainen 2009b.) Mikäli potilaalle annetaan useampi isku, tulee niiden välillä olla vähintään yhden minuutin tauko, jotta vältetään sydänvauriot (American Heart Association 2011, 324; Raatikainen 2011e, 423). Mikäli yhdellä kerralla tarvitaan useampi isku, tulee anesteetin riittävyys varmistaa ennen uutta iskua, sillä propofolia käytettäessä potilas herää anestesiasta nopeasti (Scheinin & Valtonen 2006, 120).

Rytminsiirron jälkeen potilaalta mitataan verenpaine (Raatikainen 2009b). Potilaan happisaturaatioarvoa seurataan, kunnes potilas on herännyt kunnolla anestesiasta (Kauppinen & Poikonen 2010). Rytminsiirron jälkeen potilasta tulee tarkkailla sairaalassa vähintään kolme tuntia (European Society of Cardiology 2010, 2395). Noin kahden tunnin kuluttua potilas saa syödä ja liikkua osas-

tolla. Potilaalta tulee ottaa EKG osastolla, jotta nähdään, ettei rytmihäiriö ole palautunut ja potilaalla on edelleen sinusrytmi. (Atrial Fibrillation Association 2009; Raatikainen 2009b.)

Sähköisen rytminsiirron komplikaatiot liittyvät pääasiassa rytmihäiriöihin tai verisuonitukoksiin (European Society of Cardiology 2010, 2395; American Heart Association 2011, 325). Sähköisen rytminsiirron jälkeen saattaa esiintyä hyvälaatuisia rytmihäiriöitä, jotka yleensä kääntyvät itsestään takaisin sinusrytmiin. Tällaisia rytmihäiriöitä ovat muun muassa ennenaikaiset eteis- ja kammioperäiset lyönnit, sydämen hidasleyöntisyys sekä lyhyt sinus pysähdys. (American Heart Association 2011, 325.)

3.3.2 Sinusrytmin säilyminen rytminsiirron jälkeen

Sinusrytmin palautuminen ja säilyminen on todennäköisempää, jos eteisvärinä on kestänyt vähän aikaa. Sähköisen rytminsiirron onnistumisen todennäköisyys on huonompi, mikäli eteisvärinä on kestänyt yli vuoden ennen rytminsiirtoa. (American Heart Association 2011, 325–326.)

Lehdon (2009, 62) tutkimuksessa sähköinen rytminsiirto onnistui suurimmalle osalle potilaista. Suurin riski uuden eteisvärinäkohtauksen esiintymiseen on ensimmäisen kuukauden aikana rytminsiirrosta (Lehto 2009, 65; American Heart Association 2011, 325). Mikäli sinusrytmi on pysynyt kuukauden, eteisvärinän uusiutumisriski pienenee. Riski eteisvärinän uusiutumiseen on kuitenkin suurempi, kuin potilailla, joilla ei ole ollut aiemmin eteisvärinää. Jatkuva eteisvärinä ja pidempään jatkunut eteisvärinä ennen sähköistä rytminsiirtoa hyväksytään helpommin, mikäli potilaalla on korkea ikä. (Lehto 2009, 59–62.)

Sinusrytmin palaututtua, suurimmalle osalle potilaista eteisvärinä kuitenkin palautui ensimmäisen suunnitellun rytminsiirron jälkeen. Onnistuneista rytminsiirroista vain neljäsosalla säilyi sinusrytmi vuoden. Sinusrytmin säilyminen rytminsiirron jälkeen on vaikeaa ilman estolääkitystä. (Lehto 2009, 59–65.) Rytminsiirron jälkeen eteisvärinä uusiutuukin 80–90% potilaista ilman hoitoa (Raatikainen & Huikuri 2008, 547, 550; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 16). Esto-

lääkitystä tulisi harkita kaikille potilaille estämään eteisvärinän uusiutuminen (American Heart Association 2011, 326).

3.3.3 Eteisvärinän ja eteislepatuksen muut hoitovaihtoehdot

Jatkuvan eteisvärinän hoito valitaan potilaskohtaisesti. Hoitolinjaa valittaessa tulee huomioida potilaan oireet, muut sairaudet, rytmihäiriön kesto, tromboembolisten komplikaatioiden vaaratekijät sekä odotettavissa olevat hyödyt ja haitat hoidossa. Jatkuvan eteisvärinän hoidossa voidaan käyttää eteisvärinän lääkkeellistä estohoitoa, voidaan tyytyä eteisvärinärytmiin, joka hidastetaan lääkkein tai tehdään katetriablaatio. (Raatikainen & Huikuri 2008, 542; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 10.) Pitkittyneessä eteisvärinässä lääkkeellinen rytminsiirto menettää nopeasti tehoaan, eikä siksi ole yleensä hoitovaihtoehto (Raatikainen & Huikuri 2008, 544).

Mikäli rytminsiirto ei onnistu, voidaan tyytyä eteisvärinärytmiin tai harkita katetriablaatiota (Raatikainen & Huikuri 2008, 550). Toistuvista rytminsiirroista voidaan luopua iäkkäillä potilailla, joilla oireet ovat lievät. Luopuminen on perusteltua etenkin, jos potilaalla on jokin eteisvärinälle altistava sairaus, kuten sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine tai diabetes. Tällöin yleensä eteisvärinän vaikutus elämänlaatuun on vähäinen. Kun tyydytään eteisvärinärytmiin, potilaalla jatketaan antikoagulaatiohoitoa (Raatikainen 2011e, 422.)

Pysyvässä eteisvärinässä sydämen sykettä hidastetaan lääkkein, koska liian nopea rytmi voi johtaa sydämen vajaatoimintaan. Optimaalinen syketaajuus on levossa yleensä 60–80/min ja kevyessä rasituksessa 90–115/min. Kun syketaajuus on laskettu optimaaliselle tasolle, puhutaan taloudellisesta flimmeristä. (Raatikainen & Huikuri 2008, 546; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 21–22.) Minimitaloituksena on, että syketaso pysyy alle 110/min ja potilas on oireeton (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 22).

Eteisvärinän hoidossa voidaan käyttää katetriablaatiota tietyillä potilasryhmillä. Usein eteisvärinä alkaa rytmihäiriöpesäkkeistä, jotka sijaitsevat keuhkovaltimoiden tyvialueella. Katetriablaatiossa katetri viedään sydämeen ja radiotaajuisella

sähkövirralla tuhotaan tai eristään rytmihäiriöpesäkkeitä. (Raatikainen & Huikuri 2008, 550; Raatikainen ym. 2008, 3435.) Katetriablaatio ei sovi kaikille eteisvärinäpotilaille hoidoksi (Raatikainen & Huikuri 2008, 551). Hyöty on suurin nuorilla itsenäistä eteisvärinää sairastavilla potilailla, joilla ei ole muita sydänsairauksia. Katetriablaatiohoitoa voidaan käyttää myös muun muassa potilailla, joilla on voimakas oireinen kohtauksittainen tai jatkuva eteisvärinä, ja joilla on huono vaste lääkehoitoon. (Raatikainen & Huikuri 2008, 551–552; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 20–21.)

3.4 Antikoagulaatiohoito

Eteisvärinässä eteiset eivät supistu kunnolla, jolloin veri jää seisomaan eteisiin. Tämän vuoksi eteisvärinä altistaa potilaan verihyytymien muodostumiselle. Verihyytymä voi syntyä sydämeen, se voi lähteä liikkeelle tai siitä voi irrota osia. Mikäli verihyytymä kulkeutuu verenkierron mukana aivoverisuoniin se voi aiheuttaa tukoksen aivoverisuoniin. Tukoksia voi eteisvärinästä johtuen syntyä myös muihin verisuoniin. (American Heart Association 2011, 285; Raatikainen 2011c, 419.) Tämän vuoksi eteisvärinäpotilaan hoidossa on tärkeää verisuonitukosten estäminen. Verisuonitukoksia pyritään estämään verenhyytymisenesto- eli antikoagulanttilääkityksellä. (Raatikainen 2011g, 431.) Oireettomassa ja oireisessa eteisvärinässä on yhtä suuri vaara aivohalvaukselle ja sydänperäiselle embolisaatiolle. Tämän vuoksi myös oireettomassa eteisvärinässä tulee huomioida antikoagulaatiohoito. (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 24.)

Eteislepatuksessa eteiset supistelevat säännöllisesti ja nopeasti. Tämän vuoksi verenvirtaus on parempi ja verisuonitukosten vaara on hieman pienempi kuin eteisvärinässä. Kuitenkin on todettu, että aivohalvauksen riski on niin suuri, että antikoagulaatiohoidon periaatteet ovat samat molemmissa. Aivohalvaukseen liittyvät samat riskitekijät eteislepatuksessa kuin eteisvärinässä. (Raatikainen & Uusimaa 2008, 564; Raatikainen 2011k, 442; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 24.) Tromboembolisille komplikaatioille altistaa, mikäli potilaalla on eteislepatuksen lisäksi myös eteisvärinä (Raatikainen 2011k, 442). Tromboembolisten komplikaatioiden/verisuonitukosten vaaraa arvioitaessa voidaan

käyttää apuna CHA₂DS₂VASc- riskipisteystystä (taulukko 1) (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 5).

Mikäli potilaalla on sydämen vajaatoiminta, diabetes, kohonnut verenpaine, potilaan ikä on 65–74 vuotta, potilaalla on valtimosairaus tai potilas on nainen, hän saa kustakin riskitekijästä yhden pisteen. Kaksi riskipistettä potilas saa, mikäli hän on iältään yli 75-vuotias tai hänellä on ollut aiempi aivohalvaus tai TIA. Potilaan riskitekijöiden mukaan saamat riskipisteet lasketaan yhteen. Riskipisteiden mukaan määräytyy potilaan riskiluokka (taulukko 1). Riskipisteystystä käytetään, kun potilaalla todetaan eteisvärinä tai kun eteisvärinä jää pysyväksi rytmiksi. (European Society of Cardiology 2010, 2382; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 5.)

TAULUKKO 1. CHA₂DS₂VASc- riskipisteytys (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 5)

Riskitekijä	Riskipisteet
Sydämen vajaatoiminta	1
Diabetes	1
Kohonnut verenpaine	1
Ikä 65–74	1
Valtimosairaus	1
Naissukupuoli	1
Ikä yli 75 vuotta	2
Aiempi aivohalvaus tai TIA	2

CHA₂DS₂VASc- pisteytyksen (taulukko 2, 29) avulla arvioidaan potilaan aivohalvauksen vaara, jonka avulla arvioidaan antikoagulaatiohoidon tarve. Potilaalla on pieni riski, mikäli hän saa 0 pistettä. Keskiuuri riski potilaalla on kun hän saa 1 pisteen. Suuren riskin potilas saa kaksi pistettä tai useamman. Erittäin

suuri riski potilaalla on riskipisteistä huolimatta, mikäli hänellä on ollut aiempi aivohalvaus tai TIA, valtimoembolia, mitraalistennoosi tai tekoläppä. (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 6.)

TAULUKKO 2. Antikoagulaatiohoidon valinta eteisvärinässä (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 6)

Antikoagulaatiohoito eteisvärinässä	
Pieni riski	0 pistettä
Keskisuuri riski	1 pistettä
Suuri riski	≥ 2 pistettä
Erittäin suuri riski	Aivohalvaus tai TIA Valtimoembolia Mitraalistennoosi Tekoläppä

Rytminsiirron jälkeen eteislepatuksen ja eteisvärinän antikoagulaatiohoitoa jatketaan samoin periaattein. Antikoagulaatiohoitoa jatketaan pieneriskin potilailla vähintään neljä viikkoa. Suurenriskin potilaille usein suositellaan jatkuvaa antikoagulaatiohoitoa. (European Society of Cardiology 2010, 2392; Raatikainen 2011j, 441; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 15.)

Mikäli potilaalla jää eteisvärinä pysyväksi rytmiksi, tulee harkita antikoagulaatiohoitoa verisuonitukosten estämiseksi kaikille potilaille, eteisvärinän tyypistä riippumatta. Antikoagulaatiohoitoa valittaessa huomioidaan potilaan muut sairaudet, aivohalvauksen riskitekijät ja vuotovaara. (Raatikainen & Huikuri 2008, 553.) Erittäin suuren riskin potilaille aloitetaan antikoagulaatiohoito riskipisteistä riippumatta (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 6). Suuren riskin potilaille antikoagulaatiohoito on aloitettava heti. Myös keskisuuren riskin potilaat hyötyvät antikoagulaatiohoidosta, joten se on suositeltavaa aloittaa. Pienen riskin potilailla voidaan harkita tarvitaanko antikoagulaatiohoitoa. (Raatikainen & Huikuri 2008, 553.)

3.4.1 Varfariini

Varfariini eli Marevan® -lääkitys on tehokas estämään aivohalvauksia eteisvärinässä ja eteislepatuksessa (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 25). Se vähentää noin 60 % sydänperäisen embolisaation ja aivohalvauksen vaaraa (Raatikainen & Huikuri 2008, 553). Varfariini estää maksassa K-vitamiinista riippuvien hyytymistekijöiden muodostumista. Varfariinihoidon tavoitteena on K-vitamiinista riippuvien hyytymistekijöiden aktiivisuuden vähentäminen normaalista noin 20 %:iin. (Halinen & Lassila 2008, 1303; Lassila, Klaukkala & Idänpää-Heikkilä 2009, 616.)

Aivohalvauksen estohoitoon ja verenvuotokomplikaatioiden kannalta ihanteellinen INR-arvo on 2,0–3,0 (Raatikainen & Huikuri 2008, 553; Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 25). Tähän pyritään potilaan kohdalla seuraten INR-arvoa säännöllisesti verikokein. INR-arvon seuraaminen varfariinihoidon aikana on tärkeää, sillä liian matala arvo kertoo, että annos on tehoton ja voi johtaa verisuonitukoksiin. Liian korkea INR-arvo voi aiheuttaa potilaalla verenvuotoja. (Lassila ym. 2009, 616.) Aluksi INR-arvoa joudutaan seuraamaan viikoittain tai useamman kerran viikossa, mutta kun INR-arvo pysyy hyvin hoitotasolla, mitauksia voidaan harventaa. INR-arvon ollessa hoitotasolla, vuotokomplikaatioiden määrä on noin 3 %, mutta kun INR-arvo ylittää 4,5, ne kymmenkertaistuvat. (Halinen & Lassila 2008, 1304.) INR-arvojen suuri vaihtelu lisää verisuonitukosten ja verenvuotohäiriöiden vaaraa (Eteisvärinä: Käypä hoito –suositus 2012, 26).

Varfariinihoidossa suunnitellaan viikkoannostus, mikä pitäisi jakaa mahdollisimman tasaisesti joka päivälle (Halinen & Lassila 2008, 1304). Potilaan ottaessa lääkkeen säännöllisesti ja annoksen ollessa tasainen, hyytymisarvot pysyvät yleensä vakaina (Lassila ym. 2009, 616). Varfariinin käytössä on kuitenkin huomioitava verenvuodon vaara potilaalla. Varfariini tulee laittaa tauolle potilaalta ennen vuotovaaraa aiheuttavia toimenpiteitä ja leikkauksia. (Halinen & Lassila 2008, 1309.)

