

Opinnäytetyö AMK

Fysioterapian koulutusohjelma

Fysioterapia

2013

Hanna Kalske ja Merja Linna

SYDÄNPOTILAIDEN LIIKUNNALLI- SEN KUNTOUTUKSEN TOTEU- TUMINEN VARSINAIS-SUOMEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA VUONNA 2013



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapian koulutusohjelma

Lokakuu 2013 | 47

Hanna Hännikäinen

Hanna Kalske ja Merja Linna

SYDÄNPOTILAIDEN LIKUNNALLISEN KUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN VARSINAIS-SUOMEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA VUONNA 2013

Perusterveydenhuollon osuus sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteuttajana on viimeisten tutkimusten mukaan puutteellista. Terveystieteiden laki velvoittaa kunnat järjestämään riittäviä kuntoutuspalveluja perusterveydenhuollossaan. Sovittuja yhteisiä kuntoutuskäytäntöjä ei ole.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten liikunnallinen sydänkuntoutus toteutuu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella perusterveydenhuollon yksiköissä. Selvitys oli tarpeellinen, koska liikunnallisen sydänkuntoutuksen toteutumisesta perusterveydenhuollossa Varsinais-Suomen alueella ei ollut saatavissa ajantasaista tietoa. Tietoa tarvittiin nykyisten kuntoutuskäytäntöjen selventämiseksi ja uusien käytäntöjen kehittämiseksi.

Toteutuksen keinona käytettiin sähköistä kyselylomaketta, jonka lähetys kohdennettiin perusterveydenhuollon yksiköiden sydänkuntoutuksesta vastaaville henkilöille. Kartointi aloitettiin keuhällä 2013 ja raportointi tapahtui lokakuussa 2013.

Tulokset osoittivat, että vain harvoissa perusterveydenhuollon yksiköissä Varsinais-Suomen alueella toteutetaan sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta. Kuntoutuksen ohjautuvien sydänpotilaiden määrä on vähäinen. Yksiköillä ei ole selviä käytäntöjä sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen sisältöä sekä toteutusta koskien, ja harvoilla yksiköistä on nimetty näiden kuntoutuksista vastaava henkilö. Sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämiseen vaikuttavat vastaajien mukaan vähäiset henkilöstö- ja tilaresurssit, vähäinen kuntoutukseen ohjautuvuus sekä ajantasaisen tiedon puute sydänkuntoutusta koskien. Tärkeimmiksi kehitystarpeiksi vastaajat nimesivät lähetekäytäntöjen ja hoitopolkujen kehittämisen.

Johtopäätöksenä saaduista tuloksista on, että kuntien perusterveydenhuollon järjestämä sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus ei tällä hetkellä toteudu terveydenhuoltolaissa säädetyllä tavalla.

ASIASANAT:

Liikunnallinen kuntoutus, sepelvaltimotauti, sydänleikatut, julkinen terveydenhuolto, sydänkuntoutus, asiakaslähtöisyys, fysioterapia

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of physiotherapy

October 2013 | 47

Hanna Hännikäinen

Hanna Kalske ja Merja Linna

THE EXECUTION OF PHYSICAL REHABILITATION OF HEART PATIENTS IN PRIMARY HEALTHCARE IN SOUTHWEST FINLAND IN 2013

According to the law, municipalities have to provide rehabilitation. The latest studies show that there is a lot of variation how rehabilitation of heart patients is fulfilled in different regions in Finland. It is also shown that there are major defects in organizing rehabilitation in primary healthcare.

The purpose of this study was to survey if physical rehabilitation of heart patients is fulfilled in health centers in Southwest Finland. This survey was necessary because up-to-date information about physical rehabilitation of heart patients in Southwest Finland primary health care area did not exist. This information was essential in order to be able to clarify current rehabilitation customs and to develop new ones.

As a method an electronic inquiry was used. It was sent to people who know most or are in charge for physical heart rehabilitation in primary health care. The survey was started on spring 2013 and reported in October 2013.

The results showed that in only few basic health care units physical heart rehabilitation was carried out. The amount of heart patients who were referred to rehabilitation was small. The units did not have clear customs about how to provide rehabilitation or the content of it. Only few units had named a person in charge of physical heart rehabilitation. Respondents estimated that main reasons that affected providing rehabilitation were lack of staff and space, lack of patients referred to units and lack of up-to-date knowledge about heart rehabilitation. The most important development subjects that they named were clarification of referral policy and treatment pathways.

The conclusion of results was that heart patient's physical rehabilitation that municipalities provide was not fulfilled in Southwest Finland primary healthcare the way it was prescribed in the health care law.

KEYWORDS:

Physical rehabilitation, coronary artery disease, heart operated, public healthcare, heart rehabilitation, customer orientation, physiotherapy

SISÄLTÖ

KÄYTETYT TERMIT	7
1 JOHDANTO	8
2 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN YHTEISKUNNALLISET VAIKUTUKSET	10
3 KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄMISVASTUU	11
3.1 Kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö ja kuntoutuksen järjestäjät	11
3.2 Yhteiskunnallinen vastuu kuntoutuksesta julkisessa terveydenhuollossa	12
3.3 Kuntoutuspalvelujen asiakaslähtöinen kehittäminen	13
4 SYDÄNPOTILAAN LIIKUNNALLINEN KUNTOUTUS OSANA SYDÄNKUNTOUTUSTA	14
4.1 Sydänkuntoutuksen tarkoitus ja tavoitteet	14
4.2 Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sen rajoitukset	15
4.3 Liikunnan hyödyt ja vaikutukset sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan	17
4.4 Liikunnallisen sydänkuntoutuksen vaikutukset elämänlaatuun	18
4.5 Sydänleikatun ja akuutin sepelvaltimotautikohtauspotilaan erikoissairaanhoidossa tapahtuvat fysioterapiaprosessit	19
4.6 Kuntouttava ohjaus	20
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
6 KARTOITUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUS-MENETELMÄT	24
6.1 Kartoituksen vaiheet	24
6.2 Aineistonkeruu- ja analysointimenetelmät	27
7 TULOKSET	29
7.1 Kohderyhmän kuvaus	29
7.2 Sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteutuminen	31
7.3 Sydänpotilaan liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaavat toimijat	32
7.4 Sydänpotilaiden ohjautuvuus liikunnalliseen kuntoutukseen	33
7.5 Yksiköiden järjestämän sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen sisältö ja käytännöt	34
7.6 Vastaajien kokemat puutteet koskien sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämistä	35

7.7 Vastaajien kokemat sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kehitystarpeet	36
8 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	37
9 KARTOITUSPROSESSIN POHDINTA	41
9.1 Tavoitteiden saavuttaminen	41
9.2 Tiedonkeruumenetelmät sekä niiden valinta ja luotettavuus	41
9.3 Eettisyys	44
9.4 Analysointiprosessin pohdintaa	44
9.5 Tutkimuksen tuoma hyöty fysioterapian kannalta sekä jatkotutkimusaiheita	45
LÄHTEET	46

LIITTEET

Liite 1. Sydänkuntoutuksen vaikutusmekanismit ja niiden myönteiset toiminnalliset ja mitattavissa olevat vaikutukset	
Liite 2. Sepelvaltimotautipotilaan kestävyysliikunnan ja lihasvoimaharjoittelun ehdottomat ja suhteelliset vasta-aiheet	
Liite 3. Säännöllistä fyysistä harjoittelua sisältävien sydänkuntoutusohjelmien vaikuttavuus	
Liite 4. Sydänleikkauspotilaan fysioterapiaprosessi	
Liite 5. Akuutin sepelvaltimokohtauspotilaan fysioterapiaprosessi	
Liite 6. Kyselylomake	
Liite 7. Toteutuslupapyyntö	
Liite 8. Saatekirje kyselyyn vastaajille	
Liite 9. Lisäohjeistus saatekirjeeseen	

KUVAT

Kuva 1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveystakeskukset (VSSH 2013).....	30
---	----

KUVIOT

Kuvio 1. Opinnäytetyön vaiheet.	26
Kuvio 2. Vastaajien ammatti- ja tehtävänimikkeet.	31
Kuvio 3. Sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta toteuttavien yksiköiden jakautuma Varsinais-Suomen perusterveydenhuollossa (n=16).	31
Kuvio 4. Sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaavat toimijat.	32
Kuvio 5. Sydänpotilaiden ohjautumistavat liikunnalliseen kuntoutukseen perusterveydenhuollossa.	33

Kuvio 6. Vastaajien kokemat puutteet yksikössään koskien sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämistä.	35
Kuvio 7. Vastaajien ajatuksia sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kehittämiseksi.	37

KÄYTETYT TERMIT

Yksikkö Perusterveydenhuollon terveyskeskus tai terveysasema

Fysiatrian osastonhoitaja Kartoituksen alussa vuonna 2012 TYKS:n fysiatrian osaston
963 fysioterapian toiminnasta vastaava osastonhoitaja

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon tasapuolinen palveluiden toteutuminen Suomessa on puutteellista. Palveluiden laatu ja saatavuus vaihtelevat kunnittain. Eri organisaatioiden toteuttamat projektit ja niiden tuottama tutkimusaineisto tukevat tätä käsitystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet pyrkivät luomaan käytäntöjä, joiden avulla palveluiden laadun parantuminen ja sisällön selkeytyminen mahdollistuisi. Useat tutkimukset ja kehittämisohjelmat Suomen tilannetta koskien tukevat työn tärkeyttä.

Kehittämisohjelmista esimerkkinä on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012–2015. Ohjelman tavoitteena on vähentää eriarvoisuutta, sekä taloudellisesti, kestävästi ja asiakaslähtöisesti järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012, 13.) Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutusta julkisessa terveydenhuollossa on selvittänyt Suomen Sydänliitto ry. Vuonna 2007 julkaistun selvityksen perusteella terveydenhuollon yksiköillä oli mahdollisuus saada tietoa kehittämisalueistaan ja verrata omaa toimintaansa julkisen sektorin yleisen toteutuksen järjestämiseen. (Suomen Sydänliitto ry 2007, 7.)