K-vitamiini on varfariinin vastavaikuttaja, jolloin sen saannin lisääntyminen ravinnosta vähentää antikoagulaatiovaikutusta ja toisin päin. Varfariinihoidon ai-

kana K-vitamiinin saannin tulisi olla mahdollisimman tasaista ja ruokavalion monipuolinen (Halinen & Lassila 2008, 1305–1306.) Tämän vuoksi kasvien, marjojen ja hedelmien käytön tasaisuuteen tulisi kiinnittää huomiota. K-vitamiinin saannin suuret vaihtelut vaikuttavat INR-arvoon. (Paukama 2011.) Tummanvihreät kasvikset sisältävät runsaasti K-vitamiinia, kuten pinaatti, kaali, salaatinlehti ja ruusukaali. K-vitamiinin imeytymistä vähentää ruuasta saadun rasvan huomattava vähentäminen. (Halinen & Lassila 2008, 1305–1306.)

Varfariinilla on myös paljon yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Tämä tulee huomioida potilaan muussa lääkityksessä. Myös potilaan itsehoitolääkkeiden sopivuus varfariinin kanssa on varmistettava. (Halinen & Lassila 2008, 1306.)

3.4.2 Markkinoille tulleet uudet valmisteet

Uusia peroraalisia antikoagulantteja on tullut varfariinin rinnalle. Niiden etuina on yksinkertainen annostelu, eikä säännöllisiä kontroleja tarvita. Ongelmana uusilla antikoagulanteilla on se, että niiden puoliintumisaika on pitkä. Niille ei ole myöskään vielä saatavilla vastavaikuttajaa, joka kumoaa antikoagulaatin vaikutuksen. (Armstrong & Lassila 2010, 43.) Uusien antikoagulanttejen, dabigatranin ja rivaroksabaanin viralliset käyttöaiheet ovat polven ja lonkan elektiivisen leikkauksen jälkeisten laskimotukosten ehkäisy. Myyntilupa eteisvärinänsä on myönnetty dabigatranille sekä rivaroksabaanille. (Albäck ym. 2011, 2753.)

Suomessa lonkka- ja tekonivelleikkausten jälkeisen verisuonitukoksen estoon käytössä oleva antikoagulantti, dabigatranin, kaupanimeiltä Praxada®, on tullut varfariinin vaihtoehdoksi eteisvärinäpotilaille. Dabigatranin ei vielä kuulu erityiskorvattavien lääkkeiden ryhmään, joten dabigatranin käyttö on kallista. (Lassila & Toivonen 2009, 3224.)

Vuonna 2009 julkaistussa RELY-tutkimuksessa verrattiin dabigatranin hoitoa avoimesti toteutettuun varfariinihoitoon, jossa INR-tavoite oli 2-3. Tutkimuksen ensisijainen seuranta oli aivohalvaus ja systeeminen embolisaatio. Tutkimuksessa ilmeni, että pienemmän dabigatraninannoksen (110mg kahdesti päiväs-

sä) teho aivoinfarktin ja systeemisen embolisaation ehkäisyssä oli yhtä hyvä kuin varfariinin. Suuremman dabigatraaniannoksen (150mg kahdesti päivässä) taas todettiin olevan tehokkaampi aivoinfarktin ja systeemisen embolisaation ehkäisyssä kuin varfariinin. (Alings ym. 2009, 1139, 1142, 1145.)

Dabigatraanin käytännön edut ovat, ettei säännöllisiä lääkeainepitoisuuksien mittauksia tarvita, ruokavalio ei vaikuta sen imeytymiseen sekä lääkeaineinteraktiot ovat vähäiset. Dabigatraanin todellinen ongelma ilmenee akuutin verenvuodon tai trauman yhteydessä. Dabigatraanille ei ole olemassa vastavaikuttajaa, joten lääkeaineen poistumista elimistöstä joudutaan odottamaan vähintään puoli vuorokautta. (Lassila & Toivonen 2009, 3224.)

Dabigatraani on varfariinia parempi vaihtoehto potilaille, joilla INR-arvo heittelee tai sen seuranta on vaikeaa. Potilailla, jotka käyttävät varfariinia ja INR-arvo pysyy hyvin hoitoalueella, ei ole aihetta vaihtaa dabigatraaniin. Suunnitellun rytminsiirron ajoitus on helpompaa dabigatraania käytettäessä, koska INR-arvoa ei tarvitse kontrolloida. Dabigatraania voidaan käyttää rytminsiirron jälkeiseen tilapäiseen antikoagulaatiohoitoon pienen ja keskisuuren riskin potilailla. (Raatikainen 2011g, 432.)

3.5 Kotihoito-ohjeet rytminsiirron jälkeen

Rytminsiirron jälkeen potilas ei saa ajaa autoa vuorokauteen (Atrial Fibrillation Association 2009; Raatikainen 2009b). Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on kiellettyä vuorokaudenajan rytminsiirrosta. Mikäli kotiutus tapahtuu rytminsiirtopäivänä, tulee potilaalla olla saattaja hakemassa potilasta sairaalasta. (Muhonen 2010.)

Sydämen rytmin ollessa sinusrytmissä, kuormittavalle liikunnalle ei ole estettä (Suomen Sydänliitto ry 2007, 11; Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 11:6). Eteisvärinä alentaa potilaan maksimisuorituskykyä (Suomen Sydänliitto ry 2007, 11; Parikka 2011a, 103). Mikäli potilaalle jätetään rytmiksi eteisvärinä, potilas voi harrastaa liikuntaa, jota jaksaa ilman haittaavaa hengenahdistusta ja väsymystä (Suomen Sydänliitto ry 2007, 11; Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 11:6; Raati-

kainen 2011h, 437). Marevan® -hoidon aikana ei ole suositeltavaa harrastaa liikuntalajeja, joissa on tavallista suurempi tapaturman tai verenvuodon vaara (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 11:6; Raatikainen 2011h, 437). On hyvä valita liikuntalajeja, jotka tuntuvat itsestä hyvälle (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 11:6). Liikunnan tulee olla osa potilaan kokonaishoitoa. Säännöllinen liikunta auttaa hallitsemaan yleisesti rytmihäiriötaipumusta, sillä se parantaa autonomisen hermoston tasapainoa. (Parikka 2011b, 104.)

Sähköinen rytminsiirto tai eteisvärinä ei ole este normaalille seksielämälle (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:9; Suomen Sydänliitto ry 2010, 11; Raatikainen 2011h, 437). Seksi kuormittaa sydäntä samoin kuin muukin fyysinen rasitus. Seksin harrastaminen lisää sydämen työmäärää nostamalla sykettä ja verenpainetta. (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:9.) Potilas itse yleensä tietää oman suorituskykynsä ja rasittumisen rajat, jotka tulee huomioida seksuaalisessa kanssakäymisessä (Suomen Sydänliitto ry 2010,11; Penttilä 2011a, 135). Mikäli rytmihäiriöitä esiintyy seksin aikana tai ne liittyvät tiettyihin asentoihin, kannattaa kokeilla kevyempiä asentoja tai ajoittaa aikaan, jolloin on levännyt (Suomen Sydänliitto ry 2010,11; Penttilä 2011a, 135). Rytmihäiriöiden pelko saattaa kuitenkin aiheuttaa potilaalle haluttomuutta ja erektiohäiriöitä (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:9).

Alkoholi vaikuttaa aineenvaihduntaan ja aktivoi sympaattista hermostoa, jolloin se kohottaa verenpainetta. Runsas alkoholinkäyttö lisää sydämen työmäärää ja heikentää sydämen supistumiskykyä. (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:6.) Alkoholin käyttö lisää myös sydämen rytmihäiriöitä etenkin eteisperäisiä lisälyönnejä ja eteisvärinää (Miettinen 2011,112). Alkoholia ei tule käyttää sähköistä rytminsiirtoa edeltävänä päivänä eikä rytminsiirtopäivänä (Muhonen 2010). Suositeltavaa on käyttää alkoholia vain kohtuudella (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:6). Potilaan hoitoon kuuluu alkoholinkäytön kartoittaminen ja keskustelu potilaan kanssa alkoholin käytön määristä ja sopivuudesta (Kettunen 2011, 112). Alkoholinkäyttö on kohtuullista, mikäli päivittäiset määrät pysyvät pieninä. Suositeltava terveen ihmisen keskimääräinen alkoholimäärä on yksi lasillinen päivässä. Yksi lasillinen tarkoittaa pulloa keskiolutta, mietoa viiniä 12 cl tai väkevää juomaa 4 cl. (Poikolainen 2009.)

Sähköisen rytminsiirron jälkeen saunomiselle ei ole estettä (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:9; Raatikainen 2011h, 437). Kohtuullinen saunominen sopii rytmihäiriö potilaalle, mikäli lämpötila ei nouse yli 80 asteen. Saunomisen aiheuttama kuormitus sydämelle vastaa reipasta kävelyä. Äkillinen lämmön vaihtelu kuumasta kylmään nostaa verenpainetta ja lisää rytmihäiriöiden vaaraa. (Penttilä 2011b, 135–136.)

Mikäli rytminsiirron jälkeen ilmenee rintakipua, tykytystuntemuksia, rytmihäiriöitä, hengenahdistusta tai huimausta, tulee ottaa yhteyttä osastolle tai ensiapuun (Muhonen 2010). Hatanpään sairaalan osasto B5 ohjeistaa potilaita ottamaan yhteyttä osastolle, mikäli oireita ilmenee heti kotiuduttua. Muulloin potilaita kehoitetaan ottamaan yhteyttä ensiapuun.

3.6 Potilaan hoitopolku Hatanpään sairaalan sisätautiosastolla B5

Olimme tutustumassa Hatanpään sairaalan sisätautiosastolla B5 31.3.2011 sähköiseen rytminsiirtoon tulevan potilaan hoitopolkuun (kuvio 3, 36). Osastolla näimme potilaan vastaanoton, rytminsiirron toimenpiteenä sekä potilaan seurannan osastolla ja kotiutumisen. Keskustelimme myös osastonhoitaja Jukka Lehtolan kanssa osaston käytännöistä.

Omalääkäri toteaa potilaalla eteisvärinän, jolloin potilaalle aloitetaan Marevan®-lääkitys ja viikoittainen INR-seuranta. Omalääkäri aloittaa tarvittaessa potilaalle beetasalpaajan, ohjelmoi potilaalle myös keuhkokuvan otettavaksi sekä kilpirauhasarvot. Oman terveysaseman sairaanhoitaja antaa potilaalle Marevan®-ohjauksen. Omalääkäri tekee potilaalle lähetteen rytminsiirtoa varten suoraan osaston B5 lääkärille, joka asettaa potilaan rytminsiirtojonoon.

Omalääkäri määrittää potilaan Marevan® annoksen joka viikko. Osaston B5 osastonhoitaja seuraa viikoittain potilaiden INR-arvoja. INR-arvojen tulee olla kolmen viikon ajan hoitotasolla eli 2-3. Tämän jälkeen osastonhoitaja kutsuu potilaan rytminsiirtoon kirjeitse. Mikäli potilas tulee peruutuspaikalle, kutsutaan hänet puhelimitse. Toimenpidettä edeltävänä päivänä potilas käy laboratoriossa verikokeissa. Laboratoriossa potilaalta otetaan INR-arvo, Kalium, Natrium,

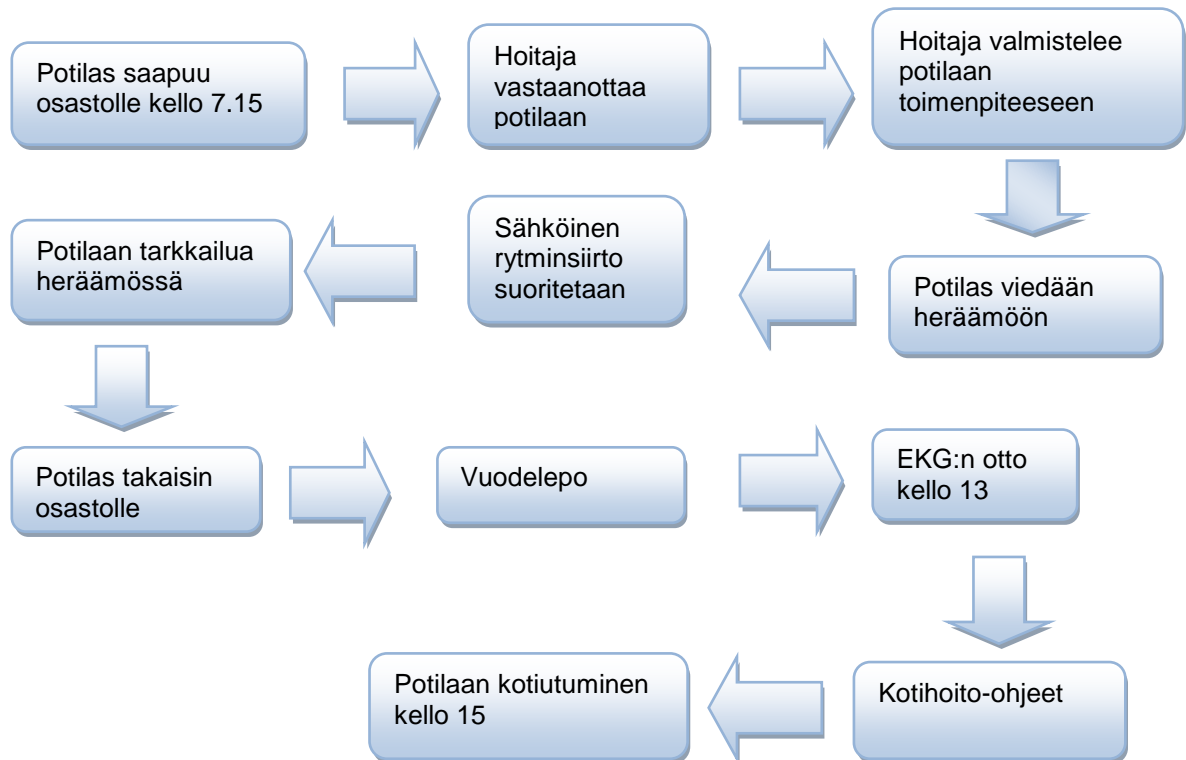
Kreatiniini, kilpirauhasarvot sekä sydänfilmi. Mikäli potilaan edellisestä keuhkokuvausta on yli kuukausi, se tilataan potilaalle toimenpidettä edeltäväksi päiväksi. Mikäli potilaalla on käytössä antikoagulanttina Pradaxa®, ei INR-arvoja kontrolloida. Tällöin vastuu on potilaalla, että hän on käyttänyt lääkettä ohjeiden mukaan.

Osastonhoitaja ja osastonlääkäri tutustuvat potilastietojärjestelmän kautta potilaan sairauskertomukseen, kuten perussairauksiin ja lääkitykseen. Potilaan sairauskertomusta käytetään myös apuna anestesiakaavakkeen täytössä.

Potilas ei tule esikäynnille osastolle, vaan osastonhoitaja ottaa potilaaseen yhteyttä puhelimitse toimenpide edeltävänä päivänä. Esipuhelun tärkein osuus on varmistaa potilaan lääkitys. Mikäli potilas tulee peruutuspaikalle, hän käy osastonhoitajan luona esikäynnillä samalla kun käy laboratoriossa.

Potilas saapuu osastolle toimenpidepäivän aamuna kello 7.15. Aamuvuorossa oleva hoitaja ottaa potilaan vastaan. Hoitaja tarkistaa potilaalta, että hän on ollut ravinnotta, ei ole ottanut aamulääkkeitä ja potilas on ollut toimenpidettä edeltävän päivän ilman digoksiinia. Hoitaja tarkistaa, että anestesiakaavake on täytetty ja täydentää tarvittavat kohdat. Hoitaja valmistelee potilaan toimenpiteeseen.

Potilas viedään heräämööseen esivalmistelujen jälkeen. Potilaan esivalmisteluihin kuuluu osastolla potilasvaatteiden vaihtaminen, verenpaineen mittaaminen, potilas tyhjentää rakkonsa ja tarvittaessa otetaan EKG sekä mitataan verensokeri. Sähköinen rytminsiirto suoritetaan heräämössä. Potilasta tarkkaillaan ensin heräämössä toimenpiteen jälkeen, jonka jälkeen potilas siirtyy osastolle seurantaan. Osastolla potilas on aluksi vuodelevossa ja lounaaseen asti ravinnotta. Kello 13 potilaalta otetaan EKG, josta tarkistetaan, että rytmi on pysynyt sinusrytmisessä. Hoitaja antaa potilaalle kotihoito-ohjeistuksen. Potilasta ohjataan välttämään raskasta liikuntaa kahden viikon ajan. Potilas kotiutuu iltapäivällä, mikäli potilaan vointi on hyvä.



KUVIO 3. Potilaan hoitopolku Hatunpään sairaalan osastolla B5

3.7 Yhteenveto teoreettisesta viitekehiksestä

Hoitaja ohjaa potilasta valmistautumaan suunniteltuun sähköiseen rytminsiirtoon. Hoitajan tulee varmistaa ennen rytminsiirtoa, että potilas on noudattanut annettuja ohjeita ja käynyt tarvittavissa laboratoriokokeissa ja keuhkokuvassa. Hoitaja vastaa potilaan kysymyksiin ja antaa tietoa rytminsiirrosta. Näin lievittää potilaan pelkoa ja jännitystä rytminsiirrosta. Rytminsiirron jälkeen hoitajan tulee tarkkailla potilasta ja antaa kotihoito-ohjeita potilaalle. Hoitajan tulee tietää sähköisen rytminsiirron toteutus ja sen mahdolliset komplikaatiot, jotta hän pystyy ohjaamaan ja tarkkailemaan potilasta kokonaisvaltaisesti. Hoitajan tulee pystyä kertomaan potilaalle tarvittaessa eteislepatuksen ja eteisvärinän muista hoitovaihtoehdoista. Eteisvärinän ja eteislepatuksen hoito kehittyy koko ajan, joten hoitajan tulee huolehtia, että tiedot pysyvät ajan tasalla. Varfariinin rinnalle on tulossa myös kilpailevia valmisteita, jolloin hoitajalla tulee olla laajempaa tietämystä lääkehoidosta.

Laatimassamme kuviossa (kuvio 4) on opinnäytetyömme keskeiset teoreettiset käsitteet koottu yhteen. Opinnäytetyömme keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat potilasohjaus, elektiivisesti käännettävät rytmit sekä sähköinen rytminsiirto. Potilasohjaus pitää sisällään potilasohjeen, josta käsittelemme potilasohjeen tarkoitusta, sisältöä ja ulkoasua. Elektiivisesti käännettävistä rytmeistä käsittelemme eteisvärinää ja eteislepatusta. Sähköinen rytminsiirto pitää sisällään rytminsiirron toimenpiteenä, sinusrytmin säilymisen rytminsiirron jälkeen, muut hoitovaihtoehdot sinusrytmin säilymiseksi sekä antikoagulaatiohoidon. Antikoagulanteista käsittelemme varfariinia eli Marevan® ja dabigatraania eli Pradaxa®.



KUVIO 4. Yhteenveto teoreettisesta viitekehystä

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyötä tehdessä joutuu tekemään monia valintoja. Opinnäytetyön tekeminen on valintojen tekemistä siihen asti, kun se on valmis ja jätetty arvioitavaksi. Valinnoissa pohditaan, mitä tutkitaan, minkälaista aineistoa kerätään ja mitä lähestymistapaa käytetään. Aiheen lähestymistapa vaikuttaa siihen, millainen opinnäytetyöstä tulee. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 123.)

Päätimme opinnäytetyön aiheemme itse lukiessamme Korkeamäen & Liukkonen (2009) tekemän opinnäytetyön. Siinä selvisi, että potilaiden mielestä rytminsiirron jälkeisessä ohjauksessa on puutteita. Näin ollen kysyimme työelämän kiinnostusta aiheelle. Opinnäytetyön aiheen tulisikin nousta koulutusohjelman opinnoista ja sen tulisi syventää tietoja sekä taitoja itseä kiinnostavasta aiheesta. Osastolla on tarvetta tuotokselle, jolloin aihe tukee myös ammatillista kasvua (Vilkka & Airaksinen 2003, 16–17, 24).

Opinnäytetyön menetelmän valintaa ohjaa se, minkälaista tietoa etsitään, keneltä tai mistä sitä etsitään (Hirsjärvi ym. 2009, 184). Opinnäytetyömme menetelmä muodostui aiheenvalinnan kautta. Menetelmän valinta oli yksinkertainen, koska osaston tarpeena oli kirjallinen potilasohje, jolloin tuotokseen painottuva opinnäytetyö oli ainoa vaihtoehto. Olimme myös itse kiinnostuneita tekemään opinnäytetyönämme tuotoksen, joten menetelmästä on hyötyä niin meille kuin osastollekin.

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista tai järjeistämistä. Tuotoksena opinnäytetyössä on jokin konkreettinen tuote, kuten kirja, opas tai tietopaketti. Ammattikorkeakoulun tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 51.) Tuotoksena teimme Hatanpään sairaalan sisätautiosastolle B5 kirjallisen potilasohjeen suunniteltuun sähköi-

seen rytminsiirtoon tuleville potilaille. Potilasohjeesta teimme kolme eri versiota. Osaston toiveesta otimme huomioon, että potilailla on käytössä eri antikoagulantteja, joten teimme erilliset ohjeet Marevan® ja Pradaxa® käyttäjille. Ohjeiden sisältö eroaa toisistaan vain antikoagulanttien osalta. Hoitohenkilökunnalle teimme ohjeen, jossa on merkitty ohjeessa käytetyt lähteet. Kirjallista ohjetta on tarkoitus käyttää osastolla suullisen ohjauksen tukena. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että se olisi työelämälähtöinen ja käytännönläheinen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10).

Myös tuotokseen painottuva opinnäytetyö tulee tehdä tutkivalla asenteella. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä se tarkoittaa valintojen perustelua ja tarkastelua aihetta koskevaan tietoperustaan nojaten. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154.)

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön raporttiosan tulee täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset. Näitä ovat muun muassa lähteiden käyttö viitekehyksen rakentamiseksi ja niiden merkintä, ammattialan termien määrittely, asioiden, valintojen ja ratkaisujen perusteleminen tutkimuksiin vetoamalla sekä tekstin asiatyylisyys ja johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65–66, 81.) Opinnäytetyömme raportissa olemme huomioineet nämä tutkimusviestinnän yleiset piirteet.

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön aiheanalyysissä tärkein mietittävä osa-alue on opinnäytetyön kohderyhmä ja sen mahdollinen rajaus. Kohderyhmä voidaan määritellä sen ominaisuuksien mukaan, kuten iän, koulutuksen, tavoitteeksi asetetun tuotoksen tai toimeksiantajan toiveen. Kohderyhmää määriteltäessä on tärkeää myös miettiä mikä on ongelma, joka halutaan ratkaista ja ketä se koskee. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–39.) Aihevalinnan ja työelämäyhteyden kautta opinnäytetyömme kohderyhmä muotoutui automaattisesti.

4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen

Lähdimme aluksi miettimään, mitä asiasisältöjä ohjeeseen olisi hyvä laittaa. Keskustelimme näistä osaston B5 osastonhoitajan kanssa, jotta näkemyksem-

me olisivat yhteneväiset. Työelämästä saimme osan ohjeeseen halutuista aiheista. Osan aiheista valitsimme itse, niiden tärkeyden perusteella. Työelämä toivoi ohjeeseen laitettavan tietoa potilaan valmistautumisesta rytminsiirtoon, tietoa toimenpiteestä, seurannasta sekä kotihoito-ohjeista. Myös tutkimuksissa on käynyt ilmi, että potilaat toivovat saavansa tietoa kotihoito-ohjeista. Liikunta, Marevan® ja Pradaxa® -lääkitys tulivat toiveena työelämästä. Itse koimme tärkeäksi ottaa ohjeeseen mukaan myös seksin, alkoholin käytön sekä saunomisen. Tällöin potilas saa tietoa asiasta kattavasti eikä hänen tarvitse arvailla, miten hänen tulisi toimia. Esimerkiksi seksistä potilaita ohjataan harvoin sairaalasta kotiutuessa, eivätkä potilaat kysy siitä itse. Heille jää asia usein epäselväksi asian arkaluontoisuuden vuoksi.

Ohjeessa (liite 2-4) käsittelemme eteisvärinää ja eteislepatusta, potilaan valmistautumista rytminsiirtoon, rytminsiirtoa toimenpiteenä sekä kotihoito-ohjeistusta rytminsiirron jälkeen. Kotihoito-ohjeista käsittelemme Marevan®- ja Pradaxa®-lääkitystä, liikuntaa, seksiä, saunomista ja alkoholin käyttöä. Johansson ym. (2004, 177) tutkimuksessa todetaankin, että kirjallisen potilasohjeen tulisi kattaa tieto potilaan valmistutumisesta toimenpiteeseen ja sen jälkeisestä ohjeistuksesta.

Osaston käytäntö on, että ennen rytminsiirtoa tehtävän esikäynnin osastonhoitaja tekee puhelimitse. Potilasohjeemme tukee esikäyntipuhelua, kun potilas on saanut etukäteen tietoa toimenpiteestä kokonaisuutena. Esikäyntipuhelun aikana potilaalle ei välttämättä tule mieleen kaikki kysymykset koskien toimenpidettä. Näin ollen olemme jättäneet ohjeeseen tilaa, mihin potilas voi kirjoittaa ylös itseään askarruttavat kysymykset ja kysyä ne sairaalaan tullessaan.

Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat suunnitellusti sähköiseen rytminsiirtoon tulevat potilaat. Ohjetta tehdessämme olemme huomioineet kohderyhmän ja sen luomat vaatimukset. Kohderyhmän kautta olemme myös päätyneet ohjeen aihevalintoihin. Vilka & Airaksinen (2003, 40) toteaa, että kohderyhmä vaikuttaa opinnäytetyön sisältöön ja aiheen rajaukseen. Opinnäytetyön aiheenrajajana toimii myös kohderyhmän tarkka määrittäminen. Kohderyhmämme potilaat ovat pääosin iäkkäämpiä, jolloin kohderyhmän vaatimukset olemme huomioineet tuotoksen sisällössä sekä ulkoasussa.

Potilasohjetta tehdessä tulee huomioida potilasryhmän tarpeet. Tekstin tulee olla ymmärrettävää, jotta se palvelee potilaita. (Torkkola ym. 2002, 18, 35; Hyvärinen 2005, 1769, 1771–1772; Kääriäinen 2007, 87–88.) Potilasohjeessa huomioimme potilasryhmän ja sen tarpeet, jotta ohje on tarkoituksenmukainen. Olemme kirjoittaneet asiat potilaslähtöisesti ja miettineet ohjetta tehdessämme, mitä asioita potilaat haluavat tietää sekä mitä tietoa he tarvitsevat ennen rytminsiirtoa. Olemme kirjoittaneet asiat ymmärrettävästi, emmekä ole käyttäneet ammattisanastoa ohjeessa. Pohjana ohjeen sisältöön käytimme myös Korkeamäen & Liukkosen opinnäytetyötä (2009), jossa oli haastateltu potilaita saamastaan ohjauksesta tullessaan rytminsiirtoon osastolle B5.

Kirjallisen ohjeen kannesta tulisi selvittää kenelle ohje on tarkoitettu (Torkkola ym. 2002, 36; Hyvärinen 2005, 1769; Salanterä ym. 2005). Tuotoksemme kanteen olemme valinneet otsikoksi: Sähköinen rytminsiirto, potilasohje. Näin potilas saa heti ohjeen nähtyään käsityksen, että se on tarkoitettu potilaille. Näin potilaalle ei myöskään jää epäselväksi ohjeen tarkoitus.

Kirjallista ohjetta tehdessä tulee miettiä asioiden käsittelyjärjestystä (Torkkola ym. 2002, 39; Hyvärinen 2005, 1769–1770, 1771; Niemi ym. 2006, 128, 132, 136). Potilasohjeessa olemme kirjoittaneet asiat mahdollisimman lyhyesti ja ytimekkäästi, joten potilaan on helppo lukea ohjetta. Olemme käsitelleet aluksi eteisvärinää ja eteislepatusta, rytminsiirtoon valmistautumista, rytminsiirtoa ja kotihoito-ohjeita. Näin ohjeeseen on tullut looginen järjestys esittää asioita. Potilaan on helppo seurata ohjetta, kun asiat on kirjoitettu niiden etenemisjärjestyksessä potilaan hoitoprosessissa. Näin olemme saaneet ohjeesta yhtenäisen. Vilka & Airaksinen (2003, 53) mukaan tärkeää tuotoksessa on sen käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus.

Kun asiasisältö oli suunniteltu, lähdimme miettimään tuotoksemme ulkonäköä. Vilka & Airaksinen (2003, 53) toteaa, että tuotoksen tulisi olla persoonallinen ja yksilöllinen. Työelämän toiveena oli A5-kokoinen lehtinen. Muita muotovaatimuksia emme saaneet työelämästä. Mietimme ohjeeseen sopivaa väritystä. Päädyimme valkoiseen taustaan sen selkeyden vuoksi. Siitä erottuvat kirjaimet myös hyvin, jolloin ohjetta on helppo lukea. Ohjeen reunusten väriä valites-

samme kokeilimme eri vaihtoehtoja. Värien valintaan kuitenkin vaikutti etusivun kuva, joka oli punainen. Näin ollen teimme reunuksen samalla sävyllä, mikä mielestämme yhtenäistää ohjetta hyvin. Toisesta ohjeesta teimme sinisen, jotta ohjeet erottaa helposti toisistaan. Pesonen & Tarvainen (2003, 32, 54–55) toteaakin, että värivalinta tulee tehdä harkitusti.

Kirjallista ohjetta suunniteltaessa tulee miettiä kuvitusta. Kuvaa voidaan käyttää elävöittämässä tai selkeyttämässä tekstiä. (Pesonen & Tarvainen 2003, 4, 46–47.) Ohjeeseen suunnittelimme laittavamme kuvia. Koimme, että valokuvat eivät sopineet ohjeeseemme. Näin ollen yritimme etsiä internetistä sopivia kuvia, mutta emme löytäneet mieleisiämme. Meillä oli ajatus millaisia kuvia ohjeeseen haluamme ja yhteinen tuttavamme lupautui piirtämään meille kuvia. Osan kuvista piirsimme myös itse. Kuvien avulla saimme ohjeen ulkoasusta keveämmän ja houkuttelevamman näköisen.