Suomen sydänliitto, Itä-Suomen alueen sydänpiiri ja terveyskeskukset kehittivät yhteistyössä vuosina 1999–2002 Tulppa-ohjelman (Ikonen 2006, 7). Ohjelman tavoitteena on kehittää valtimotauteja sairastavien kuntoutusta toimivaksi osaksi hoitoketjua, sekä löytää alueellisesti paras tapa tuottaa kuntoutusta sydänpiiriin, terveyskeskusten ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyönä (Suomen Sydänliitto ry 2013).

Kuntoutussäätiö julkaisi vuonna 2012 katsauksen yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien avokuntoutuksen kehittämisestä ja vaikuttavuuden arvioinnista. Katsauksen antama tieto tukee tarvetta soveltavien toimintamallien kehittämiseksi sydänkuntoutuksessa niin, että sydänkuntoutus nivoutuisi paremmin perusterveydenhuollon toiminnan osaksi. (Julkunen ym. 2012, 17.)

Tutkimustulokset ovat vääjäämättömästi osoittaneet puutteita sydäntuntoutuksen kehityksessä ja toteutuksessa perusterveydenhuollossa. Edistymisen tulisi-kin nyt tapahtua perusterveydenhuollossa myös käytännön tasolla. Aihe on ajankohtainen ja vaatii työstämistä. Tutkimustietoa tulisi käyttää nyt, kun se on ajankohtaista, jotta moniammatillinen työ ei menisi hukkaan. Työlle on runsaasti perusteita ja se nojaa yhteiskunnallisellakin tasolla nykyhetken tilanteeseen.

Tämän tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, miten sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollossa Varsinais-Suomen alueella. Kartoit- tus toteutettiin sähköisenä kyselynä, joka pyrittiin ohjaamaan perusterveyden- huollon sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaaville henkilöille. Fysioterapeutit vastaavat yleisesti perusterveydenhuollon liikunnallisen kuntou- tuksen toteuttamisesta. Tämän vuoksi toiveena oli haastaa fysioterapeutit ja muut kyselyyn vastaajat miettimään yksikkönsä liikunnallisen sydäntuntoutuk- sen tämän hetkistä tilaa ja sen kehittämistä. Kartoituksen tulosten toivottiin an- tavan kehittämisen työkaluja ja lisäävän erikoissairaanhoidon ja perustervey- denhuollon keskustelua hoito- ja palveluketjuohjeistusten kehittämiseksi Varsi- nais-Suomen alueelle.

2 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN YHTEISKUNNALLISET VAIKUTUKSET

Sepelvaltimotauti (*CAD, coronary artery disease*) tarkoittaa sepelvaltimoiden eli sydämen veren- ja hapensaannista huolehtivien valtimoiden sairautta. Sepelvaltimotaudin kehittymiseen vaikuttavat olennaisesti fyysinen inaktiivisuus, korkea kolesteroli, lihavuus, korkea verenpaine ja tupakointi. (Suomen Sydänliitto ry 2008, 5-6; Vauhkonen & Holmström 2012, 47.) Verenvirtaus sepelvaltimoissa vähenee eikä sydänlihas saa tarpeeksi happea. Sepelvaltimotauti voi ilmetä stabiilina tai epästabiilina rasisrintakipuna eli angina pectoriksena, sydäninfarktina tai sydänlihaksen hapenpuutteen laukaisemana pahana, tappavana rytmihäiriönä. (Suomen Sydänliitto ry 2008, 6.)

Sepelvaltimotautikohtauksia eli akuutteja koronaarisyndroomia ovat taudin epävakana ilmenevät muodot. Oireet ovat vaikeita ja alkavat ja pahenevat äkillisesti sekä ilmenevät usein jo levossa. Kun sepelvaltimossa olevan kovettumapesäkkeen pinta rikkoutuu, syntyy verihyytymä verenvuodon tyrehtyttämiseksi. Hyytymästä seuraavat erikokoiset valtimotukokset eli trombit voivat esiintyä yhdessä tai useammassa suonessa. Tukokset pyritään avaamaan joko liuotushoidolla tai pallolaajennuksella. (Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Sepelvaltimotauti on tällä hetkellä suomalaisten yleisin kuolinsyy (Suomen Sydänliitto ry 2008, 5). Iän myötä taudin esiintyvyys lisääntyy (Vauhkonen & Holmström 2012, 47). Sepelvaltimotaudista johtuu joka viides kaikista kuolemista. Sepelvaltimotautikuolemien määrä on kuitenkin vähentynyt tasaisesti viimeisten 40 vuoden aikana. Sepelvaltimotautiin kuoli vuonna 2011 yhteensä 11 169 henkeä. (Tilastokeskus 2013.)

Suurimmat suorat hoitokustannukset aiheutuvat sydän- ja verisuonisairauksien hoidosta, arviolta 918 miljoonaa euroa vuosittain, eli 17 % kaikista hoitokustannuksista. Vaikka sepelvaltimotauti onkin yhä enemmän siirtynyt iäkkäiden sairaudeksi, ovat sydän- ja verisuonisairaudet kolmanneksi suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. (Suomen Sydänliitto ry 2013.)

3 KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄMISVASTUU

3.1 Kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö ja kuntoutuksen järjestäjät

Vastuu sydänpotilaiden kuntoutuksen järjestämisestä lainsäädännön perusteella kuuluu terveydenhuollolle, Kansaneläkelaitokselle ja työeläkelaitoksille (Mäkinen & Penttilä 2007, 9). Kunnan järjestämismvastuuseen kuuluvasta terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä on säädetty kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989). Vuoden 2011 alusta voimaan tullutta terveydenhuoltolaki (1326/2010) sovelletaan näissä laissa määrättyyn toteuttamiseen ja sisältöön (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Terveydenhuoltolain 10 §:n mukaan:

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Lisäksi kunnan vastuulle kuuluu kuntoutuspalvelujen ohjaus ja seuranta, sekä kuntoutuksen yhdys henkilön nimeäminen potilaalle tarvittaessa. Terveydenhuoltolain 29 §:ssä säädetään kuntien vastuusta järjestää potilaidensa sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus. Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy kuntoutusneuvontaa ja -ohjausta, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointia, kuntoutustutkimusta ja terapiat, jotka tähtäävät toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen sekä muut tarvittavat toimenpiteet, jotka edistävät kuntoutusta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Fysioterapia on osa sepelvaltimotautipotilaan lääkinnällistä kuntoutusta. Suomen Fysioterapeutit

ovat laatineet näyttöön perustuvan fysioterapiasuosituksen sepelvaltimotautipotilaan liikunnallisesta kuntoutuksesta, jonka tehtävä on antaa tiedollista tukea fysioterapiaa koskevissa päätöksissä. (Suomen Fysioterapeutit 2013.)

Terveydenhuoltolain 33 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän vastuuseen kuuluu erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittaminen niin, että se vastaa väestön ja perusterveydenhuollon tarpeita. Velvollisuutena on myös perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa yhteistyössä suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon palveluja niin, että se muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden perusterveydenhuollon kanssa. Sairaanhoidopiiriin tehtäviin kuuluu vastata kunnallisen terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen ja muiden vastaavien erityispalvelujen laadun valvonnasta ja kehittämisen ohjauksesta, sekä tehtävälänsä tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kansaneläkelaitos vastaa vajaakuntoisten ammatillisesta kuntoutuksesta, joka sisältää muun muassa työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta sekä myös jatko- ja uudelleenkoulutusta. Kela vastaa myös vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. (Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 23.8.1991/1161.) Koska vaikeavammaisuuden kriteerit eivät täyty suurimmalla osalla sydänpotilaista, jäävät he Kelan järjestämän kuntoutuksen ulkopuolelle. Työeläkelaitokset hoitavat osan ammatillisesta kuntoutuksesta. (Mäkinen & Penttilä 2007, 9.)

3.2 Yhteiskunnallinen vastuu kuntoutuksesta julkisessa terveydenhuollossa

Terveys ja hyvinvointi ovat Suomessa jatkuvasti parantuneet. Kuitenkin erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet. Heikko terveys ja epäedullisesti vaikuttavat terveystottumukset ovat usein yhteydessä huono-osaisuuteen, yksinäisyyteen, työttömyyteen ja pienituloisuuteen. Elämäntavat, jotka heikentävät terveyttä ja hyvinvointia, siirtyvät usein perheissä alemmille sukupolville. Ikääntyvä väestö tuottaa haasteita vanhusten määrän kasvaessa ja pitkäaikais- sekä monisairauksien yleistyessä. (KASTE 2012, 15–16.)

Yhteiskunnan tulisi mahdollistaa tasapuolisesti kaikille terveyttä ja hyvinvointia tukevia ratkaisuja. Elinympäristön terveellisyys, turvallisuus ja esteettömyys sekä liikunta, terveellinen ravinto ja sosiaalisten suhteiden luominen tulisi mahdollistaa kaikille. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulisi järjestää tasapuolisesti, asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. Kehitettävää olisi perus- ja erityistason palvelujen välisessä yhteistyössä ja työnjaossa. Palvelujen tuottavuutta ja vaikuttavuutta tulisi parantaa, sillä sosiaali- ja terveystalouden menot kasvavat ja henkilöstötarve lisääntyy. (KASTE 2012, 15–16.)

3.3 Kuntoutuspalvelujen asiakaslähtöinen kehittäminen

Sana ”kuntoutus” voidaan määritellä monin eri tavoin. Varsin kattava määritelmä esiintyy Kuntoutusselonteossa.

”Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäkestoista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.” (Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

Demokratian ja palveluiden toimivuuden sekä inhimillisyyden kannalta on tärkeää, että ihmiset kykenevät vaikuttamaan yhteiskunnalliseen ja kunnalliseen päätöksentekoon, sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen ja lähiyhteisöjen toimintaan. Asiakkaan näkökulmasta katsoen on tärkeää, että hallintotasojen toiminnot ja palvelukokonaisuudet muodostetaan saumattomasti. Palvelumallien tulisi perustua erikoissairaanhoidon, perusterveyden- sekä sosiaalihuollon yhdessä muodostamiin selkeisiin ja ehjiin kokonaisuuksiin. (KASTE 2011, 39, 42, 45.)

Sydänkuntoutuspalveluja tulisi lisätä kehittämällä perusterveydenhuoltoon kuntoutusmuotoja, jotka ovat ammattirakenteeltaan kevyempiä. Sydänkuntoutus tulisi sisällyttää hoitoketjuihin yli organisaatorajojen, jotta perinteinen sepelvaltimopotilaiden potilasohjaus vastaisi sisällöltään ja ajoitukseltaan potilaiden tar-

peisiin. Suurten ikäluokkien sepelvaltimosairauksiin tulisi varautua esimerkiksi suunnittelemalla tietotekniikan avulla annettavaa vuorovaikutteista potilasohjausta ja itsehoitoympäristöjä. (Mäkinen & Penttilä 2007, 37–39.) Kehittämishankkeet vaativat kehittäjiä. Hankkeen kehittyminen on kiinni kehittäjien motivaatiosta. Rakennemuutokset tapahtuvat usein hitaasti, siksi ajoissa aloitettu järjestelmällinen ennaltaehkäisevä työ on ensiarvoisen tärkeää.

4 SYDÄNPOTILAAN LIKUNNALLINEN KUNTOUTUS OSANA SYDÄNKUNTOUTUSTA

4.1 Sydän kuntoutuksen tarkoitus ja tavoitteet

Sydän kuntoutuksen kokonaistavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen, sydänoireiden hallitseminen sekä niiden fysiologisten ja psykososiaalisten vaikutusten vähentäminen, jota sairaudesta voi seurata. Tavoite pitkällä aikavälillä on pyrkiä muuttamaan sairauden kulkusuuntaa ja vähentää sen aiheuttamaa kuolleisuutta. (Julkunen ym. 2007, 12.) Sydän kuntoutuksella tarkoitetaan sepelvaltimotautipotilaille, ohitus- ja läppäleikatuille, sydäninfarktin sairastaneille sekä sydämen vajaatoimintaa sairastaville tarjottavia terveydenhuollon palveluita. Palvelut toteutetaan pitkällä aikavälillä moniammatillisesti ja suunnitelmallisesti. (Julkunen ym. 2007, 12; Rantala & Virtanen 2007, 255.) Sydänpotilaan kuntoutus sisältää riskitekijöiden tehokkaan hoidon. Lisäksi siihen kuuluu psykososiaalinen ja ammatillinen ohjaus, sekä psyykkisen tilanteen arviointi ja erityisesti ahdistuksen ja masennuksen hoito. Kuntoutusohjelmassa tehdään yksilöllinen arvio potilaan fyysisestä toimintakyvystä, sekä ohjataan tämän pohjalta liikuntasuosituksia. Kuntoutuksen osana on tarpeen mukaan ravitsemusneuvontaa sekä elämäntapaohjausta. Potilaita ohjataan näiden avulla ottamaan itse vastuuta hoidostaan ja muuttamaan elämäntapojaan terveellisiksi. (Rantala & Virtanen 2007, 255.)

4.2 Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus ja sen rajoitukset

Suomen sydänliitto on laatinut suositukset, joiden mukaan sepelvaltimotautipotilaan fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida. Tämä fyysisen toimintakyvyn kartoitus selvittää, millaista fyysistä kuormitusta potilas jaksaa ja antaa tietoa turvallisen omatoimisen liikunnan toteuttamisen mahdollisuuksista. Saatuja tietoja voidaan käyttää apuna muun muassa diagnostiikassa, seurannassa, tavoitteiden saavuttamisessa ja arvioitaessa kuntoutuksen vaikuttavuutta. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 4-5.)

Sepelvaltimotautipotilaan sairaalavaihe sisältää potilasopetuksen ja kuntouttavat toimenpiteet sairaalassa akuuttihoitovaiheen aikana. Toipilasvaiheeseen kuuluu kuntoutusohjelmat ensimmäisten 2-16 viikon aikana kotiutumisesta. Kuntoutusohjelmat toipilasvaiheen jälkeen sisältyvät fyysisen kunnon ylläpitovaiheeseen. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 4.)

Liikunnallisessa kuntoutuksessa on olennaista, että liikunnan teho ja turvallisuus ovat tasapainossa. Siihen kuuluvat sekä hyöty- ja arkiliikunta lisäämään yleistä fyysistä aktiivisuutta, että viikoittainen, säännöllinen kestävyys- ja lihasvoimaharjoittelu. Sairaalavaiheessa liikunnallinen kuntoutus keskittyy potilaan liikkeelle aktivoimiseen erikoiskoulutetun henkilökunnan toimesta. He myös laativat liikunnallisen kuntoutuksen jatkosuunnitelman. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 10.)

Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallisen kuntoutuksen suositus toipilasvaiheen jälkeen:

1. Hyöty- ja arkiliikuntaa 30–60 minuuttia kerrallaan päivittäin, viikossa vähintään 3-4 kertaa.
2. Kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa (RPE 10/20–14/20) 20–60 minuuttia kerrallaan päivittäin, viikossa vähintään 3-5 kertaa.
3. Kohtuukuormitteista lihasvoimaharjoittelua (RPE 10/20–14/20) 1-3 sarjana, 8-10 suurimpia lihasryhmiä kuormittavaa liikettä viikossa 2-3 kertaa.

(Hautala 2011, 13.)

Ennen liikunnallisen kuntoutuksen aloittamista tulisi sepelvaltimotautipotilaalle suorittaa kliininen rasituskoe. Se on keskeinen tutkimus potilaan hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyvyn arvioimiseksi sopivaa ja turvallista liikuntaa määritettäessä. (Mäkinen ja Penttilä 2007, 31; THL 2012.)

Tärkeää on, että liikunta on turvallista ja siihen liittyvät riskit arvioidaan. Sepelvaltimotautipotilaat jaetaan usein kolmeen ryhmään liikunnan turvallisuuden kannalta:

A) Stabiilissa vaiheessa oleville sepelvaltimotautipotilaille ei aiheudu vaaraa kohtuukuormitteisesta liikunnasta, kun taas rasittavassa liikunnassa on lievästi suurentunut vaara.

B) Potilaille, joiden sepelvaltimotauti on A-ryhmää vaikeampi, liittyy liikuntaan kohtalainen tai suuri sydänkomplikaatioiden vaara kuormituksessa.

C) Epävakaasta kompensoitumattomasta sepelvaltimotaudista kärsiville potilaille verenkiertoelimistöä kuormittava liikunta ei ole suositeltavaa.

(Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 8.)

Sepelvaltimotautipotilaan kestävyysliikunnan ja lihasvoimaharjoittelun vasta-aiheita ovat muun muassa epästabili sepelvaltimotauti, kontrolloimattomat ryt-

mihäiriöt ja hoitamaton sydämen vajaatoiminta. Kaikki ehdottomat ja suhteelliset vasta-aiheet ovat nähtävissä taulukossa (liite 1). (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 8.)

Vastuu liikunnallisen kuntoutumisen toteutumisesta kotiutuessaan on potilaalla itsellään, ja kuntoutumisaikaan liittyvien velvollisuuksien ja riskien ymmärtäminen on tärkeää. Potilasohjauksessa tulee huomioida potilaan yksilölliset resurssit, sekä panostaa selkeään informatiiviseen ohjeistukseen. Tällä tavalla pyritään vaikuttamaan kuntoutumisen edistymiseen potilaan kotiutumisen jälkeen.

4.3 Liikunnan hyödyt ja vaikutukset sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan

Perustutkimuksen sekä kliinisen- ja liikuntafysiologisen tutkimuksen menetelmin on kertynyt runsaasti tutkimustietoa kuntoutuksen vaikutusmekanismeista. Suotuisten vaikutusten taustalla ensisijaisina vaikuttavina tekijöinä pidetään ohjatun fyysisen harjoittelun aiheuttamaa vaaratekijöiden vähentymistä. Näitä ovat ateroskleroosin regressio, tulehduksen ja endoteelitoiminnan korjaantuminen, tromboosin esto, kollateraalisuonien muodostuminen, autonomisen hermoston toiminnan korjautuminen sekä hapenottokyvyn ja sokeriaineenvaihdunnan paraneminen. (Rantala & Virtanen 2008, 255 - 256.) Säännöllisellä liikunnalla voidaan tällöin vaikuttaa muun muassa ylipainoon, kohonneeseen verenpaineeseen, veren epäedullisten rasva-arvojen kohoamiseen ja diabetekseen. Täten vaikutus kohdistuu biologisiin tekijöihin, jotka lisäävät sepelvaltimotaudin riskiä. (Mäkijärvi ym. 2008, 91.)

Sepelvaltimotautiin sairastuneiden kuntoutusta on tutkittu eniten. Potilasryhmät ovat muodostuneet vakaata sepelvaltimotautia sairastavista, sydäninfarktipotilaista sekä pallolaajennus- ja ohitusleikkaushoidetuista. Näyttöä on myös ryhmistä, joiden tutkimuspotilaina ovat olleet sydämen vajaatoimintaa sairastavia sekä läppäleikattuja ja sydämensiirtopotilaita. Kuntoutuksen hyöty on tutkimuksissa näkynyt rasituksensiedon ja hapenottokyvyn kohenemisena. (Rantala & Virtanen 2008, 257.) Laajaa näyttöä on myös siitä, että huolimatta muista sepelvaltimotaudin riskitekijöistä, hyvä fyysinen kunto vähentää kuolleisuutta. (Suomen Sydänliitto ry 2008, 8.) Säännöllisellä fyysisellä harjoittelulla pystytään

vaikuttamaan toimintakykyyn, elämänlaatuun, sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Tutkitut vaikuttavuudet on esitetty taulukossa (liite 2). (Rantala & Virtanen 2008, 257.)

Säännöllisen kestävyysliikunnan vaikutus sydämen toiminnassa ilmenee leposykkeiden pienenemisenä. Kun toimitaan alle maksimirasituksen, systolinen ja diastolinen verenpaine laskevat. Kestävyysliikunnan positiiviset vaikutukset tulevat esiin parantuneena suorituskykyinä rasiutilanteissa. (Mäkijärvi ym. 2008, 91.) Fyysisen harjoittelun ja vaaratekijöiden vähentymisen välittämät kuntoutuksen suotuisat patofysiologiset vaikutusmekanismit ja niiden myönteiset toiminnalliset ja mitattavissa olevat vaikutukset ovat nähtävissä taulukossa (liite 3) (Rantala & Virtanen 2008, 256).