Tekstin valinnassa tulisi huomioida kohderyhmä (Griffin ym. 2003, 174; Torkkola ym. 2002,58; Pesonen & Tarvainen 2003, 30). Olemme valinneet ohjeeseen kirjasintyypiksi Arial 12 ja riviväliksi 1,5, jotta ohje olisi selkeä ja luettavuus säilyy. Olemme huomioineet kohderyhmän vaatimukset tekstin selkeyteen ja luettavuuteen.

Otsikon tehtävä on selkeyttää ja lisätä ohjeen luettavuutta (Torkkola ym. 2002, 39–40; Pesonen & Tarvainen 2003, 41–42; Hyvärinen 2005, 1770). Olemme käyttäneet ohjeessa otsikoita selventämään aihealueita. Potilaan on helppo lukea ohjetta, kun jo otsikosta näkee mitä asiaa käsitellään seuraavaksi. Ohjeesta on myös helppo etsiä tietty kohta otsikoiden avulla. Otsikot tekevät ohjeesta myös miellyttävämmän näköisen. Olemme tehneet otsikoista lyhyitä, jotta ne ovat selkeitä.

Olemme tehneet ohjeen Microsoft PowerPoint- ohjelmalla. Ensimmäisen version ohjeesta teimme Microsoft Word- ohjelmalla. Huomasimme kuitenkin, että PowerPoint- ohjelmalla saamme tehtyä ohjeen helpommin ja pystymme muokkaamaan ohjeen ulkonäköä enemmän. Teimme ohjeen niin, että kun sen tulostaa ja taittaa, niin siitä tulee vihkonen. Se helpottaa ohjeen käyttöä osastolla, koska tarkoituksena on, että osastolla voidaan tulostaa potilasohjeita.

Ohjeen tulee olla sellainen, että se on helppo lähettää potilaalle postitse etukäteen. Tämän vuoksi meillä oli työelämästä toive, että ohje olisi korkeintaan kolme A4 paperia. Tämä asetti meille haastetta, sillä asiasisältöjä ohjeessa on useita ja teksti piti saada kirjoitettua hyvin tiiviisti. Työelämä halusi ohjeeseen myös kuvia, jolloin ohjeen marginaaleja olisi pitänyt kaventaa ja näin ollen ohjeemme ilmavuus olisi kärsinyt. Halusimme ohjeesta ilmavamman ja jättää reilusti tilaa alamarginaaliin. Keskustelimme työelämäyhteyden kanssa, voisiko ohjeeseen lisätä vielä yhden A4 paperin, jolloin ohjeen selkeys ja ilmavuus säilyy. Saimme työelämän hyväksynnän ehdotuksellemme, jolloin ohjeesta tuli pituudeltaan 4 A4 paperia.

4.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessin eteneminen on kuvattu taulukossa (taulukko 3, 45). Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi aiheenvalinnalla. Opinnäytetyön aiheemme muodostui luettuamme Korkeamäki & Liukkosen (2009) opinnäytetyön. Olimme itse kiinnostuneita tekemään opinnäytetyönä tuotoksen, joten kysyimme Hatanpään sairaalan kiinnostusta työelämäyhteydeksi. Hatanpään sairaalan sisätautiosaston B5 osastonhoitaja Jukka Lehtola koki aiheen tarpeelliseksi. Kävimme keskustelemassa aiheesta osastolla ja sovimme, että menemme maaliskuussa tutustumaan osastolle potilaan hoitopolkuun. Keväällä 2011 etsimme tietoa opinnäytetyötä varten ja aloitimme teoriaosuuden kirjoittamista. Keväällä haimme myös tutkimusluvan opinnäytetyöllemme, joka myönnettiin meille kesäkuussa 2011.

Kesällä 2011 jatkoimme teorian tiedon etsimistä ja raportin kirjoittamista. Tällöin myös työmme raporttiosa laajeni. Loppukesästä aloimme suunnitella ja tehdä potilasohjetta. Ensimmäinen versio potilasohjeesta oli valmis syyskuussa. Tällöin lähetimme potilasohjeen ensimmäisen version B5:n osastonhoitajalle. Kävimme myös hänen kanssaan palaverin, jossa hän kertoi ohjeen sisällöllisiä muutostarpeita. Lokakuussa emme juuri ehtineet tekemään opinnäytetyötä, joten jatkoimme sen kirjoittamista marraskuun puolivälissä. Teimme ohjeeseen työelämän toivomat muutokset ja jatkoimme raportin kirjoittamista. Joulukuussa

esittelimme opinnäytetyöryhmälle tuotostamme. Joulukuun lopussa lähetimme työelämään potilasohjeen korjatun version. Tammikuun alussa kävimme osasto B5:n osastonhoitajan kanssa uuden palaverin ohjeesta. Tällöin työelämän toivomus oli, että teemme toisen ohjeen, jossa Marevan®:in tilalla on Pradaxa®-ohjeistus, sillä osastolle tulevilla potilailla osalla on käytössä Pradaxa®-lääkitys. Näin he voivat lähettää potilaalle ohjeen sen mukaan, kumpi lääkitys potilaalla on käytössä.

Alkuvuodesta 2012 Marevan®:in tilalle on tullut uusia antikoagulantteja. Olemme etsineet tietoa niiden käytöstä sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Osa lähteistämme on päivitetty vuoden 2012 alussa antikoagulanttien ja niiden käytön osalta sähköisessä rytminsiirrosta. Olemme muokanneet opinnäytetyön raportiosaa ja ohjeen ulkoasua. Olemme käyneet keskustelua työelämätahon kanssa ohjeen sisällöstä ja tehneet siihen työelämän toivomat muutokset.

Valmiin työmme tulemme jättämään opinnäytetyön ohjaajalle, opinnäytetyömme toiselle lukijalle, oponoijille sekä työelämän yhteyshenkilölle maaliskuussa. Opinnäytetyötä tulemme esittelemään TAMK tutkii ja kehittää päivillä huhtikuussa ja opinnäytetyön esityksessä toukokuussa. Valmista potilasohjetta esittelemme Hatanpään sairaalan sisätautiosasto B5:n hoitohenkilökunnalle huhtikuussa.

TAULUKKO 3. Opinnäytetyön prosessi

Aika	Tehtävät
Kevät 2011	Opinnäytetyön aihevalintaseminaari Aiheen esittely osastonhoitajalle Tiedon hankintaa Ideaseminaari Tutustuminen osastolla rytminsiirtoon ja potilaan saamaan ohjaukseen Opinnäytetyön suunnitelman kirjoittaminen Suunnitelmaseminaari Tutkimusluvan myöntäminen
Kesä 2011	Potilasohjeen suunnittelua ja tekoa Tiedon hankintaa Raportin kirjoittamista
Syksy 2011	Ensimmäinen versio potilasohjeesta valmis Raportin kirjoittamista Seminaari joulukuussa
Kevät 2012	Raportin kirjoittamista Valmiin työn jättäminen 16.3.2012 TAMK tutkii ja kehittää päivä 26.4.2012 Valmiin työn esittäminen 2.5.2012 Työn esittäminen Hatanpään sairaalassa 8.5.2012 Työn esittäminen osastolla B5

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikan tulee toteutua myös opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä tulee huomioida eettisesti hyvän tutkimuksen periaatteita. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002, 3) on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön. Se edellyttää muun muassa rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä.

Tutkimusta tehtäessä on monia eettisiä ulottuvuuksia, mitkä pitää ottaa huomioon. Tutkimusetiikka ei ole vain tieteen sisäisiä asioita käsittelevää, vaan siihen liittyy myös yhteiskunnallisia ulottuvuuksia. Tutkimusetiikka sisältää muun muassa aineiston hankinnan, tutkittavien suojaan liittyviä kysymyksiä, tieteellisen tiedon soveltamista ja käyttöä koskevia kysymyksiä. (Kuula 2006, 25, 28.) Haimme tutkimuslupaa työllemme toukokuussa 2011 Hatanpään sairaalan hallintoylihoitajalta. Tutkimuslupa myönnettiin meille kesäkuussa 2011.

Tutkija itse tekee omaa tutkimustaan koskevat ratkaisut ja vastaa niistä. Tutkijan tehtävä on kuitenkin noudattaa yhteisesti sovittuja periaatteita omassa tutkimustyössään. Tutkimuksen kohde asettaa tutkijan pohtimaan tutkimuksen tieteellisten perusteiden lisäksi myös eettisiä perusteita. Tutkimusta tehdessä tulee huomioida tutkimusmenetelmä, mikä voi myös sisältää eettisiä ongelmia. (Kuula 2006, 26- 27.)

Sitaatiooikeus kuuluu tiedeyhteisön käytäntöön ja se on myös tieteen kehityksen edellytys. Teoksen julkaisun jälkeen sen sisältöä tulee saada käsitellä vapaasti. Sitaattien käyttö kuitenkin edellyttää riittäviä ja oikeita lähdeviitteitä. Sitaatti ei saa antaa alkuperäisestä tekstistä harhaanjohtavaa kuvaa, vaan sen tulee noudattaa alkuperäisen tekstin henkeä. Tulee huomioida myös, että omaa tekstiä saatetaan lainata sen julkaisemisen jälkeen. Lainaukset tulee kuitenkin merkitä oikein ja niistä tulee käydä ilmi, onko lainaus suora vai ei. Lainausten käyttö osoittaa tutkijan perehtyneisyyttä tutkimusalaansa. Tutkija voi käyttää lainausta esimerkiksi tukemaan omaa esitystä. (Mäkinen 2006, 131–132.)

Internetin myötä tieto on helposti muokattavaa ja lisää ihmisten houkutusta plagioida tekstiä (Mäkinen 2005, 62, 93; Mäkinen 2006, 158). Tutkimuseettisiä väärinkäytöksiä ovat tavallisimmin väärentäminen ja plagiointi. Tällöin käytetään toisen henkilön tuottamaa materiaalia ilman, että lainaaja ilmoittaa, kenen tuottamaa se alkuperäisesti on. (Mäkinen 2006, 158.) Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksiin kuuluvat myös piittaamattomuus ja vilppi. Piittaamattomuus voi liittyä tutkimuksen suorittamiseen tai esimerkiksi puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten huolimaton ja siten harhaanjohtava raportointi. Vilppi on väärin tietojen tai tulosten esittäminen tiedeyhteisölle. Vilppi voi olla myös toisen henkilön tekstin luvaton lainaaminen ja sen esittäminen omanaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 4-5.)

Opinnäytetyössä olemme merkinneet lähdeviitein tekstit, mitä olemme lainanneet eri lähteistä. Näin työssämme näkyy, mikä osuus on omaa tekstiämme ja mikä on lainattu toisista lähteistä. Lainatusta tekstistä olemme säilyttäneet kirjoittajan alkuperäisen ajatuksen, vaikka emme ole käyttäneet suoraa lainausta tekstistä. Opinnäytetyön olemme laittaneet plagiointinesto-ohjelma Urkundiin, jonka tulokset vahvistivat, ettei työmme ole plagioitu. Potilasohjeesta olemme tehneet osaston henkilökunnalle version, jossa on merkitty lähdeviitteet. Hoitohenkilökunta voi halutessaan tarkistaa tiedon oikeellisuuden alkuperäisestä lähteestä. Tätä kautta potilasohjetta on myös helpompi päivittää.

Tutkimustuloksia käyttäessämme olemme kirjoittaneet tulokset niin, kuin ne ovat tutkimuksessa olleet. Olemme myös tuoneet työssämme selvästi lähdeviitein esille, mikä on jonkin tutkimuksen tulos. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002, 3) toteaa, että hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu toisen tutkimuksen kunnioittaminen ja sille kuuluvan merkityksen antaminen.

Tekijänoikeus kuuluu henkilölle, joka on tehnyt kirjallisen tai taiteellisen teoksen. Tekijä on se henkilö, jonka nimi teoksessa on, kun se saatetaan yleisön saatavaksi. Teos katsotaan julkistetuksi, kun se on saatettu yleisön saataviin luvallisesti. Julkistetusta teoksesta voidaan hyvän tavan mukaisesti ottaa lainauksia tarkoituksen edellyttämässä laajuudessa. (Tekijänoikeuslaki 1961/404.) Ohjeeseen laitetuista kuvista osa on ystävämme piirtämiä ja olemme saaneet jul-

kaisuluvan niihin tekijältä. Osan kuvista olemme piirtäneet itse, jotta vältetään tekijänoikeudellisilta ongelmilta.

5.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Ennen tutkimuksen tekoa tulee selvittää tutkimusaiheen kiinnostavuus, merkittävyys ja se, ettei aiheesta ole aikaisempaa, tuoretta tutkimusta (Mäkinen 2005, 63). Perusvaatimus tutkimuksen eettisyydelle ja luotettavuudelle on, ettei tutkimusaineistoa väärennetä tai luoda tyhjästä (Mäkinen 2006, 34). Vilka (2007, 165) toteaa, että tutkimusraportissa tulee käyttää asianmukaisia lähdeviitteitä. Oikea viitteiden käyttö on merkki, että tutkija tuntee tiedeyhteisön säännöt ja hallitsee alan tutkimuskulttuurin (Mäkinen 2006, 130). Opinnäytetyössämme olemme koonneet teoriaosuuden sekä tuotoksen lähdemateriaalin avulla. Tuotoksemme on luotettava, sillä se pohjautuu teorian tietoon.

Lähdekritiikki kuuluu tiedon luotettavuuden arviointiin. Tutkimusta tehdessä tulee arvioida käytetyn lähdemateriaalin luotettavuus. (Mäkinen 2006, 128–129; Vilka 2007, 34.) Lähdemateriaalin luotettavuuteen vaikuttaa sen aitous, alkuperäisyys ja puolueettomuus. Lähdettä käytettäessä tulee pohtia myös, onko kirjoittaja arvostettu, onko viitteet merkitty oikein ja onko julkaisu arvostettu ja ajantasainen. Lähteinä tulisi käyttää ensisijaisia lähteitä, sillä ne ovat luotettavampia kuin toissijaiset lähteet. (Mäkinen 2006, 128–129.) Tietoa hakiessamme olemme arvioineet lähteen luotettavuutta. Olemme etsineet tietoa tietokannoista, jolloin luotettavan tiedon löytäminen on helpottunut.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että kirjoittajat ovat olleet oman alansa asiantuntijoita. Olemme käyttäneet lähteinä yleisiä hoitosuosituksia, jotka ohjaavat potilaiden hoitoa terveydenhuollossa. Mikäli lähde on ollut toissijainen, olemme hakeneet ensisijaisen lähteen käsiimme ja käyttäneet sitä. Näin olemme myös pystyneet takaamaan lähteidemme luotettavuutta.

Lähteiden ajankohtaisuus vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. Julkaisut vanhenevat usein nopeasti, sillä monien tieteenalojen tutkimuksen kehitys on huimaa. Myös lähdetyyppi vaikuttaa sen luotettavuuteen. Tieteelliset tutki-

mukset ovat luotettavimpia lähteitä. Internetin sisältämään informaatioon taas tulee suhtautua kriittisesti. (Mäkinen 2006, 130.)