4.4 Liikunnallisen sydänkuntoutuksen vaikutukset elämänlaatuun

Elämänlaatua voidaan kuvata eri käsitteillä ja sillä voidaan tarkoittaa eri asioita eri yhteyksissä, kuten muun muassa elämäntilanteet ja tyytyväisyys elämään, psyykinen hyvinvointi, yhteiskunnallinen vuorovaikutus, onnellisuus ja hyvinvointi, turvallisuus sekä tarpeiden tyydyttyneisyys. (Lukkarinen 1999, 23.; Aalto ym. 1999, 1). Yhtenä elämänlaadun osana voidaan ajatella myös terveyttä ja toimintakykyä (Aalto ym. 1999, 1). Lukkarinen siteeraa väitöskirjassaan Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmää elämänlaadusta. Tämän mukaan siihen kuuluvat fyysinen terveys, psyykinen tila, sosiaaliset suhteet, itsenäisyyden aste, henkilökohtaiset käsitykset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Elämänlaadun käsitteeseen sisältyy henkilökohtaisen terveydentilan lisäksi myös sosiaalinen hyvinvointi. (Lukkarinen 1999, 23, 31.) Ronkaisen pro gradu-työssään esittämän määritelmän mukaan sydänkuntoutujan prosessi on koko elämän mittainen (Ronkainen 2011, 8).

”Sepelvaltimotautipotilas voidaan nähdä koko elämänsä pitkäaikaissairaudesta kuntoutujana, joka tarvitsee terveydentilan seurantaa sekä tilanteenmukaista neuvontaa, jotta riski sairauden pahenemiseen tai uusintakohtaukseen pysyisi mahdollisimman pienenä.” (Ronkainen 2011, 8).

Suomen Fysioterapeuttien julkaisemassa sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus – suosituksessa puhutaan terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Terveyteen liittyvä elämänlaatu saattaa parantua kestävyysliikunnan ja lihasvoimaharjoittelun myötä niillä sepelvaltimotautipotilailla, joiden fyysinen toimintakyky on sen verran heikko, että se vaarantaa heidän päivittäisen toimintakykynsä. Tutkittua on, että lihasvoiman ja -kestävyyden heikkenemistä tapahtuu jo lyhyessä ajassa vuodelevossa, mikä puolestaan vaikuttaa heikentävästi itsenäiseen selviytymiseen, fyysiseen toimintakykyyn ja elämälaatuun. Lihasvoimaharjoittelun merkitys sydänkuntoutuksessa lienee näin ollen tärkeä ylläpitämään hyvää toimintakykyä ja elämänlaatua. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 12.)

4.5 Sydänleikatun ja akuutin sepelvaltimotautikohtauspotilaan erikoissairaanhoidossa tapahtuvat fysioterapiaprosessit

Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin hoito- ja palveluketjuohjeistuksessa kuvataan sepelvaltimotautikohtauspotilaan alueellista hoito- ja kuntoutusketjua terveystieteiden keskuksessa, aluesairaalassa ja TYKS:ssä. Ketjun laatineeseen alueelliseen työryhmään kuuluu moniammatillinen asiantuntijaedustusjoukko, sekä alueen terveystieteiden edustajia. Hoito- ja palveluketjuohjeistuksesta löytyvät sydänleikatun ja akuutin sepelvaltimotautikohtauspotilaan erikoissairaanhoidossa tapahtuvat fysioterapiaprosessit (liitteet 4 ja 5). (VSSH 2012.)

Sydänleikatun potilaan prosessissa fysioterapian tarpeellisuus arvioidaan lääkärin toimesta. Preoperatiivinen vaihe sisältää fysioterapeuttisen tutkimisen, jossa selvitetään potilaan selviytymistä työssä ja kotona, harrastukset sekä hengityksen tehostuminen. Siihen kuuluu myös fysioterapeuttinen ja toimintakykyä edistävää ohjaus ja neuvonta, jossa potilaalle ohjataan postoperatiiviset harjoitteet ja annetaan niistä kirjalliset ohjeet. Potilasta informoidaan fysioterapian etenemisestä leikkauksen jälkeen ja motivoidaan omatoimiseen harjoitteluun. (VSSH 2012.)

Postoperatiivisen vaiheen monialaisessa yhteistyössä hoitajia ja fysioterapeuteja konsultoidaan ja he osallistuvat päivittäiselle lääkärinkierrolle. Postoperatiiv-

visen vaiheen fysioterapeuttinen tutkiminen sisältää potilaan orientaation, motivaation, hengityksen laadun ja limaisuuden selvittämisen sekä fyysisen suorituskyvyn ja kivun arvioinnin. Fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan tavoitteena on ohjeistaa potilasta liikunnan aloittamisesta ja merkityksestä ja motivoida potilasta itsehoitoon. Terapeuttiseen harjoitteluun kuuluu eri tavalla toteutetut hengitysharjoitukset, verenkiertoharjoitukset, siirtymis-, liike-, ryhti- ja kävelyharjoitukset. Potilaalle annetaan myös kirjallinen ohje harjoitteista. Mikäli jatkokuntoutusta järjestetään, ottaa fysioterapeutti tarvittaessa yhteyttä jatkohoitopaikan fysioterapeuttiin. (VSSH 2012.)

Myös akuutin sepelvaltimotautikohtauspotilaan prosessissa fysioterapian tarpeellisuus arvioidaan lääkärin toimesta. Prosessi alkaa tiedonhankinnalla, jolloin selvitetään esitiedot ja sydäntutkimusvastaukset. Fysioterapeuttinen tutkiminen sisältää muun muassa toiminta- ja työkyvyn, fyysisen suorituskyvyn, liikkumisen sekä kivun arvioinnin. Arvio apuvälinetarpeesta tehdään yhdessä potilaan kanssa. Fysioterapiasuunnitelma pitää sisällään potilaan kanssa yhdessä asetettavat tavoitteet. Terapeuttinen harjoittelu ja ohjaus sisältävät toimintakyvyn ja liikkumisen harjoittamista sekä raskuustason arvioinnin ohjausta. Lisäksi potilasta motivoidaan itsehoitoon. (VSSH 2012.)

4.6 Kuntouttava ohjaus

Potilasohjaus on potilaan kanssa yhteistyössä tapahtuvaa toimintaa ja sen tarkoituksena on parantaa potilaan kykyä hoitaa omaa terveyttään. Tämä on yksi kuntoutuksen tärkeimmistä keinoista, sillä sen päämääränä on lisätä oppimista, voimaantumista ja itseohjautuvuutta. Elementteinä ohjauksessa ovat yksilölliset taustatekijät, vuorovaikutteisuus, tavoitteellisuus, hoitoon sitoutuminen ja oikea-aikaisuus, omavoimaistuminen sekä ohjausmenetelmien valinta. Eniten käytetty ohjausmenetelmä on puhumalla toteutettu yksilöohjaus. Toiseksi eniten käytetään ryhmäohjausta. Kirjallisen ohjauksen koetaan tukevan suullista yksilö- ja ryhmäohjausta. (Ronkainen 2011, 6, 8, 18 - 19.)

Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus on osa sekä sekundaari- että tertiaaripreventiota. Sekundaaripreventio on riskitekijöiden pienentämistä tai niiden poistamista

vaikuttaen jo olemassa olevan sairauden pahenemisen etenemiseen. Tertiaari-preventioon sisältyvällä kuntouttavalla otteella on tarkoituksena estää sairauden pahenemista, liitännäissairauksia ja lisätä toimintakykyisyyttä sairastumisen jälkeen. (Ronkainen 2011, 7.)

Vuorovaikutuksellisessa ohjaustilanteessa otetaan huomioon potilaan tarpeet, sekä autetaan potilasta asettamaan oman terveytensä edistämisen tavoitteet. Potilasta tuetaan myös vastuun ottamisessa omasta elämästään. Rutiinomainen ohjaus ei yleisellä tasolla tue potilaan pärjäämistään sairautensa kanssa. Ohjauksessa on tärkeää tunnistaa potilaan tiedon tarve, odotukset ohjaukselta ja oppimistyyli. Interventioissa, joita tehtäessä on käytetty motivoivaa ohjaustapaa, on saatu hyviä tuloksia koskien elämäntapamuutoksia. (Ronkainen 2011, 9 - 10.)

Voimavaralähtöinen ohjaus keskittyy potilaan tarpeisiin, voimavaroihin, selviytymiseen sekä toimintamalleihin. Lisääntynyt tiedon määrä aktivoi potilasta hoitoon sitoutumiseen, lisää päätöksentekokykyä ja vastuunottoa sairaudestaan. Potilas on pääosassa kuntoutuksen tavoitteen asettelussa ja arvioinnissa. Omaisten ja ammattilaisten tuki lisäävät potilaan sitoutumista hoitoon. Omaisten tiedon tarve on tärkeää huomioida ohjaustilanteessa, sillä sepelvaltimotautipotilaiden toipumisen kannalta sosiaalisen verkoston tuella on todettu olevan suuri merkitys. (Ronkainen 2011, 11 - 12, 16.)

Ohjauksen ajoitus vaikuttaa tiedon omaksumiseen ja elämäntapamuutosten tekemiseen. Sairaalavaiheessa ohjauksen tulisi ensin painottua psyykkiseen tukemiseen sekä selviytymistä tukevaan tietoon, koska potilaat saattavat tuntea ahdistusta, sairauden kieltämisen tunteita, kuolemanpelkoa, surua sekä uusintasairastumisen pelkoa. (Ronkainen 2011, 17.) Potilaan rauhoittuessa tiedollinen ohjaus koskien sairautta ja siihen liittyviä huomioitavia asioita on helpompi omaksua.

Toipumisvaiheessa ohjauksen pitäisi painottua elämäntapojen muuttamisen tukemiseen, keinoina esimerkiksi potilaan ohjaaminen liikunnallisiin tai tiedollisiin kuntoutusryhmiin. Kuntoutussuunnitelma on tarpeen tehdä kotiutusvaihees-

sa, jotta se toimisi jatkohoidon siltana sairaalasta terveysasemille. Jatkohoitoon ohjaaminen on tärkeää, sillä ohjauksen ajoituksella on nähty olevan suuri merkitys kuntoutumisen onnistumiselle. Sepelvaltimotautipotilaiden sairaalahoitojakson jälkeistä ohjausta tulisi painottaa. (Ronkainen 2011, 17 - 18.)