Lähteinä olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Kaikki lähteemme ovat 2000-luvulta. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme seuranneet, onko lähteitä päivitetty. Näistä lähteistä olemme käyttäneet tuoreimpia julkaisuja. Lähteinä olemme käyttäneet suomenkielisiä ja kansainvälisiä hoitotyön julkaisuja, tutkimuksia ja artikkeleita sekä muutamia oppikirjoja. Olemme etsineet laeista perusteluja työhömmä, sillä ne ohjaavat käytännön hoitotyötä.

Tiedonhaku on muuttunut Internetin myötä. Nykyään tietoa haetaan internetistä itse ilman välittäjää, kuten kirjastonhoitajaa. Digitaalisessa muodossa olevan informaation myötä tiedonhaku on nopeutunut ja mahdollisuus hakea tietoa on parantunut. Näin ollen vastuu tiedon laadusta ja oikeellisuudesta on tiedonhakkijalla itsellään. Hän joutuu itse suunnittelemaan ja arvioimaan hakemansa tiedon. Myös lähdekritiikin suhteen tulisi olla aiempaa tarkempi. (Mäkinen 2006, 163, 166.)

Tutkijan tulee karsia tarjolla olevasta informaatiosta tutkimuksen kannalta olennainen ja luotettava tieto. Näin ollen tutkijan on oltava kriittinen ja se tulee säilyttää koko tutkimuksen ajan. Myös omaan työhön tulee suhtautua kriittisesti. Olennaista on punnita ja miettiä omia lähtökohtia sekä niiden vaikutusta tutkimukseen. (Mäkinen 2006, 131.) Potilasohjeeseen olemme koonneet potilaan kannalta keskeisimpiä käsiteltäviä asioita. Olemme huomioineet tutkimuksista esiintulleita potilaiden tarpeita ja toiveita ohjetta tehdessämme. Osastonhoitaja Jukka Lehtola on tuonut esiin osaston toiveet ohjeessa käsiteltävistä aiheista.

Toisilta saadut kommentit ovat myös tärkeitä, kun halutaan lisätä kokonaisluotettavuutta. Kommentteja voivat antaa esimerkiksi ohjaaja, vertaisryhmä tai kollegat. Arviointia olisi hyvä käydä tutkimusaiheen valinnasta, tutkimusongelman muotoilemisesta ja teoriasta. (Vilkkä 2007, 153.) Olemme saaneet palautetta työstä ohjaavalta opettajalta, opponenteilta sekä lähipiiriltä. Potilasohjetta on kommentoinut myös työelämän yhteyshenkilö.

5.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tuotoksesta tuli mielestämme hyvä ja selkeä. Sitä voidaan hyödyntää osastolla suullisen ohjauksen tukena ja se antaa potilaalle tarvittavaa tietoa sähköiseen rytminsiirtoon valmistautumiseen. Kun potilas saa kattavasti tietoa koko hoitopolustaan, se auttaa potilasta valmistautumaan sähköiseen rytminsiirtoon. Ohjauksesta tulee kattavampaa, kun potilas on jo etukäteen tutustunut ohjeeseen ja pystyy kysymään osastolla täydentäviä kysymyksiä. Uskomme, että ohje tuo potilaan ohjaukseen kokonaisvaltaisuutta, kun yhdessä ohjeessa on huomioitu tarvittava tieto ennen rytminsiirtoa, siitä toimenpiteenä sekä sen jälkeisistä huomioitavista asioista.

Jatkossa ohjetta tulee päivittää, jotta sen ajantasaisuus säilyy. Varsinkin kun varfariinin ja dabigatranin lisäksi on tulossa markkinoille muita antikoagulantteja. Myös käytäntö osoittaa mahdolliset tarvittavat muutokset ohjeeseen. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla ohjeen käytännöllisyys ja kattavuus ohjauksessa. Jatkossa voisi tutkia myös potilasohjeen hyödyllisyyttä potilaan valmistautumisessa sähköiseen rytminsiirtoon.

5.4 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessimme sujui hyvin. Sujuvuutta lisäsi se, että aihe oli itse valitsemamme ja se kiinnosti meitä molempia. Koimme myös, että aihe oli sellainen, että se tulisi hyödyttämään meitä molempia tulevassa työssämme. Kummallekaan meistä ei tullut prosessin aikana tunnetta, että ei haluaisi tai jaksaisi tehdä työtä.

Työtä tehdessä halusimme syventää tietoa aiheesta. Aloittaessamme työn tekoa meillä oli tietoa yleisesti eteisvärinästä, eteislepatuksesta ja sähköisestä rytminsiirrosta toimenpiteenä. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet laajempaa tietoa muun muassa uusista antikoagulanteista ja potilaan kotihoito-ohjeista. Prosessin aikana olemme ymmärtäneet myös sen, kuinka tärkeässä osassa potilaan ohjaus on potilaan hyvässä hoidossa.

Haasteita opinnäytetyömme tekemiselle toi se, että me molemmat olemme perfektionisteja. Kun teemme jotain, niin teemme sen kunnolla. Se toi haasteena sen, että luimme ja muokkasimme tekstiä useampaan kertaan ennen kuin olimme tyytyväisiä lopputulokseen. Haastetta toi myös se, että toisella meistä on lapsia. Tämä aiheutti sen, että sovimme aika tarkkaan aikoja, jolloin työtä teimme. Prosessin lopussa meillä oli hieman ongelmia löytää yhteistä aikaa työn tekemiseen ja muokkaamiseen. Teimme työtä kumpikin itsekseen ja lähetimme työtä sähköpostilla toisillemme ja muokkasimme näin työtä. Muokkausta olisi voinut helpottaa, jos olisimme pystyneet myös lopuksi muokkaamaan työtä yhdessä.

Teoriaosuutta kirjoittaessa jaoimme aiheita, mistä etsimme tietoa. Jako helpotti tiedon etsimistä, eikä päällekkäistä tietoa ole tullut kovin paljoa. Aluksi emme jakaneet tarpeeksi tarkasti aiheita ja kirjoitimme samasta aiheesta molemmat. Sen jälkeen huomasimme, että aiheet tarvitsee jakaa tarkemmin. Tämän jälkeen muokkasimme yhdessä työtä ja yhdistimme kirjoituksiamme. Näin saimme tehtyä raporttiosuudesta yhtenäisen.

Mikäli meillä esiintyi näkemyseroja asioista, pääsimme molempia tyydyttävään ratkaisuun. Opinnäytetyön tekoa helpotti, kun olemme pystyneet yhdessä miettimään erilaisia ratkaisuja työhömmme. Olemme saaneet työstä monipuoliseman, kun olemme yhdistelleet molempien ajatuksia aiheesta. Tuotoksen suunnittelussa huomioimme molempien näkemyksiä ja saimme siitä yhtenäisen kokonaisuuden.

Prosessin aikana meille ei ole tullut kiirettä tehdä työtä. Olimme molemmat yhtä mieltä siitä, että tulemme tekemään opinnäytetyötä tiiviisti kevään ja kesän 2011 aikana, jotta meille ei tulisi kiire ja pystyisimme rauhassa tekemään korjauksia työhömmme. Tästä syystä olemme käyttäneet opinnäytetyön tekoon lomaa ja sille lukujärjestykseen varattuja päiviä. Tämä osoittautuikin oikein hyväksi ratkaisuksi. Työelämä esitti toiveen tammikuussa 2012, että tekisimme toisen potilasohjeen potilaille, joilla on käytössä Pradaxa® -lääkitys.

Työelämän kanssa olimme yhteistyössä opinnäytetyötä tehdessämme. Yhteistyö sujui hyvin. Olemme saaneet työelämästä tarkennusta epäselviin asioihin ja

heidän tarpeisiinsa. Olimme tutustumassa osastolla potilaan hoitopolkuun ja olemme keskustelleet osastonhoitajan kanssa osaston toiveista ja tarpeista. Näin saimme hyvän rungon opinnäytetyöllemme, johon lisäsimme myös omaa näkemystämme. Saimme tuotoksesta myös palautetta työelämältä, minkä avulla muokkasimme tuotosta työelämää palvelevaksi.

Yhteistyö opponijien kanssa on sujunut hyvin. Olemme saaneet rakentavaa palautetta opinnäytetyöstämme. Näin jälkikäteen ajatellen olisimme voineet käyttää opponijia enemmän hyödyksi opinnäytetyöprosessin aikana. Prosessin aikana sokeutuu omalle tekstille, eikä näe muutoksia, mitä työhön voisi tehdä.

Ohjaavan opettajan kanssa yhteistyö on sujunut hyvin. Olemme saaneet hyvin ohjausta koko prosessin ajan. Ohjauksen avulla olemme saaneet työhömmme hoitotyön asiantuntijan näkemystä ja kannanottoa tekstiä kohtaan. Ohjauksessa olemme prosessin aikana käyneet säännöllisesti. Se on myös edesauttanut pääsemään työssä eteenpäin, kun olemme saaneet epäselviin asioihin vastaukset ohjauksessa.

Mielestämme olemme pystyneet säilyttämään perusajatuksen läpi työn. Olemme työtä tehdessä miettineet, mitkä aihealueet liittyvät työhömmme, jotta työ pysyy alkuperäisessä aiheessa eikä laajene liikaa.

6 LÄHTEET

Albäck, A., Armstrong, E., Asmundela, H., Backman, J., Groundstroem, K., Halinen, M., Joutsu-Korhonen, L., Kalliokoski, A. & Lassila, R. 2011. Uusien antikoagulanttien hallittu käyttöönotto. Suomen Lääkärilehti 66 (38), 2753–2762.

Alings, M., Connolly, S (J)., Darius, H., Diaz, R., Diener, H-C., Eikelboom, J., Ezekowitz, M., Joyner, C (D)., Lewis, B (S)., Oldgren, J., Parekh, A., Pogue, J., Reilly, P (A)., Themeles, E., Varrone, J., Wallentin, L., Xavier, D., Wang, S., Yusuf, S., Zhu, J. & RE-LY Steering Committee and Investigators. 2009. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. The New England Journal Of Medicine 361 (12), 1139-1147. Luettu 20.4.2011.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0905561>

American Heart Association. 2011. Guidelines for the Management of patients with atrial fibrillation. Circulation 124 (18),269-367. Luettu 1.10.2011.
<http://circ.ahajournals.org>.

Armstrong, E. & Lassila, R. 2010. Antikoagulaatiohoidon edistysaskelia ja huolenaiheita. Finnanest 43 (1), 41-45. Luettu 27.11.2011. <http://www.finnanest.fi>.

Atrial Fibrillation Association, 2009. Cardioversion. Luettu 20.6.2011.
<http://www.atrialfibrillation.org>.

Blek-Vehkaluoto, M. & Ekola, S. 2009. Sydänkansio potilasohjauksen tueksi. Helsingin Sydänpiiri ry.

Eteisvärinä. 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Tulostettu 12.1.2012. <http://www.kaypahoito.fi>.

European Society Of Cardiology. 2010.Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal 31 (19), 2369-2429. Tulostettu 18.9.2011.
<http://www.escardio.org>.

Griffin, J., McKenna, K. & Tooth, L. 2003. Written health education materials: Making them more effective. Australian Occupational Therapy Journal 50 (3), 170-177. Tulostettu 9.9.2011. <http://web.ebscohost.com>.

Halinen, M. & Lassila, R. 2008. Pitkäaikainen antikoagulaatiohoito: käytön aiheet, toteutus ja menettely erityistilanteissa. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, Markku S.& Pehkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 1302–1320.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis; 1077. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huovila, T. 2006. ”Look” visuaalista viestisi. Helsinki: Infoviestintä Oy.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 121 (16), 1769–1773.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa, *Hoitotiede* 19 (2), 51–62.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elo-maa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51 (3), 239-245. Tulostettu 12.9.2011. <http://www.sciencedirect.com>.

Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2004. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient education and Counseling* 52 (2), 175-181. Tulostettu 23.11.2011. <http://www.sciencedirect.com>.

Kauppinen, A. & Poikonen, N. 2010. Sähköinen rytminsiirto. Sairaanhoidajan käsikirja. *Duodecim*. Tulostettu 10.6.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Kettunen, R. 2011. Alkoholien käytön selvittäminen ja ongelmakäyttöön puuttuminen. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) *Sydänsairaudet*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 1112-114.

Korkeamäki, M. & Liukkonen, H. 2009. Sähköisessä rytminsiirrossa olleiden potilaiden kokemuksia ohjauksesta Hatanpään sairaalan osastolla B5. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1), 4-13.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lassila, R. & Toivonen, L. 2009. Antikoagulaatiohoitoon tulossa uusi vaihtoehto. *Suomen Lääkärilehti* 64 (39), 3222-3225.

Lassila, R., Klaukka, T. & Idänpää-Heikkilä, J. E. 2009. Varfariini on edelleen antikoagulaatiohoidon peruslääke. *Suomen Lääkärilehti* 64 (7), 616-619.

Lehto, M. 2009. Atrial remodeling in atrial fibrillation. Epidemiological, clinical and magnetocardiographic aspects. Helsingin yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Luettu 20.8.2011.

Miettinen, H. 2011. Alkoholi ja sydän. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 112.

Muhonen, R. 2010. Tietoa potilaalle: Sydämen rytminsiirto- ohje potilaalle. Lääkärikirja. Duodecim. Tulostettu 24.3.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Parikka, H. 2011a. Liikunta ja eteisperäiset rytmihäiriöt. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 102-103.

Parikka, H. 2011b. Miten rytmihäiriöpotilas voi liikkua? Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 104.

Paukama, M. 2011. Antikoagulaatiohoidon ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Tulostettu 24.8.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Penttilä, U-R. 2011a. Sydänsairaudet ja seksuaalisuus. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 135.

Penttilä, U-R. 2011b. Saunomisen ja uimisen vaikutus sydänsairauteen. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 135-136.

Pesonen, S. & Tarvainen, J. 2003. Julkaisun tekeminen. 1. painos. Jyväskylä: Docendo finland Oy.

Poikolainen, K. 2009. Alkoholin käyttö. Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Luettu 19.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Raatikainen, P. 2009a. Eteisvärinäepidemia uhkaa- mitä tehdä? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 125 (5), 475–477.

Raatikainen, P. 2009b. Sähköisen rytminsiirron suoritus. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Tulostettu 12.3.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Raatikainen, P. 2011a. Eteisvärinä. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 414–416.

Raatikainen, P. 2011b. Eteisvärinän mekanismit ja altistavat tekijät. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 416–417.

Raatikainen, P. 2011c. Eteisvärinän oireet ja seuraukset. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 417–419.

Raatikainen, P. 2011d. Eteisvärinän hoitolinjan valinta. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 421- 422.

Raatikainen, P. 2011e. Äkillisen eteisvärinäkohtauksen hoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 422–424.

Raatikainen, P. 2011f. Sykkeenhallinta pysyvässä eteisvärinässä. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 425.

Raatikainen, P. 2011g. Verenhytytymisenestolääkityksen aiheet ja toteutus eteisvärinässä. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 431–433.

Raatikainen, P. 2011h. Eteisvärinän vaikutus päivittäiseen elämään ja työkykyyn. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 437-438.

Raatikainen, P. 2011i. Eteisvärinäpotilaan hoidon seuranta. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 438.

Raatikainen, P. 2011j. Äkillisen eteislepatuskohtauksen hoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 440–441.

Raatikainen, P. 2011k. Eteislepatus estohoito ja antikoagulaation tarve. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 441–442.

Raatikainen, P. & Huikuri, H. 2008. Eteisvärinä. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S. & Pehkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 534–554.

Raatikainen, P. & Uusimaa, P. 2008. Eteislepatus. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S. & Pehkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 555- 564.

Raatikainen, P., Laine, A., Uusimaa, P., Virtanen, V., Ylitalo, K. & Huikuri, H. 2008. Eteisvärinän katetriablaatiohoidon aiheet ja tulokset. Suomen Lääkärilehti 61 (35), 3435–3442.

- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4) 217–228.
- Scheinin, H. & Valtonen, M. 2006. Laskimoanestesia-aineet ja sedaatiolääkkeet. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 113–127.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. 2. korjattu painos. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.
- Suomen Sydänliitto ry. 2007. Sydämen rytmihäiriöt ja liikunta. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.
- Suomen Sydänliitto ry. 2010. Sydänpotilas ja seksuaalisuus. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.
- Syvänne, M. 2009. Vanhaa ja uutta eteisvärinästä. *Sydän* 3/2009, 32–33.
- Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. *Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausten käsitteleminen. Luettu 28.11.2011. <http://www.tenk.fi>.
- Viitasalo, M. & Oikarinen, L. 2010. Rytmihäiriöpotilas päivystäjän vastaanotolla. *Suomen Lääkärilehti* 65 (40), 3205–3210.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1. – 2. painos. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, R. & Lund, J. 2008. Eteisvärinän hoito pähkinänkuoressa. *Suomen Lääkärilehti* 63 (34), 2697- 2700.

7 LIITTEET

LIITE 1:1(5)

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset.

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Johansson ym. (2003)</p> <p>Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka potilaat Suomessa havaitsivat ja arvioivat saamansa ohjauksen.</p> <p>Tutkimustehtävät: -Kuinka potilaat arvioivat ohjauksen riittävyyden ja tietonsa hoitoaan koskevissa asioissa. -Kuinka potilaat arvioivat omat mahdollisuudet osallistua ohjaukseen. -Kuinka potilaat arvioivat potilasohjauksen sisällön ja rakenteen.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kehittää potilasohjausta, tukemalla heitä itsenäiseen päätöksentekoon ja voimaantumiseen heidän omaa hoitoa ja terveysongelmia koskien.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Suomessa 100 eri osastolla.</p> <p>N=754 Aineistonkeruu: Kyselylomake</p> <p>Aineiston analyysi: Tilastollinen</p>	<p>Suurin osa potilaista koki ohjauksen riittäväksi. Tietokoneita ja videoita ei käytetty paljoa ohjauksessa. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö oli riittämätöntä ja ohjaus oli hoitajaorientoitunutta.</p> <p>Vanhemmat potilaat kokivat saavansa riittävämmän ohjausta kuin nuoret.</p> <p>Hieman yli puolet potilaista osallistui ohjaukseen ja toi esiin omia näkökulmia. Ohjauksessa huomioitiin vähemmän kokemuksellista, taloudellista ja eettistä näkökulmaa.</p>
<p>Johansson ym. (2004)</p> <p>Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida ortopedisille potilaille tarkoitettua kirjallista potilasohjausmateriaalia</p> <p>Tutkimustehtävät -Mikä on selvästi erottuva ominaisuus kirjallisen potilasohjaus materiaalin käytössä ortopedisillä potilailla ulkoasun, sisällön ja opetuksellisuuden kannalta.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kehittää ortopedisten potilaiden ohjausta teemmällä siitä voimaannuttavaa. Tukea potilaita osallistumaan ja päätöksentekoon hoidossaan ja parantaa voimaantumisprosesseja.</p>	<p>Yliopistosairaalassa.</p> <p>N= 25</p> <p>Aineistonkeruu: yliopistosairaalan elektronisesta tietopankista</p> <p>Aineisto analyysi: hoitotyön tutkijat ja kliiniset asiantuntijat arvioivat kirjallisuuden perusteella</p>	<p>Ohjeet olivat helppolukuisia, hyvin kirjoitettuja, fontti oli 12 tai suurempi eikä niissä ollut kirjoitusvirheitä.</p> <p>Suurimmassa osassa ohjeita keskityttiin kognitiivisiin, fyysisiin ja toiminnallisiin voimavaranäkökulmiin.</p> <p>Ohjeissa oli kerrottu mm. mitä potilas voi tehdä ennen ja jälkeen toimenpiteen. Ohjeen päivitystä ei näkynyt aina ohjeissa.</p> <p>Ohjeissa pitäisi huomioida enemmän sosiaalista ja kokemuksellista näkökulmaa.</p>

<p>Heino (2005)</p> <p>Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä ollut potilas toipuu ja selviytyy postoperatiivisesta kotihoidosta perheenjäsenen ja itse saamansa ohjauksen avulla.</p> <p>Tutkimustehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> -minkälaista ohjausta päiväkirurginen potilas on saanut - minkälaista ohjausta päiväkirurgisen potilaan perheenjäsen on saanut - miten päiväkirurginen potilas on selviytynyt hoidostaan kotona toimenpiteen jälkeen - miten päiväkirurginen potilas perheenjäsenen mielestä on selviytynyt hoidostaan kotona toimenpiteen jälkeen -miten potilas toipuu päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen <p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä toteutuu potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta, minkälaista ohjausta potilas ja perheenjäsen ovat mielestään saaneet potilaan polven viasta, hoidosta sairaalassa ja postoperatiivisesta kotihoidosta, miten potilas ohjauksen avulla selviytyy tähystyksen jälkeen perheenjäsenen avustamana hoidosta kotona ja miten potilas mielestään toipuu päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Satakunnan keskussairaala</p> <p>N=250 potilaat N=250 perheen jäsenet</p> <p>Aineiston keruumenetelmänä kysely</p> <p>Analyysi menetelmä: kvantitatiiviset menetelmät</p>	<p>Suurin osa potilaista sai ennen toimenpidettä kirjalliset ohjeet polviniveltähystykseen valmistautumiseen.</p> <p>Ensimmäisessä polviniveltähystyksessä olleet potilaat saivat vähemmän kirjallisia ohjeita kuin aikaisemmin tähystyksessä olleet potilaat.</p> <p>Yli 65-vuotiaat, vähemmän koulutetut ja ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleet potilaat saivat muita vähemmän ohjausta sairaalassa oloaikana.</p> <p>Potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta postoperatiivinen toipuminen oli useimmiten hyvää.</p> <p>Lähes kaikki potilaat saivat suullista kotihoito-ohjausta sairaalasta lähtiessään.</p> <p>Suurin osa perheenjäsenistä sai tarpeeksi paljon tietoa potilaan toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta</p>
--	--	---	--

<p>Salanterä ym. (2005)</p> <p>Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli evaluoida yliopistosairaalassa potilaille jaettavan kirjallisen ohjausmateriaalin ulkoasua, opetuksellisuutta, sisältöä, kieltä, rakennetta sekä luettavuutta.</p> <p>Tutkimus tehtävät: -minkälaista intranetissä oleva potilasohjausmateriaali on ulkoasulta, opetuksellisuudelta, sisällöltä, kieleltään, rakenteeltaan ja luotettavuudeltaan. -mitä eroja eri toimialojen, eri klinikoiden, eri tarkoitukseen suunnattujen kirjallisen materiaalin välillä on.</p> <p>Tutkimus on osa laajaa potilaiden opetuksen kehittämissuunnitelmaa. Sen tavoite on kehittää potilasohjausta siten, että potilas kykenee entistä paremmin hallitsemaan omat terveyteen liittyvät ongelmat ja osallistua hoitoon ja päätöksentekoon.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>N= 611</p> <p>Ohjeet tulostettiin, koodattiin ja analysoitiin.</p> <p>Analyysi menetelmä tilastollinen</p>	<p>Kaikki ohjeet olivat ulkoasultaan, kielellisesti ja rakenteellisesti hyviä. Puolet ohjeista oli opetuksellisuudeltaan hyviä. Parhaita ohjeita opetuksellisuudeltaan olivat silmätautien, onkologian ja laboratorion potilasohjeet. Sisällöltään ohjeet olivat yksipuolisia. Ohjeista potilas sai tietoa vain sairautteen ja hoitoihin liittyen.</p> <p>Potilasohjeiden taso vaihteli toimialoittain jonkin verran. Eri tarkoitukseen suunnattujen ohjeiden taso vaihteli opetuksellisuuden osalta.</p>
<p>Kääriäinen ym. (2006)</p> <p>Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käsitykset ohjauksesta sairaalassa.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksen resursseista, ohjaustoiminnasta ja ohjauksen kehittämishaasteista sairaalassa.</p> <p>Tutkimustehtävät: -Millaiset ovat terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa (resurssit, miten ohjaustoiminta toteutuu, mitä kehittämishaasteita on). -Miten terveydenhuoltohenkilöstön taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen resursseihin.</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>N= 1418</p> <p>Aineiston keruu: Kyseilylomake</p> <p>Analyysi menetelmä: induktiivinen sisällön analyysi ja tilastolliset menetelmät</p>	<p>Ohjauksen resurssit olivat pääosin hyvät. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunnalla on hyvät tiedot ja taidot ohjaukseen. Tarvitaan lisää tietoa kuntoutuksesta ja taitoa tukea potilasta itsehoitoon.</p> <p>Ohjausmenetelmien hallinta on yksipuolista.</p> <p>Ohjauksen resursseihin on yhteyttä sukupuolella, iällä, työyksiköllä, tehtävänimikkeellä, työkokemuksella ja ohjaukseen käytetyllä ajalla työpäivän aikana.</p> <p>Ohjaus oli pääosin potilaslähtöistä.</p> <p>Ohjauksen kehittämisessä tulisi pohtia ohjauksen organisoitua, jolloin ohjauskäytänteet yhdenmukaistuisivat, ammattiryhmien välinen yhteistyö olisi jatkuvaa.</p>

<p>Isola ym. (2007)</p> <p>lääkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Tutkimusongelmat: -miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa potilasohjauksen edellytykset, ohjaustoiminnan ja hyödyt?</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p> <p>Oulun yliopistollisen sairaalan osastot ja poliklinikat.</p> <p>N= 203 Aineistonkeruu: Kyselylomake</p> <p>Analyysi menetelmä: sisällönanalyysi ja tilastolliset menetelmät</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, mutta siihen toivottiin enemmän yksilöllisyyttä. Lääkärit kokivat tärkeimmiksi ohjaukselle sairauteen ja hoitoon liittyvät asiat, tulevat tutkimukset, toimenpiteet ja lääkitykset.</p> <p>Ohjausilmapiiri oli asiantunteva, luottava ja miellyttävä. Ohjausaikaan ja -paikkaan sekä oikeaan ajoitukseen oli tyytymättömiä. Ohjaustilanne oli selkeä, mutta ohjausmenetelmien tulisi olla monipuolisia. Ohjauksessa ei huomioitu tarpeeksi potilaan heikentyneitä aisti- tai muisti-toimintoja.</p> <p>Ohjaukseen toivottiin omaisen läsnäoloa. Ohjaus paransi potilaan tietoa sairaudesta ja vahvisti hoitomyönteisyyttä.</p>
<p>Kääriäinen (2007)</p> <p>Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Toisen vaiheen tarkoituksena oli määritellä ohjauksen käsite ja testata käsitteen rakenne.</p> <p>Tutkimustehtävänä on tarkastella potilasohjauksen laadun osa-alueiden ja taustamuuttujien yhteyttä ohjauksen kokonaislaatuun.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kehittää potilasohjausketjua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.</p>	<p>Ensimmäinen vaihe on soveltava tutkimus.</p> <p>Aineisto kerätty Oulun yliopistollisessa sairaalassa N= 2071 potilaat, N= 1418 hoitohenkilökunta</p> <p>1.vaihe: Sisällönanalyysi 2.vaihe: Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Ohjauksen laatu on hyvä, mutta siihen käytetty aika on riittämätöntä. Ohjausmenetelmistä hallitaan vain suullinen yksilöohjaus. Kirjallista ohjausmateriaalia annetaan vain osalle potilaista.</p> <p>Ohjaus ei ole riittävän potilaslähtöistä. Sen potilaslähtöinen suunnittelu ja arviointi ovat puutteellisia. Ohjaus on myös osittain riittämätöntä.</p> <p>Ohjauksen laatua tulee kehittää ulkoisten tekijöiden, potilaslähtöisen ja tavoitteellisen ohjaustoiminnan ja ohjauksen käytön osalta. Laadukas ohjaus on hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilökunnan kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on riittävin resurssein toteutettua ja vaikuttavaa.</p>

<p>Lehto (2009)</p> <p>Atrial remodeling in atrial fibrillation. Epidemiological, clinical and magnetocardiographic aspects.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena arvioida eteisten uudelleen muodostuminen eteisvärinän takana, sen epidemiologia ja lisäksi eteisvärinän hoidon tuloksia.</p> <p>Tutkimustehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sinusrytmin säilyminen ja ylläpito ensimmäisen sähköisen rytminsiirron jälkeen, potilailla joilla on jatkuva eteisvärinä -vahvistaa eteisvärinän yleisyys AMI potilailla, joilla vasemman eteisen toimintahäiriö ja eteisvärinän esiintymisen liittyminen näihin potilaisiin -vahvistaa eteisten depolarisaatio signaalin tallentaminen ja käsittely monikanavaisen MCG:n avulla -arvioida onko MCG-perusteinen eteissignaali analyysillä teknisesti mahdollista havaita eteisten uudelleen muotoutuminen ja sen kumoutuminen sähköisen rytminsiirron jälkeen 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Helsingin sairaalassa.</p> <p>N=183</p> <p>Aineiston keruu: Takautuvasti käytetty potilastietoja</p> <p>Aineiston analyysi: Tilastolliset menetelmät</p>	<p>Suurimmalla osalla potilaista sähköinen rytminsiirto onnistui. Niillä joilla rytminsiirto onnistui, vain neljäsosalla sinusrytmi säilyi vuoden.</p> <p>Potilailla, joilla on korkea verenpaine, vasemman kammion hypertrofia ja uudelleen puhjennut eteisvärinä on merkittävästi suurempi määrä aivohalvauksia, sydän- ja verisuonikuolleisuutta.</p> <p>Eteisen elektrofysiologinen uudelleen muodostuminen voidaan havaita noninvasiivisesti monikanavaisella Magneettisydäntutkimuksella potilailta, joilla on pysyvä eteisvärinä sähköisen rytminsiirron jälkeen.</p>
<p>Alings, M., Connolly, S (J)., Dari-us, H., Diaz, R., Diener, H-C., Eikel-boom, J., Ezekowitz, M., Joyner, C (D)., Lewis, B (S)., Oldgren, J., Parekh, A., Pogue, J., Reilly, P (A)., Thembles, E., Varrone, J., Wallentin, L., Xavier, D., Wang, S., Yusuf, S., Zhu, J. & RE-LY Steering Committee and Investigators (2009)</p> <p>Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation</p>	<p>Tarkoitus: Verrata dabigatranihoidon tehoa varfariinihoitoon aivoinfarktin ja systeemisen embolisaaation ehkäisyssä</p> <p>Tehtävät: Verrata dabigatranin kahden eri annoksen (110mg x 2 ja 150mg x 2) tehoa ja turvallisuutta aivohalvauksen estohoidossa eteisvärinäpotilailla</p>	<p>951 clinical center 44 maasta</p> <p>N= 18000</p> <p>Aineiston keruu: 2 vuoden ajan kerättiin tietoja satunnaistetussa tutkimuksessa</p>	<p>Tutkimuksessa ilmeni, että pienemmän dabigatranianoksen (110mg x 2) teho aivoinfarktin ja systeemisen embolisaaation ehkäisyssä oli yhtä hyvä kuin varfariinin. Suuremman dabigatranianoksen (150mg x 2) taas todettiin olevan tehokkaampi aivoinfarktin ja systeemisen embolisaaation ehkäisyssä kuin varfariinin.</p>



Tampereen kaupunki
Erikoissairaanhoido
Hatunpään kantasairaala

SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO Potilasohje



Hatunpään kantasairaala
Sisätautien vuodeosasto B5

Olkaa ystävällisiä ja ilmoittakaa säännöllisesti käyttämänne lääkitys suoraan osasto B5:n osastonhoitajalle p. 040-8063034, viimeistään rytminsiirtoa edeltävänä päivänä.