Ryhmämuotoisen kuntoutuksen mukanaan tuoman sosiaalisen tuen tärkeydestä sairastuneen mielenterveydelle on paljon näyttöä. Tutkimusten mukaan potilaat, jotka ovat sairastuneet sydäninfarktiin, toipuvat sairaudestaan paremmin, kun heillä on toimiva tukiverkosto. Lisäksi sosiaalinen tuki suojaa potilasta kielteisissä elämäntapahtumissa ja ehkäisee psyykkisiä häiriöitä. (Lipponen ym. 2006, 86.)

Ryhmässä potilaalla on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa, tuntea tulevansa välitetyksi ja löytää neuvoja ja ratkaisuja selviämisen ongelmiin. Mahdollisuus auttaa samalla muita vahvistaa potilaan itsetuntoa ja elämän kontrollin tunne vahvistuu. Ryhmäkoko on kuitenkin syytä pitää suhteellisen pienenä, sillä sen kasvaessa liian suureksi motivaatio ja osallisuusaktiivisuus usein pienenevät, ja sekä ristiriidat että osallistujien tyytyväisyys vähenevät. Sosiaalinen tuki vaikuttaa tehokkaimmin, kun ulkopuolisten apu on tarpeen ja potilaan omat voimavarat vähissä. Olisi hyvä, jos sairastumisesta olisi jo vähän aikaa, sillä liian varhain annettu sosiaalinen tuki lisää riippuvuutta tuen antajiin ja vähentää siten omatoimisuutta. (Lipponen ym. 2006, 86 - 87.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA

TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa liikunnallisen sydänkuntoutuksen toteutumisesta Varsinais-Suomen alueella perusterveydenhuollon yksiköissä vuonna 2013.

Tarkoituksena oli, että tuloksia voitaisiin käyttää hyväksi asiantuntijaryhmissä sydänkuntoutuksen tämänhetkistä tilaa mietittäessä ja kuntoutuskäytäntöjä suunniteltaessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollon yksiköissä Varsinais-Suomen alueella vuonna 2013?
 - Onko yksiköillä olemassa sovittuja kirjallisia käytäntöjä koskien sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta?
 - Minkälaisia käytäntöjä sydänpotilaiden kuntoutusta koskien yksiköillä on?
 - Onko yksiköillä nimetty sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaava henkilö/henkilöt?
2. Miten sydänpotilaat ohjautuvat perusterveydenhuollon liikunnalliseen kuntoutukseen?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat eniten liikunnallisen sydänkuntoutuksen järjestämiseen?
 - Minkälaisia kehitystarpeita vastaajat kokevat olevan sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta koskien?

6 KARTOITUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUS- MENETELMÄT

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen työ ja näkökulma työhön yhteiskunnallisvastuullinen. Teoriapohja perustuu Suomen lainsäädäntöön ja sen ohjaamiin käytäntöihin, sekä viimeisimpiin tutkimustuloksiin koskien sydänpotilaiden kuntoutuksen tämänhetkistä tilaa ja sen toteuttajia. Lisäksi tietopohjaa sydänpotilaan liikunnallisen kuntoutuksen toteutuksesta, sisällöstä ja tarpeista on syvennetty sähköisellä ja kirjallisella materiaalilla.

6.1 Kartoituksen vaiheet

Toteutussuunnitelman työstäminen ja opinnäytetöiden vaiheiden suunnittelemisen aloitettiin lokakuussa 2012 (kuvio1). Suunnitelma sisälsi lyhyesti kuvauksen tutkimuskysymyksistä ja tavoitteista sekä toteutusaikataulun. Toteutussuunnitelma tehtiin jo heti opinnäytetyön aloitusvaiheessa. Tämän vuoksi suunnitelmassa käytetään käsitettä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuolto Varsinais-Suomen perusterveydenhuollon sijaan. Suunnitelmaa tarkennettiin tarvittavin osin jälkikäteen. Lokakuussa käytiin keskusteluja kartoitusta koskien ohjaavan opettajan, TYKS:n fysiatrian osastonhoitajan ja kahden siellä työskentelevän fysioterapeutin kanssa. Keskustelulla pyrittiin rajaamaan ja selkeyttämään kartoituksen laajuutta ja ottamaan mukaan heidän ajatuksiaan kartoituksen sisällön tarpeista.

Kysely pilotoitiin TYKS:n fysiatrian osaston sydänpotilaiden kanssa työskentelevillä fysioterapeuteilla (4 henkilöä) tammikuussa 2013. Luvan pilotointiin antoi fysiatrian osastonhoitaja. Osastonhoitaja välitti kyselylomakkeet fysiatrian osaston fysioterapeuteille. Pilotoinnin tarkoituksena oli selvittää, kokivatko vastaanottajat kysymykset ymmärrettäviksi sekä sisällön tarpeelliseksi ja riittäväksi. Pilotointiryhmä muodostui neljästä henkilöstä, joilla oli kokemusta sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksen toteuttamisesta. Tämän ryhmän palautteet vaikuttivat kyselylomakkeen sisällön lopulliseen muotoon.

Opinnäytetyön alkuperäisenä toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyösuunnitelmaa ja kyselylomaketta työstäessä kuitenkin selvisi, että sairaanhoitopiirillä ei ole valtuuksia myöntää lupaa perusterveydenhuoltoon koskeviin kyselyihin, vaan vastuu on kunnilla. Tämän vuoksi toimeksiantaja vaihtui Turun Ammattikorkeakoulun MOVE-projektiin helmikuussa 2013. Alustava toimeksianto tehtiin suullisesti helmikuussa 2013. Tämän jälkeen kyselylomake sähköistettiin Webropol-pohjaiseksi (liite 6).

Kartoitusluvan myöntäjien yhteystietojen haku tapahtui joko kuntien kotisivujen kautta, tai ottamalla yhteyttä puhelimitse terveystieteiden keskuksiin tai hallintovirastoihin. Luvan myöntämisoikeuden omaavien henkilöiden ammattinimikkeet vaihtelivat kunnittain. Toteutuslupapyynnöt lähetettiin sähköisesti helmi-maaliskuussa 2013 sitä mukaa, kun oikea vastaanottaja saatiin selville. Lupapyyntö sisälsi lyhyesti tietoa kartoituksen sisällöstä ja laajuudesta (liite 7). Kartoituksen perusteet esitettiin sähköpostin liitteenä olevassa toteutussuunnitelmassa. Lisäksi liitteinä oli kartoituksen tekoon käytettävä kyselylomake sekä saatekirje (liite 8) kyselyyn vastaajille. Aikaa ottaa kantaa asiaan oli keskimäärin yksi viikko. Jos mitään yhteydenottoa ei tullut määräaikaan mennessä, lähetettiin lupapyyntö uudelleen. Vastaamismuistutuksia jouduttiin lähettämään joissakin tapauksissa useampia.

Kun lupa kunnasta kartoituksen tekemiseen oli myönnetty, selvitettiin tarvittaessa kyselyyn vastaajat sekä kuntien kotisivuja käyttäen, että ottamalla yhteyttä puhelimitse terveystieteiden keskuksiin. Ensisijaisesti haettiin fysioterapeuttien yhteystietoja, sillä ajatuksena oli, että he pystyvät parhaiten vastaamaan kyselyyn. Osa vastaanottajatiedoista saatiin luvan myöntämisen yhteydessä luvan myöntäjältä. Kyselyyn vastaajien yhteystietoja ei kuitenkaan lupahakemuksessa pyydetty.

Kyselyt vastaanottajille lähetettiin huhti- toukokuussa sitä mukaa, kun sopiva vastaanottaja oli selvinnyt. Viesti sisälsi saatekirjeen ja toiminnallisen lisäohjeen (liite 9). Saatekirje sisälsi tiedon kartoituksen tarpeellisuudesta, taustoista ja tehtävästä sekä toimeksiantajasta. Tiedon toivottiin lisäävän vastaamismotivaatiota ja - määrää. Vastaamisaikaa annettiin kaksi viikkoa, jonka jälkeen kysely lähetettiin toukokuussa uudelleen vastaamatta jättäneille. Tällöin vastaamisai-

kaa annettiin yksi viikko. Tapauskohtaisesti kysely lähetettiin useamman kerran. Vastaamatta jättäneisiin oltiin syyskuussa yhteydessä myös puhelimitse, jos lähetyskerroista huolimatta sähköposti ei ollut tavoittanut vastaanottajaa. Puhe-
luiden tarkoituksena oli myös motivoida ja korostaa vastaamisen tärkeyttä. Lopulliseksi vastaamispäivämääräksi päätettiin 12.9.2013. Tämän jälkeen uusintapyyntöjä ei enää lähetetty.



Kuvio 1. Opinnäytetyön vaiheet.

Toimeksiantosopimus vahvistettiin allekirjoituksin syyskuussa 2013. Tällöin myös vastaukset analysoitiin ja tulokset raportoitiin kirjallisesti. Opinnäytetyö luovutettiin kirjallisena toimeksiantajalle marraskuussa 2013. Kaarinan kaupungin perusturvalautakunnalle lähetettiin tiivistelmä kartoituksesta heidän pyynnöstään. Tulokset esitettiin TYKS:n Sydänkeskuksen henkilökunnalle marraskuussa 2013.

6.2 Aineistonkeruu- ja analysointimenetelmät

Tutkimuksessa mittarina toimi kyselylomake. Tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Näitä lähestymistapoja on käytännössä vaikea tarkasti erottaa toisistaan ja siksi niitä käytetään rinnakkain toisiaan täydentävinä (Hirsjärvi ym. 2007, 132–133). Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on muun muassa kartoittaa ja kuvata ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia (Vilkka 2007, 19). Tässä työssä määrällisellä lähestymistavalla pyrittiin kartoittamaan toiminnan ja toteuttajien määriä.

Kvalitatiivisella eli laadullisella lähestymistavalla on tarkoitus saada aineistoa, joka tuottaa tutkittavasta asiasta uutta tietoa (Eskola & Suoranta 1999, 138). Pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä todentaa jo olemassa olevaa (Hirsjärvi ym. 2007, 157). Tässä työssä laadullisella lähestymistavalla pyrittiin saamaan vastaajien näkemyksiä, mielipiteitä ja selvennyksiä vastauksiin.