YHTEYSTIEDOT:

Hatunpään kantasairaala osasto B5
Hatunpäänkatu 24, 33900 Tampere
Puh. (03) 565 73369 tai (03) 565 73381

MITÄ OVAT ETEISVÄRINÄ JA ETEISLEPATUS?

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö. Eteisvärinässä pulssi on epätasainen, koska sydämen eteiset eivät supistu säännöllisesti. Eteisvärinälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikä, kohonnut verenpaine, ylipaino, sydänsairaudet sekä diabetes.

Eteislepatus eli flutteri on toiseksi yleisin eteis-peräinen rytmihäiriö. Eteislepatuksen tärkeimmät riskitekijät ovat ikä, sydämen vajaatoiminta ja krooninen keuhkohtaumatauti. Yleisimmin eteislepatuksen taustalla on jokin sydän- tai muu sairaus.

MIKÄ ON SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO?

Sähköisellä rytminsiirrolla hoidetaan eteisvärinää tai eteislepatusta. Sähköisen rytminsiirron tarkoituksena on palauttaa sydämeen normaali- eli sinusrytmi. Sydämen rytmi palautetaan lyhytaikaisen nukutuksen aikana pienellä sähköiskulla. Sähköinen rytminsiirto on kivuton.

VALMISTAUTUMINEN RYTMINSIIRTOON

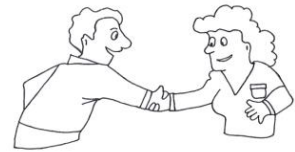
Ennen rytminsiirtoateidän tulee huolehtia, että olette ottaneet Pradaxa® -lääkityksen määrätyn annoksen mukaan, taukopäiviä ei saa olla. Edeltävänä päivänä teiltä otetaan lääkärin määräämät laboratoriotestit, sydänfilmi sekä keuhkokuva Hatunpään sairaalassa.

Mikäli teillä ilmenee ennen sähköistä rytminsiirtoa yskää, nuhaa, kuumetta tai muita tulehduksen oireita, ottakaa yhteyttä osastolle. Tällöin sähköistä rytminsiirtoa ei voida tehdä, joten teille katsotaan uusi aika rytminsiirtoon.

Rytminsiirtopäivän aamuna älkää syökö tai juoko mitään. Älkää ottako rytminsiirtopäivän aamuna mitään lääkkeitä, ellei lääkäri ole toisin ohjannut. Mikäli teillä on käytössä Digoxin® -lääkitys, älkää ottako lääkettä rytminsiirtopäivänä, eikä sitä edeltävänä päivänä.

Saapukaa kutsukirjeessä mainittuna ajankoh-tana suoraan osastolle B5. Älkää tulko sairaalaan omalla autolla, sillä ette saa ajaa autoa vuorokauteen rytminsiirron jälkeen.

Ottakaa mukaanne osastolle uusittavat reseptit sekä käytössä olevat astmasuihkeet ja silmätipat. Hoitaja ottaa teidät vastaan osastolla, näyttää teille huoneen ja antaa sairaalavaatteet. Ennen siirtymistä heräämööön teiltä mitataan verenpaine ja pulssi sekä tarpeen mukaan katsotaan verensokeri.



SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO

Sähköinen rytminsiirto suoritetaan heräämössä. Rytminsiirron aikana ja sen jälkeen teidän yleisvointia, sydämen rytmiä sekä verenpainetta ja pulssia seurataan heräämössä. Seurannan jälkeen teidät viedään takaisin osastolle B5.

RYTMINSIIRRON JÄLKEEN

Rytminsiirron jälkeen teidän tulee olla osastolla seurattavana noin neljä tuntia. Osastolla teidän tulee levätä vuoteessa kaksi tuntia. Vuodelevon aikana saatte käydä wc:ssä. Tämän jälkeen saatte osastolla lounaan ja voitte liikkua osastolla, mikäli vointinne on hyvä.

Teiltä otetaan toimenpiteen jälkeen osastolla sydänfilmi kello 13, jotta nähdään onko sydämen rytmi pysynyt tavoitellussa sinusrytmissä.

Rytminsiirron jälkeen Pradaxa® -lääkitys jatkuu vähintään neljä viikkoa. Osalla potilaista Pradaxa® -lääkitys voi jatkua pysyvänä. Pradaxa® -lääkityksen aikana INR-arvoa ei seurata säännöllisesti verikokein.

Varatkaa omalääkärille vastaanottoaika noin neljän viikon päähän rytminsiirrosta. Ennen vastaanottoaikaa käykää laboratoriossa, jolloin teiltä otetaan sydänfilmi. Lääkäri päättää potilaskohtaisesti jatkuuko Pradaxa® -lääkitys vielä neljän viikon kuluttua.

Vointinne ollessa hyvä, kotiutus tapahtuu samana päivänä noin kello 15, saattajan hakemana. Lääkäri päättää kotiutuksesta potilaskohtaisesti.

MIKÄLI RYTM EI KÄÄNNY

Aina rytminsiirto ei onnistu, jolloin voidaan tyytyä eteisvärinärytmiin. Tällöin sydämen rytmiä yleensä hidastetaan pysyvällä lääkityksellä. Lääkäri päättää potilaskohtaisesti jatkohoidosta.

KOTIHOITO-OHJEISTUS

Autolla ajo, alkoholin, uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäminen on kielletty vuorokauden ajan rytminsiirrosta.

Mikäli teillä ilmenee välittömästi kotiutumisen jälkeen rytmihäiriöitä, tykytystuntemuksia, hengenahdistusta tai huimausta, ottakaa yhteyttä osastolle B5. Osaston yhteystiedot löytyvät ohjeen alusta.

ELÄMÄ RYTMINSIIRRON JÄLKEEN

LIIKUNTA

Rytminsiirron jälkeen teidän tulee välttää kaksi viikkoa raskasta fyysistä rasitusta, jotta sydämen rytmi ei käänny takaisin eteisvärinään.

Varsinaisesti liikuntaa ei tarvitse rajoittaa, mikäli teille ei tule rytmihäiriötuntemuksia ja tunnette vointinne hyväksi. Rytminsiirron jälkeen voitte jatkaa liikunnan harrastamista entiseen tapaan.



ALKOHOLI

Suuret kerta-annokset sekä runsas tai pitkä-aikainen alkoholinkäyttö rasittaa sydäntä ja lisää riskiä sydämen rytmihäiriöille.

SEKSUAALISUUS

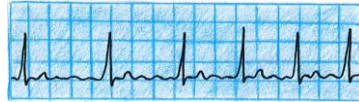
Seksin harrastaminen kuormittaa sydäntä niin kuin muukin fyysinen rasitus. Rytminsiirron jälkeen seksin harrastamiselle ei ole rajoituksia. Mikäli yhdyntä aiheuttaa rytmihäiriötuntemuksia, voi rasitusta keventää valitsemalla yhdyntäasento, joka vähentää ylävartalon kuormitusta.





Tampereen kaupunki
Erikoissairaanhoido
Hatnpään kantasairaala

SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO Potilasohje



Hatnpään kantasairaala
Sisätautien vuodeosasto B5

Olkaa ystävällisiä ja ilmoittakaa säännöllisesti käyttämänne lääkitys suoraan osasto B5:n osastonhoitajalle p. 040-8063034, viimeistään rytminsiirtoa edeltävänä päivänä.

YHTEYSTIEDOT:

Hatnpään kantasairaala osasto B5
Hatnpäänkatu 24, 33900 Tampere
Puh. (03) 565 73369 tai (03) 565 73381

MITÄ OVAT ETEISVÄRINÄ JA ETEISLEPATUS?

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö. Eteisvärinässä pulssi on epätasainen, koska sydämen eteiset eivät supistu säännöllisesti. Eteisvärinälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikä, kohonnut verenpaine, ylipaino, sydänsairaudet sekä diabetes.

Eteislepatus eli flutteri on toiseksi yleisin eteisperäinen rytmihäiriö. Eteislepatuksen tärkeimmät riskitekijät ovat ikä, sydämen vajaatoiminta ja krooninen keuhkohtaumatauti. Yleisimmin eteis-lepatuksen taustalla on jokin sydän- tai muu sairaus.

MIKÄ ON SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO?

Sähköisellä rytminsiirrolla hoidetaan eteisvärinää tai eteislepatusta. Sähköisen rytminsiirron tarkoituksena on palauttaa sydämeen normaali- eli sinusrytmi. Sydämen rytmi palautetaan lyhytaikaisen nukutuksen aikana pienellä sähköiskulla. Sähköinen rytminsiirto on kivuton.

VALMISTAUTUMINEN RYTMINSIIRTOON

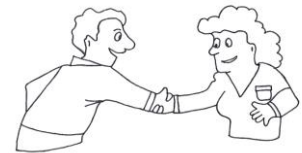
INR-arvon tulee olla hoitotasolla (2-3) vähintään kolme viikkoa ennen sähköistä rytminsiirtoa. Edeltävänä päivänä teiltä otetaan lääkärin määräämät laboratoriotestit, sydänfilmi sekä keuhkokuva Hatnpään sairaalassa.

Mikäli teillä ilmenee ennen sähköistä rytminsiirtoa yskää, nuhaa, kuumetta tai muita tulehduksen oireita, ottakaa yhteyttä osastolle. Tällöin sähköistä rytminsiirtoa ei voida tehdä, joten teille katsotaan uusi aika rytminsiirtoon.

Rytminsiirtopäivän aamuna älkää syökö tai juoko mitään. Älkää ottako rytminsiirtopäivän aamuna mitään lääkkeitä, ellei lääkäri ole toisin ohjannut. Mikäli teillä on käytössä Digoxin® -lääkitys, älkää ottako lääkettä rytminsiirtopäivänä, eikä sitä edeltävänä päivänä.

Saapukaa kutsukirjeessä mainittuna ajankoh-tana suoraan osastolle B5. Älkää tulko sairaalaan omalla autolla, sillä ette saa ajaa autoa vuorokauteen rytminsiirron jälkeen.

Ottakaa mukaanne osastolle uusittavat reseptit sekä käytössä olevat astmasuihkeet ja silmätipat. Hoitaja ottaa teidät vastaan osastolla, näyttää teille huoneen ja antaa sairaalavaatteet. Ennen siirtymistä heräämöö-ön teiltä mitataan verenpaine ja pulssi sekä tarpeen mukaan katsotaan verensokeri.



SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO

Sähköinen rytminsiirto suoritetaan heräämössä. Rytminsiirron aikana ja sen jälkeen teidän yleisvointia, sydämen rytmiä sekä verenpainetta ja pulssia seurataan heräämössä. Seurannan jäl-keen teidät viedään takaisin osastolle B5.

RYTMINSIIRRON JÄLKEEN

Rytminsiirron jälkeen teidän tulee olla osastolla seurattavana noin neljä tuntia. Osastolla teidän tulee levätä vuoteessa kaksi tuntia. Vuodelevon aikana saatte käydä wc:ssä. Tämän jälkeen saatte osastolla lounaan ja voitte liikkua osastolla, mikäli vointinne on hyvä.

Teiltä otetaan toimenpiteen jälkeen osastolla sydänfilmi kello 13, jotta nähdään onko sydämen rytmi pysynyt tavoitellussa sinusrytmisssä.

Rytminsiirron jälkeen Marevan® -lääkitys jatkuu vähintään neljä viikkoa. Osalla potilaista Marevan® -lääkitys voi jatkua pysyvänä. Marevan® -lääkityksen aikana INR-arvoa seurataan verikokein.

Oman terveysaseman lääkäri määrittää sopivan Marevan® -annoksen verikoetuloksen mukaan. Lääkäri määrää, milloin uusi verikoe tulee ottaa. Varatkaa omalääkärille vastaanottoaika noin neljän viikon päähän rytminsiirrosta. Ennen vastaanottoaikaa käykää laboratoriossa, jolloin teiltä otetaan sydänfilmi. Lääkäri päättää potilaskohtaisesti, jatkuuko Marevan® -lääkitys vielä neljän viikon kuluttua.

LIITE 3:3(4)

Vointinne ollessa hyvä, kotiutus tapahtuu samana päivänä noin kello 15, saattajan hakemana. Lääkäri päättää kotiutuksesta potilaskohtaisesti.

MIKÄLI RYTM EI KÄÄNNY

Aina rytminsiirto ei onnistu, jolloin voidaan tyytyä eteisvärinärytmiin. Tällöin sydämen rytmiä yleensä hidastetaan pysyvällä lääkityksellä. Lääkäri päättää potilaskohtaisesti jatkohoidosta.

KOTIHOITO- OHJEISTUS

Autolla ajo, alkoholin, uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäminen on kielletty vuorokauden ajan rytminsiirrosta.

Mikäli teillä ilmenee välittömästi kotiutumisen jälkeen rytmihäiriötä, tykytystuntemuksia, hengenhahdistusta tai huimausta, ottakaa yhteyttä osastolle B5. Osaston yhteystiedot löytyvät ohjeen alusta.

ELÄMÄ RYTMINSIIRRON JÄLKEEN**LIIKUNTA**

Rytminsiirron jälkeen teidän tulee välttää kaksi viikkoa raskasta fyysistä rasitusta, jotta sydämen rytmi ei käänny takaisin eteisvärinään.

Varsinaisesti liikuntaa ei tarvitse rajoittaa, mikäli teille ei tule rytmihäiriötuntemuksia ja tunnette vointinne hyväksi. Rytminsiirron jälkeen voitte jatkaa liikunnan harrastamista entiseen tapaan.

**ALKOHOLI**

Suuret kerta-annokset sekä runsas tai pitkäaikainen alkoholinkäyttö rasittaa sydäntä ja lisää riskiä sydämen rytmihäiriöille.

SEKSUAALISUUS

Seksin harrastaminen kuormittaa sydäntä niin kuin muukin fyysinen rasitus. Rytminsiirron jälkeen seksin harrastamiselle ei ole rajoituksia. Mikäli yhdyntä aiheuttaa rytmihäiriötuntemuksia, voi rasitusta keventää valitsemalla yhdyntäasento, joka vähentää ylävartalon kuormitusta.