Kartoituksen toteutusmenetelmäksi valittiin Webropol- sovelluksen sähköinen kysely. Kysely sisälsi 22 kysymystä ja rakentui sekä avoimista kysymyksistä että monivalintakysymyksistä (suljetut kysymykset). Sähköinen kysely valittiin haastattelun sijaan tutkimusjoukon laajan maantieteellisen sijoittumisen vuoksi. Webropol- sovellus mahdollisti valmiiksi tiivistetyn aineiston käytön raportoinnin tueksi. Yleisenä kyselyn käytön etuna on analysoitavan aineiston vaivaton saanti, pienet kustannukset ja ajan säästäminen (Hirsjärvi ym. 2007, 190). Sähköisen kyselyn etuna on kustannustehokkuus. Kyselystä ei aiheudu kuluja ja analysoinnissa vastausten syöttäminen sovellukseen voidaan automatisoida. (Vanhala 2005, 31.) Pyrkimyksenä oli tavoittaa vastaanottaja nopeasti kunta-kohtaisen toteuttamisluvan myöntämisen jälkeen. Linkki kyselylomakkeeseen sekä saatekirje pyrittiin ohjaamaan sähköpostitse yksikön liikunnallisesta sydänkuntoutuksesta eniten tiedäville henkilöille. Vastaanottajaa pyydettiin ohjaamaan kysely tarvittaessa eteenpäin kaikille liikunnallista kuntoutusta toteuttaville yksiköille (terveysasemat).

Hirsjärven ym. mukaan monivalintakysymykset auttavat vastaajaa tunnistamaan kysyttävän asian sekä helpottavat vastaamista. Niistä saatavat vastaukset ovat

selkeämpiä ja niitä on helpompi analysoida ja vertailla. Avoimet kysymykset ovat apuna monivalintakysymysten poikkeavien vastausten tulkinnessa. Ne myös antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista ajatuksensa vapaammin kysymystä koskien. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)Tämän työn kyselyn kysymykset pohjautuivat teoreettiseen viitekehykseen. Kysymyksillä kerättiin tietoa liikunnallisen sydänkuntoutuksen toteutuvuudesta, sen toteuttajista ja järjestäjistä. Lisäksi haluttiin tietoa kuntoutuksen sisällöstä ja ohjauksesta, kuntoutukseen ohjautuvuudesta ja kuntoutusyhteistyöstä. Tietoa kerättiin myös vastaajien koulutuksesta liikunnalliseen sydänkuntoutukseen liittyen sekä kuntoutuksen kehitysajatuksista.

Tässä tutkimuksessa analyysiin otettiin mukaan kaikki saadut vastaukset. Avoimista kysymyksistä saatu tieto kategorisoitiin tutkimuskysymysten mukaan (ks. tutkimuskysymykset s.23). Avointen kysymysten vastauksissa esiintyvät asiat kirjattiin ja vastaukset yhdisteltiin synonyymisanastoja hyödyntäen. Tulokset esitettiin erilaisina graafisina kuviona. Lisäksi kuvioon 7 on esitetty vastaajien omia ajatuksia sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kehittämiseksi. Myös monivalintakysymysten tulokset esitettiin tässä tutkimuksessa graafisina kuvioina. Aaltolan ym. (2007) mukaan aineistoa tiivistetään yhdistämällä luokkia tiivistämättä liikaa, ettei tarpeellista tietoa katoa. Aineistolähtöisessä lähestymistavassa ongelmanasettelu määrittää, lähestytäänkö tekstiä kokonaisuutena vai haetaanko sieltä johonkin tiettyyn asiaan liittyviä merkityksiä. Aineistosta etsitään teemoja, joista tutkittava puhuvat. (Aaltola ym. 2007, 55, 210).

Kun mittari mittaa, juuri sitä mitä sen on tarkoitus mitata, sanotaan sen olevan validi (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Mittarina toiminut kyselylomake toimi niin kuin sen oli tarkoituskin toimia, eli mittarin kysymykset mittasivat sitä asiaa jota haluttiin tutkia. Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimukselle asetetut kysymykset koettiin oikeiksi.

Tämän tutkimuksen kartoitus voidaan toteuttaa uudelleen kenen tahansa toimesta käyttäen kyselylomaketta, saatekirjettä ja muita kartoituksen tueksi laadittuja dokumentteja. Vilkan (2007, 177) mukaan tutkimuksen reliabelius kuvaa

sen luotettavuutta. Luotettavuus määritellään tulosten pysyvyytenä ja tutkimusmittausten hyvänä toistettavuutena. Kun tutkijasta riippumatta saadaan täsmälleen sama tulos, puhutaan hyvästä reliabiliudesta.

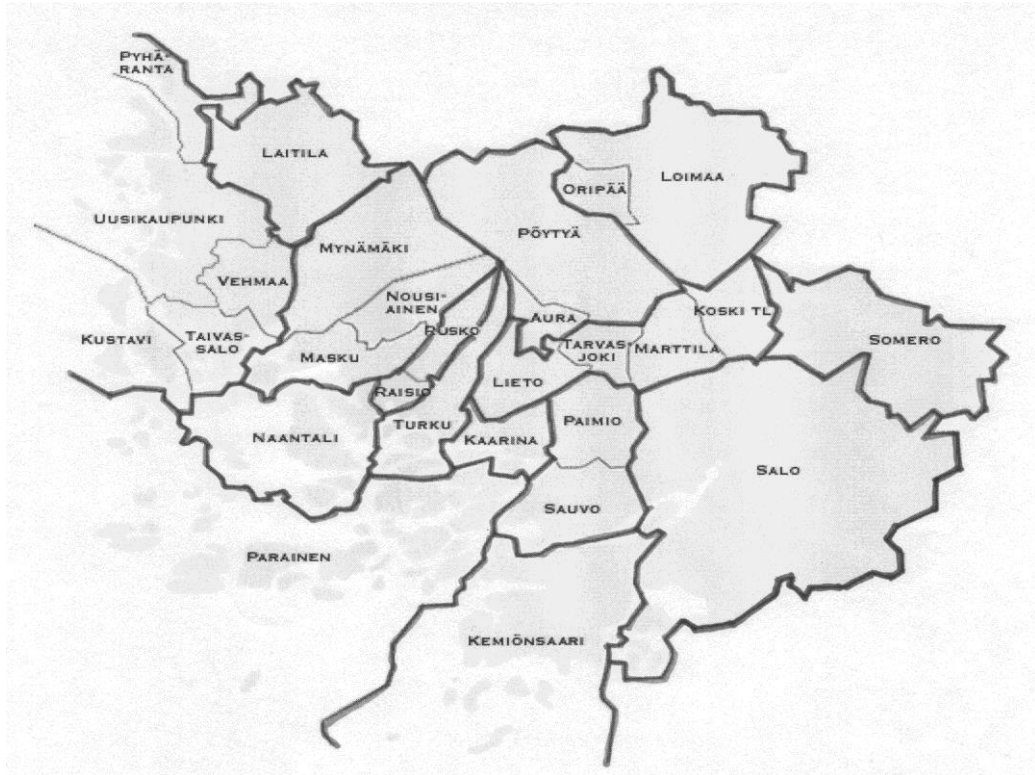
Kun uudet vastaukset eivät enää tuota mitään uutta tietoa tutkimuskysymysten kannalta, voidaan ajatella, että aineistoa on riittävästi. Silloin voidaan puhua aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta. (Eskola & Suoranta 1999, 62.) Tämän tutkimuksen tutkimusjoukko oli riittävän suuri. Tuloksista pystyttiin saamaan yleistettävä kuva sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteutumisesta Varsinais-Suomen perusterveydenhuollossa.

7 TULOKSET

7.1 Kohderyhmän kuvaus

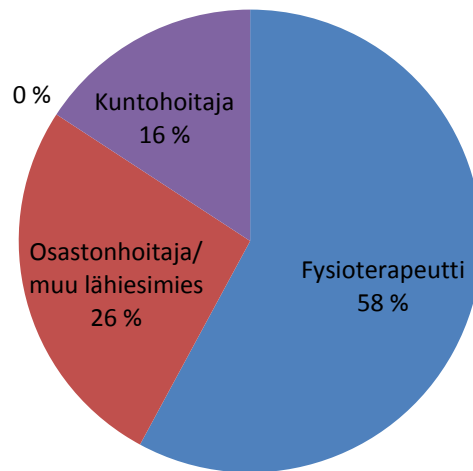
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) käsittää 28 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopiston. Tämän kuntayhtymän alueella toimivia terveysasemia hallinnoi 15 terveyskeskusta. Lisäksi sairaanhoitopiirin alueella toimii neljä alue-sairaalaa (TYKS Vakka-Suomen sairaala, Loimaan aluesairaala, Salon aluesairaala ja Turunmaan sairaala), Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS) sekä kaksi psykiatrista sairaalaa. (Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri 2013.)

Kartoituksen kohderyhmä koostui Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksista (15 kpl) ja niiden alla toimivista terveysasemista.



Kuva 1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveystakeskukset (VSSHP 2013).

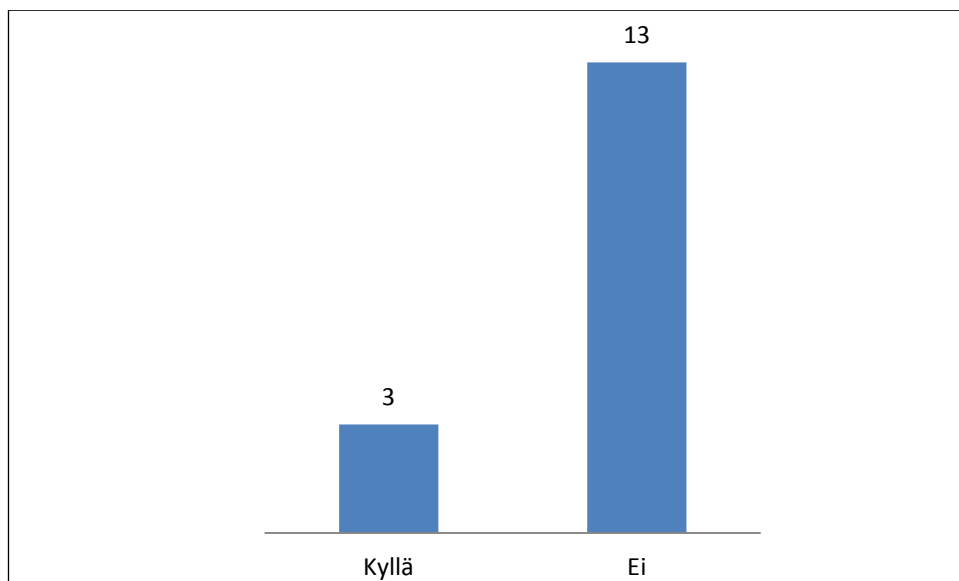
Kyselyyn saatiin 16 vastausta (n=16). Ainoastaan yhden luvan myöntäneen yhteistoiminta-alueen osalta emme saaneet vastausta kyselyyn. Vastauksia ei saatu kaikilta yksittäisiltä terveystakesemilta, sillä Salon, Loimaan ja Perusturva-kuntayhtymä Akselin vastaajat kertoivat vastaavansa koko terveystakeskusten toiminta-alueen puolesta, eivätkä katsoneet tarpeelliseksi välittää kyselyä eteenpäin terveystakesemille. Kartoitusta varten tehty kysely pyrittiin ohjaamaan yksiköiden sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta eniten tietäville. Suurimman vastaajaryhmän muodostivat fysioterapeutit (kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien ammatti- ja tehtävänimikkeet.