Tampereen kaupunki
Erikoissairaanhoido
Hatapään kantasairaala

SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO Potilasohje



Hatapään kantasairaala
Sisätautien vuodeosasto B5

Olkaa ystävällisiä ja ilmoittakaa säännöllisesti käyttämänne lääkitys suoraan osasto B5:n osastonhoitajalle p. 040-8063034, viimeistään rytminsiirtoa edeltävänä päivänä.

YHTEYSTIEDOT:

Hatapään kantasairaala osasto B5
Hatapäänkatu 24, 33900 Tampere
Puh. (03) 565 73369 tai (03) 565 73381

MITÄ OVAT ETEISVÄRINÄ JA ETEISLEPATUS?

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö (Syväne 2009; American Heart Association 2011, 278). Eteisvärinässä pulssi on epätasainen, koska sydämen eteiset eivät supistu säännöllisesti (Muhonen 2010; Raatikainen 2011a, 417). Eteisvärinälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikä, kohonnut verenpaine, ylipaino, sydänsairaudet sekä diabetes (Raatikainen 2011a, 417-418).

Eteislepatus eli flutteri on toiseksi yleisin eteisperäinen rytmihäiriö. Eteislepatuksessa pulssi on tasainen. Eteislepatuksen tärkeimmät riskitekijät ovat ikä, sydämen vajaatoiminta sekä krooninen keuhkohtaumatauti. Yleisimmin eteislepatuksen taustalla on jokin sydän- tai muu sairaus. (Raatikainen & Uusimaa 2008, 555.)

MIKÄ ON SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO?

Sähköisellä rytminsiirrolla hoidetaan eteisvärinää tai eteislepatusta (Muhonen 2010; American Heart Association 2011, 311). Sähköisen rytminsiirron tarkoituksena on palauttaa sydämeen normaali- eli sinusrytmi (Muhonen 2010; Raatikainen 2011b, 423).

Sähköisessä rytminsiirrossa palautetaan sydämen rytmi lyhytaikaisen nukutuksen aikana pienellä sähköiskulla (Muhonen 2010; American Heart Association 2011, 324). Sähköinen rytminsiirto on kivuton (Muhonen 2010).

VALMISTAUTUMINEN RYTMINSIIRTOON

INR-arvon tulee olla hoitotasolla (2-3) vähintään kolme viikkoa ennen rytminsiirtoa (Raatikainen 2009). Ennen rytminsiirtoa teidän tulee huolehtia, että olette ottaneet Pradaxa® -lääkityksen määrätyn annostuksen mukaan, taukopäiviä ei saa olla (Raatikainen 2011b, 423). Edeltävänä päivänä teiltä otetaan lääkärin määräämät laboratoriotestit, sydänfilmi sekä keuhkokuva (Hatanpään sairaala, Osasto B5a).

Mikäli teillä ilmenee ennen rytminsiirtoa yskää, nuhaa tai kuumetta, ottakaa yhteyttä osastolle (Muhonen 2010). Tällöin rytminsiirtoa ei voida tehdä, joten teille katsotaan uusi aika rytminsiirtoon (Lehtola 2011).

Rytminsiirtopäivän aamuna älkää syökö tai juoko mitään. Älkää ottako rytminsiirtopäivän aamuna mitään lääkkeitä, ellei lääkäri ole toisin ohjannut. (Hatanpään sairaala, osasto B5a.) Mikäli teillä on käytössä Digoxin® -lääkitys, älkää ottako lääkettä rytminsiirtopäivänä, eikä sitä edeltävänä päivänä (Muhonen 2010).

Saapukaa kutsukirjeessä mainittuna ajankohtana suoraan osastolle B5 (Lehtola 2011). Älkää tulko sairaalaan omalla autolla, sillä ette saa ajaa autoa vuorokautteen rytminsiirron jälkeen (Atrial Fibrillation Association 2009; Raatikainen 2009).

Ottakaa mukaanne osastolle uusittavat reseptit sekä käytössä olevat astmasuihkeet ja silmätipat. Hoitaja ottaa teidät vastaan osastolla, näyttää teille huoneen ja antaa sairaalavaatteet. (Lehtola 2011.) Osastolla teiltä mitataan verenpaine ja pulssi sekä tarpeen mukaan katsotaan verensokeri (Raatikainen 2009).

SÄHKÖINEN RYTMINSIIRTO

Sähköinen rytminsiirto suoritetaan heräämössä (Hatanpään sairaala, osasto B5a). Rytminsiirron aikana ja sen jälkeen teidän yleisvointia, sydämen rytmiä sekä verenpainetta ja pulssia seurataan heräämössä (Muhonen 2010). Seurannan jälkeen teidät viedään takaisin osastolle B5 (Lehtola 2011).

RYTMINSIIRRON JÄLKEEN

Rytminsiirron jälkeen teidän tulee olla osastolla seurattavana noin neljä tuntia. Osastolla teidän tulee levätä vuoteessa kaksi tuntia. (Raatikainen 2009; Muhonen 2010; Hatanpään sairaala, osasto B5a.) Vuodelevon aikana saatte käydä wc:ssä (Hatanpään sairaala, osasto B5b). Tämän jälkeen saatte syödä ja liikkua osastolla, mikäli vointinne on hyvä (Raatikainen 2009).

Teiltä otetaan toimenpiteen jälkeen osastolla sydänfilmi kello 13, jotta nähdään onko sydämen rytmi pysynyt tavoitellussa sinusrytmissä (Hatanpään sairaala, osasto B5b; Raatikainen 2009).

Rytminsiirron jälkeen Marevan® -lääkitys jatkuu vähintään neljä viikkoa. Osalla potilaista Marevan® -lääkitys voi jatkua pysyvänä. (Raatikainen 2011f, 441.) Marevan® -lääkityksen aikana INR-arvoa seurataan verikokein (Lassila, Klaukkala & Idänpää- Heikkilä 2009, 616).

Oman terveysaseman lääkäri määrittää sopivan Marevan® -annoksen verikoetuloksen mukaan. Lääkäri määrää, milloin uusi verikoe tulee ottaa. (Raatikainen 2011e, 438; Lehtola 2011.) Varatkaa omalääkärille vastaanottoaika noin neljän viikon päähän rytminsiirrosta. Ennen vastaanottoaikaa käykää laboratoriossa, jolloin teiltä otetaan sydänfilmi. (Lehtola 2011.) Lääkäri päättää potilaskohtaisesti jatkuuko Marevan® -lääkitys vielä neljän viikon kuluttua (Raatikainen 2011c, 431).

Vointinne ollessa hyvä, kotiutus tapahtuu samana päivänä noin kello 15, saattajan hakemana (Muhonen 2010). Lääkäri päättää kotiutuksesta potilaskohtaisesti (Lehtola 2011).

MIKÄLI RYTM EI KÄÄNNY

Aina rytminsiirto ei onnistu, jolloin voidaan tyytyä eteisvärinärytmiin. Tällöin sydämen rytmiä yleensä hidastetaan lääkkeillä. (Raatikainen & Huikuri 2008, 546.) Lääkäri päättää potilaskohtaisesti jatkohoidosta (Lehtola 2011).

KOTIHOITO-OHJEISTUS

Autolla ajo, alkoholin, uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäminen on kielletty vuorokauden ajan rytminsiirrosta (Muhonen 2010).

Mikäli teillä ilmenee välittömästi kotiutumisen jälkeen rytmihäiriöitä, tyktystumemuksia, hengenahdistusta tai huimausta, ottakaa yhteyttä osastolle B5 (Muhonen 2010; Lehtola 2011).

ELÄMÄ RYTMINSIIRRON JÄLKEEN**LIIKUNTA**

Rytminsiirron jälkeen tulee välttää kaksi viikkoa raskasta liikuntaa, jotta sydämen rytmi ei käänny takaisin eteisvärinään (Lehtola 2011).

Varsinaisesti liikuntaa ei tarvitse rajoittaa, mikäli teille ei tule rytmihäiriötuntemuksia ja tunnette vointinne hyväksi. Rytminsiirron jälkeen voitte jatkaa liikunnan harrastamista entiseen tapaan. (Suomen Sydänliitto ry 2007, 11; Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 11:6; Raatikainen 2011d, 437.)

ALKOHOLI

Suuret kerta-annokset sekä runsas tai pitkäaikainen alkoholinkäyttö rasittaa sydäntä ja lisää riskiä sydämen rytmihäiriöille (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:6; Miettinen 2011, 112).

SEKSUAALISUUS

Seksin harrastaminen kuormittaa sydäntä niin kuin muukin fyysinen rasitus (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:9). Rytminsiirron jälkeen seksin harrastamiselle ei ole rajoituksia (Blek-Vehkaluoto & Ekola 2009, 13:9; Suomen Sydänliitto ry 2010, 11; Raatikainen 2011d, 437). Mikäli yhdyntä aiheuttaa rytmihäiriötuntemuksia, voi rasitusta keventää valitsemalla yhdyntäasennon, joka vähentää ylävartalon kuormitusta (Suomen Sydänliitto ry 2010, 11; Penttilä 2011a, 135).

SAUNOMINEN

Kohtuulliselle saunomiselle alle 80 asteessa ei ole estettä (Penttilä 2011b, 135; Raatikainen 2011d, 437). Nopeaa siirtymistä kuumasta kylmään tulee välttää, sillä äkillinen lämmönvaihtelu lisää rytmihäiriöiden vaaraa (Penttilä 2011b, 136).

MAREVAN® -LÄÄKITYS

Eteisvärinässä ja eteislepatuksessa on taipumus verisuonitukoksiin ja aivohalvaukseen (American Heart Association 2011, 285; Raatikainen 2011g, 442). Näitä pyritään estämään Marevan® -lääkityksellä (Muhonen 2010; Raatikainen 2011g, 442).

Marevan® -lääkityksen aikana ruokavalion tulisi olla monipuolista. Kasvisten, marjojen ja hedelmien käytön tulee olla tasaista, sillä niiden käytön suuri vaihtelu vaikuttaa Marevan® -lääkitykseen. (Halinen & Lassila 2008, 1305-1306; Paukama 2011.) Mikäli ruokavalio muuttuu paljon K-vitamiinia sisältäväksi kasvisruoaksi, tulee Marevan®-annos tarkistaa. Runsaasti K-vitamiinia sisältävän ruuan vaikutuksesta INR-arvo laskee. (Mustajoki & Ellonen 2010.) Muuten ruokavaliota ei tarvitse muuttaa Marevan® -lääkityksen vuoksi (Blek-Vehkaluoto 2009, 7:8).

Marevan®:lla on myös paljon yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa (Halinen & Lassila 2008, 1306). Luontaistuotteiden, rohdosvalmisteiden ja itsehoito-lääkkeiden sopivuus Marevan® -lääkityksen kanssa tulee varmistaa lääkäriltä (Paukama 2011).

PRADAXA® -LÄÄKITYS

Eteisvärinässä ja eteislepatuksessa on taipumus verisuonitukoksiin ja aivohalvaukseen (American Heart Association 2011, 285; Raatikainen 2011g, 442). Näitä pyritään estämään Pradaxa® -lääkityksellä (Boehringer Ingelheim, 6).

Pradaxa® -lääkityksen aikana ruokavalion tulisi olla monipuolista. Pradaxa® -lääkityksen aikana ei tarvitse rajoittaa K-vitamiinia sisältävien kasvisten käyttöä. (Boehringer Ingelheim, 11.)

Pradaxa®:n yhteensopivuus muiden käyttämienne lääkkeiden kanssa tulee varmistaa hoitavalta lääkäriltä. Pradaxa®:lla on myös yhteisvaikutuksia luontaistuotteiden, rohdosvalmisteiden ja itsehoito-lääkkeiden kanssa. (Boehringer Ingelheim, 11-12.)

MUISTIINPANOJA:

Lähteet:

American Heart Association. 2011. Guidelines for the Management of patient with atrial fibrillation. Circulation 124 (18), 269-367. Tulostettu 1.10.2011. <http://circ.ahajournals.org>.

Atrial fibrillation Association. 2009. cardioversion. Tulostettu 20.6.2011. <http://www.atrialfibrillation.org>.

Blek-Vehkaluoto, M. & Ekola, S. 2009. Sydänkansio potilasohjauksen tueksi. Helsingin Sydänpiiri ry.

Boehringer Ingelheim. Tietoa eteisvärinästä ja sen hoidosta. Pradaxa®- potilasopas.

Halinen, M. & Lassila, R. 2008. Pitkäaikainen antikoagulaatiohoito: käytön aiheet, toteutus ja menettely erityistilanteissa. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, Markku S. & Pehkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 1302-1320.

Hatanpään sairaala, osasto B5a Sähköinen rytminsiirto, potilasohje.

Hatanpään sairaala, osasto B5b, Rytminsiirtopotilaan hoitoketju, Työohje.

Lassila, R., Klaukka, T. & Idänpää-Heikkilä, J.E. 2009. Varfariini on edelleen antikoagulaatiohoidon peruslääke. Suomen Lääkärelehti 64 (7), 616-619.

Lehtola, J. 2011. Haastattelu 31.3.2011. Hatanpäänsairaala, osasto B5 osastonhoitaja.

Miettinen, H. 2011. Alkoholit ja sydän. Teoksessa Mäkitjärvi, M., Kettunen, R., Kivela, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 112.

Muhonen, R. 2010. Tietoa potilaalle: Sydämen rytminsiirto- ohje potilaalle. Lääkärikirja. Duodecim. Luettu 24.3.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

LIITE 4:5(5)

Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2010. Tietoa potilaalle: Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito, Marevan-hoito). Lääkärikirja. Duodecim. Tulostettu 5.9.2011. <http://www.terveysportti.fi>

Paukama, M. 2011. Antikoagulaatiohoidon ohjaus. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Tulostettu 24.8.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Penttilä, U-R. 2011a. Sydänsairaudet ja seksuaalisuus. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 135.

Penttilä, U-R. 2011b. Saunomisen ja uimisen vaikutus sydänsairauteen. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 135-136.

Raatikainen, P. 2009. Sähköisen rytminsiirron suoritus. Lääkäriin käsikirja. Duodecim.

Raatikainen, P. 2011a. Eteisvärinän mekanismit ja altistavat tekijät. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 416-417.

Raatikainen, P. 2011b. Äkillisen eteisvärinäkohtauksen hoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 422-424.

Raatikainen, P. 2011c. Verenhyötyminenestolääkityksen aiheet ja toteutus eteisvärinässä. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 431-433.

Raatikainen, P. 2011d. Eteisvärinän vaikutus päivittäiseen elämään ja työkykyyn. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 437-438.

Raatikainen, P. 2011e. Eteisvärinäpotilaan hoidon seuranta. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 438.

Raatikainen, P. 2011f. Äkillisen eteislepatuskohtauksen hoito. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 440-441.

Raatikainen, P. 2011g. Eteislepatuksen estohoito ja antikoagulaatiohoidon tarve. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 441-442.

Raatikainen, P. & Huikuri, H. 2008. Eteisvärinä. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S. & Pehkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 534-554.

Raatikainen, P. & Uusimaa, P. 2008. Eteislepatus. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M. S. & Pehkurinen, K. (toim.) Kardiologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 555-564.

Suomen Sydänliitto ry. 2007. Sydämen rytmihäiriöt ja liikunta. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.

Suomen Sydänliitto ry. 2010. Sydänpotilas ja seksuaalisuus. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.

Syvänne, M. 2009. Vanhaa ja uutta eteisvärinästä. Sydän 3/2009, 32-33.