7.2 Sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteutuminen

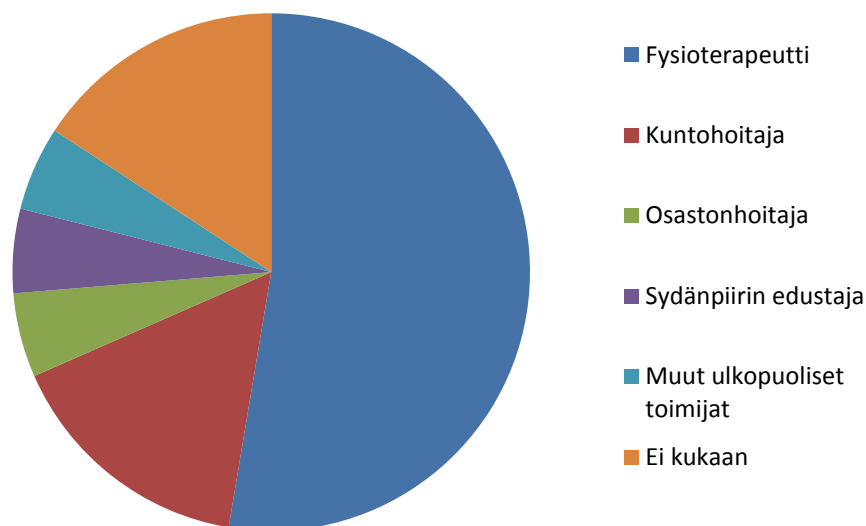
Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, miten sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollon yksiköissä Varsinais-Suomen alueella vuonna 2013. Vastauksista ilmeni, että vain kolmessa yksikössä toteutetaan sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta (kuvio 3).



Kuvio 3. Sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta toteuttavien yksiköiden ja kautuma Varsinais-Suomen perusterveydenhuollossa (n=16).

7.3 Sydänpotilaan liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaavat toimijat

Sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta yleisesti vastaava henkilö oli nimetty kahdessa 16 yksiköstä. Vaikka yksiköissä ei ollut nimettyjä sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaavia henkilöitä, sen järjestämisestä vastaavia henkilöitä toimipisteissä oli ilmoitettu. Näistä 10 oli ammattinimikkeeltään fysioterapeutteja, jotka muodostivat suurimman ryhmän. Muiksi vastaaviksi oli nimetty kuntohoitaja, osastonhoitaja, sydänpiirin edustaja tai muu ulkopuolinen toimija. Sydänhoitaja ei yhdessäkään yksikössä toiminut vastaavana. Osassa kukaan ei vastannut sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisestä (kuvio 4).

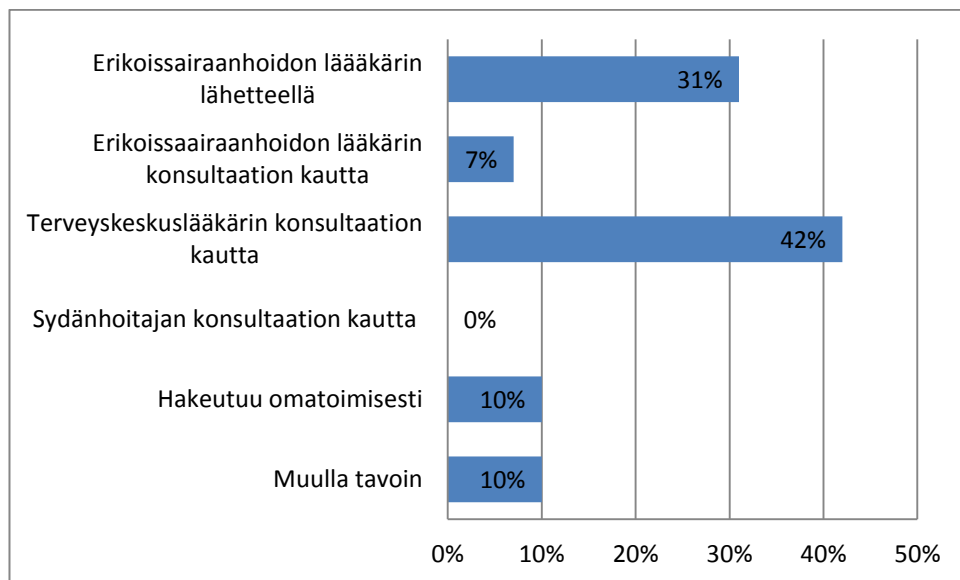


Kuvio 4. Sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaavat toimijat.

Yksikään yksiköistä ei kysyttäessä ilmoittanut tekevänsä yhteistyötä liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisessä ulkopuolisten järjestöjen tai toimijoiden kanssa. Siitä huolimatta kaksi vastanneista kertoi, että heidän yksikössään sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaavat muut ulkopuoliset toimijat.

7.4 Sydänpotilaiden ohjautuvuus liikunnalliseen kuntoutukseen

Kyselyllä kartoitettiin tapoja, joilla sydänpotilaat ohjautuivat perusterveydenhuollon fysioterapeuteille. Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi annetuista vaihtoehdoista ja lisäksi vastata avoimesti. Yleisimmät tavat olivat terveyskeskuslääkärin konsultaation kautta (42 %) ja erikoissairaanhoidon lääkärin läheteellä (31 %). Ohjautuminen muulla tavoin piti sisällään potilaan saapumisen fysioterapiaan muiden vaivojen vuoksi, sekä ohjautumisen aluesairaalan fysioterapeuttien kautta. Kolme vastaajaa 16:sta ilmoitti, ettei sydänpotilaita ohjaudu millään tavoin (kuvio 5).



Kuvio 5. Sydänpotilaiden ohjautumistavat liikunnalliseen kuntoutukseen perusterveydenhuollossa.

Sydänpotilaiden ohjautuvuuden rinnalle selvitettiin vastaajien arvioita yksiköidensä vuotuisista sydänpotilaiden määristä. Kuusi vastanneista (n=16) arvioi sydänpotilaiden vuosittaisen määrän olevan 1-4 henkilöä. Kuusi ei osannut arvioida määrää ja neljä ilmoitti, ettei heille tule ollenkaan sydänpotilaita.

7.5 Yksiköiden järjestämän sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen sisältö ja käytännöt

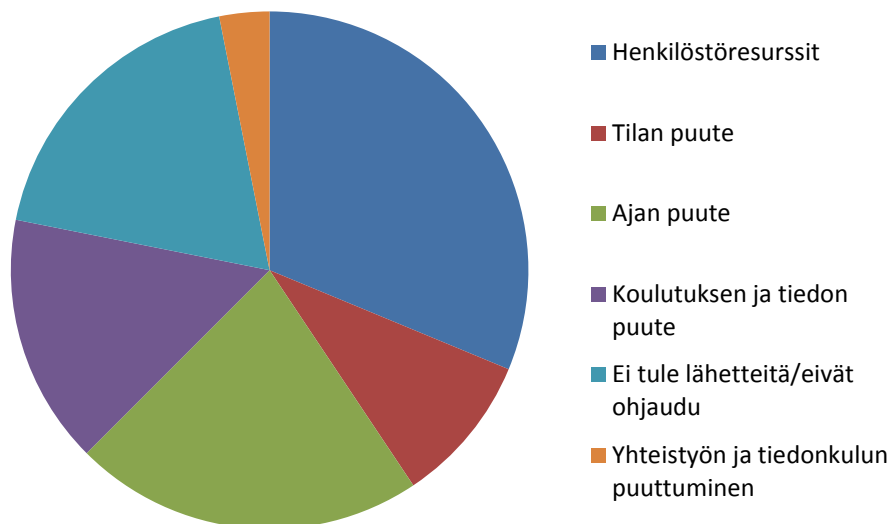
Sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta koskevia sovittuja kirjallisia käytäntöjä ei ollut käytössä yhdessäkään yksikössä. Yleisimmin käytössä oli yksilöllisen suunnitelman teko lähetteen perusteella sekä yksilöohjaus. Kolmessa yksikössä nimettiin käytännöksi ryhmäohjaus ja kolmessa potilas ohjattiin erityisliikunnan tai kolmannen sektorin liikuntapalveluiden piiriin tarpeen mukaan.

Huolimatta siitä, että vain kolme yksikköä kertoi toteuttavansa sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta, olivat kaikki 16 ottaneet kantaa kysyttäessä järjestämänsä liikunnallisen kuntoutuksen sisältöä. Yksiköt vastasivat toteuttavansa sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta ensisijaisesti yksilöohjauksena. Yksilöohjauksen osalta 69 %:lla yksiköistä oli nimetty liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaava henkilö. Toiseksi eniten kuntoutus toteutui ryhmäohjauksena. Tämän osalta puolessa yksiköistä oli nimetty siitä vastaava henkilö. Sekä yksilö- että ryhmäohjauksesta vastasivat yleisimmin fysioterapeutit ja kuntohoitajat. Yksiköt, joilla sydänpotilaita oli ollut, kuvailivat yksilöohjauksen sisällön muotoutuvan ensisijaisesti potilaan tarpeen mukaan yksilöllisesti. Ohjauksen sisällöksi mainittiin liikunnan ohjaus Suomen Sydänliiton suositusten mukaan tai heidän oppaitaan hyödyntäen. Lisäksi kuntoutujille laadittiin kotiharjoitusohjelmia ja ohjattiin ravitsemukseen liittyviä asioita. Omatoimisuuteen kannustettiin, ja tarpeen mukaan potilaalle etsittiin paikallisten järjestöjen liikuntamahdollisuuksia sekä käytettiin LIIKKU - lähetettä liikuntatoimen palveluihin. Yhdelläkään yksiköistä ei ollut käytössä omaa kirjallista materiaalia.

Ryhmien ohjauksen osalta 14 vastaajaa 16:sta ei kyennyt kuvailemaan ohjausta ja sen sisältöä, sillä heillä ei ollut sydänpotilaille omia liikuntaryhmiä. Kyllä - vastanneista ensimmäinen kuvaili, että ohjaaja päivittää tietonsa koulutuksen suhteen oppaiden ja Terveysportin kautta. Sen lisäksi hän tutustuu osallistujien terveystietoon ja huolehtii ensiapuvalmiudesta ryhmän aikana. Toinen vastaajista kuvaili, että sydänpotilaan rasiustasoa tarkkaillaan ohjauksen aikana.

7.6 Vastaajien kokemat puutteet koskien sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämistä

Vastaajien mukaan sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämiseen vaikutti eniten henkilöstöressurssien vähäisyys. Myös ajan sekä koulutuksen ja tiedon puute koettiin merkittäviksi. Tärkeä tekijä kuitenkin oli, että sydänpotilaita ei ohjaudu kuntoutukseen, sillä lähetteitä ei tule. Tilan puute koettiin vähemmän tärkeänä, samoin yhteistyön ja tiedonkulun puuttuminen. Vastaajat valitsivat valmiista vaihtoehdoista sekä tarvittaessa vastasivat omin sanoin (kuvio 6).



Kuvio 6. Vastaajien kokemat puutteet yksikössään koskien sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämistä.

Kyselyyn vastanneista 82 % koki koulutuksensa sydänpotilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen liittyen riittämättömäksi. Lisäkoulutusta tarvittiin etenkin terapian sisältöön liittyvissä asioissa, esimerkiksi sydänleikkausten jälkeisten rasitus-
tasojen määrittämisessä. Myös tämänhetkiset tiedot sydänsairauksiin liittyvistä asioista koettiin puutteellisiksi ja päivitystä tietoihin kaivattiin. Vastanneista yli puolet oli hankkinut jonkinlaista lisäkoulutusta peruskoulutuksen jälkeen sydänpo-

tilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen liittyen. Lopuilla peruskoulutuksen jälkeistä koulutusta ei ollut. Tähänastisen koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta olivat suurimmaksi osaksi vastanneet Suomen Sydänliitto ry sekä TYKS/sairaanhoitopiiri. Osalla vastanneista ei ollut tietoa toteutuksen järjestäjistä.

Vastaajilta kysyttiin, pystyykö heidän yksikkönsä tarjoamaan liikunnallista sydänkuntoutusta kaikille sitä tarvitseville. 81 % vastaajista oli sitä mieltä, että he eivät pysty tuottamaan tarvittavaa määrää. Vastanneista yksiköistä 19 % kertoi pystyvänsä tuottamaan tarvittavat kuntoutuspalvelut. Kielteisesti vastanneet perustelivat asiaa ohjautuvuuden ja lähetteiden sekä resurssien puutteella. Lisäksi he kokivat, että heillä ei ollut tietoa kuntoutusta tarvitsevien määrästä tai tarvetta kuntoutuksen toteutukselle. Yksi vastaajista ilmoitti, että he pystyvät tarjoamaan kuntoutusta ainoastaan akuuttipotilaille.

7.7 Vastaajien kokemat sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kehitystarpeet

Kyselyllä pyrittiin keräämään vastaajien ajatuksia siitä, millä tavoin sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen palveluita tulisi heidän mielestään kehittää. Suurin osa vastaajista koki tarpeelliseksi hoitopolkujen ja lähetekäytäntöjen selkeyttämisen ja yhteistyön lisäämisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi osa mainitsi tarpeen resurssien lisäämisestä ja ryhmämuotoisen kuntoutuksen kehittämisestä (kuvio 7).



Kuvio 7. Vastaajien ajatuksia sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kehittämiseksi.

Tällä hetkellä yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa toteutuu puutteellisesti. Enemmistö vastaajista kertoi, että he eivät tee yhteistyötä erikoissairaanhoidon fysioterapeuttien kanssa. Vähäiset kontaktit tapahtuivat lähinnä jatkohoitoon liittyvien läheteiden kautta. Syyksi yhteistyön toteutumattomuudelle mainittiin erikoissairaanhoidosta tulevien läheteiden puuttuminen. Muutamissa yksiköissä yhteistyötä oltiin parhaillaan kehittämässä.

8 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta toteutettiin harvoissa perusterveydenhuollon yksiköissä Varsinais-Suomessa ja sinne ohjautuvien sydänpotilaiden määrä oli erittäin vähäinen. Tulos kulkee samassa linjassa Mäkisen ja Penttilän vuonna 2007 julkaistun koko maata koskevan selvityksen kanssa koskien seipelvaltimotautipotilaiden kuntoutusta julkisessa terveydenhuollossa.

Mäkisen ja Penttilän mukaan vuosittain sairaaloista kotiutuneiden sepelvaltimotautipotilaiden sydänkuntoutuksen piiriin päässeiden määrä on Euroopan pienimpiä. Arvion mukaan vain 7-8 % ohjautuu julkiseen terveydenhuoltoon. (Mäkinen ja Penttilä 2007, 39.) Systemaattiseen sydänkuntoutukseen osallistutaan parhaiten Keski-Euroopan maissa, Englannissa ja Ruotsissa. Kuntoutukseen osallistuu jopa 70 % sydänpotilaista useissa Euroopan maissa. (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 3.) Näihin tietoihin verrattuna sydänpotilaiden kuntoutus Suomessa on erittäin vähäistä, eikä kuntoutusta toteuteta systemaattisesti. Sydänpotilaiden ohjautuvuus kuntoutukseen Varsinais-Suomessa on hyvin vähäistä, enimmillään 4 henkilöä vuodessa muutamassa yksikössä. Sydänpotilaat ovat merkittävä potilasryhmä ja heillä olisi suuri tarve kuntoutukselle toimintakykynsä kannalta. Monet yksiköt ilmoittivat, että lähetteitä ei tule ja sen takia kuntoutusta ei järjestetä. Lähetekäytännöissä on siis puutteita. Mikäli sydänpotilaita ohjautuisi enemmän perusterveydenhuollon kuntoutuksen piiriin, olisi kuntoutuksen sisältöä ja toteutusta pakkokin kehittää. Perusterveydenhuollon toimijoiden tulisi luoda kaikkien yksiköiden yhteiset pelisäännöt ja kuntoutuksen sisällön perusrakenteet.

Varsinais-Suomen yksiköissä sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutui yleisimmin lähetteen perusteella yksilöohjauksena ja yksilöllisesti tehtävänä kuntoutussuunnitelmana. Ryhmiä ohjattiin vähän ja potilaita ohjattiin harvoin erityisliikunnan tai kolmannen sektorin liikuntapalveluiden piiriin. Yhdelläkään kyselyyn vastanneista perusterveydenhuollon yksiköistä ei ollut käytössä sovitut kirjallisia käytäntöjä sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta koskien.

Samana tuloksen saivat myös Mäkinen ja Penttilä, joiden selvityksen mukaan terveyskeskuksissa toteutettiin sepelvaltimotautipotilaiden liikunnallista kuntoutusta yksilöohjauksena tai ryhmissä. Sepelvaltimotautipotilaista liikunnallista kuntoutusta sai vain neljännes, jos ylipäättään sellaista oli järjestetty. Myös ohjaus ja neuvonta laskettiin liikunnalliseksi kuntoutukseksi. Mäkisen ja Penttilän selvityksessä todettiin myös, että terveyskeskuksissa ei ollut käytössä kirjallisia suuntaviivoja sydänpotilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen liittyen. (Mäkinen & Penttilä 2007, 31). Ruotsissa on standardoitu käytäntö koskien sydänpotilaiden

liikunnallista kuntoutusta. Operaation tai leikkauksen jälkeen potilas ohjautuu monialaisesti toteutettavaan sydänkuntoutukseen. Kuntoutukseen kuuluu ohjattua fyysistä harjoittelua 60 minuuttia kerralla kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan. Lisäksi potilas saa moniammatillista tietoa sydänterveyteen liittyen ja ohjausta toimeentuloon ja sosiaalisia oikeuksiaan koskien. (Plüss ym.2010, 82.) Ruotsin mallin mukaan järjestetty liikunnallinen kuntoutus voisi toimia hyvänä esimerkkinä myös Suomessa, sillä sen näkökulma on moniammatillinen ja asiakaslähtöinen. Toimintatavat voisivat toimia esimerkkeinä kehitettäessä Suomen terveydenhuoltokäytäntöjä.

Mäkisen ja Penttilän selvityksen mukaan vuonna 2006 Suomen terveystieteiden sydänkuntoutuskursseista 75 % oli itse järjestettyjä ja 25 % toteutui ostopalveluna sydänpiirin tai sydänyhdistyksen järjestäminä. Kuntoutumis- ja sopeutumisvalmennuskursseja järjestettiin hieman enemmän, jos sydänasioihin oli nimetty erityinen työntekijä. (Mäkinen & Penttilä 2007, 26.) Varsinais-Suomen alueella nyt saatujen tulosten mukaan vain muutamalla vastanneella yksiköllä oli sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta nimetty vastaava henkilö. Erityisesti sydänasioihin perehtyneen henkilökunnan määrän lisääminen perusterveydenhuollossa olisikin tärkeä osa sydänkuntoutuksen kehittämistä. Kyselyyn vastanneiden mukaan yhteistyötä ulkopuolisten järjestöjen kanssa sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteuttamisessa ei juuri tehty. Perusterveydenhuollon saattaisi olla hyödyllistä lisätä yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Suomen Sydänliitto tuottaa laadukasta informaatio- ja ohjausmateriaalia ja sydänpiirit toimivat aktiivisesti järjestäen tiedotus- ja kuntoutustoimintaa. Näiden toimijoiden toiminnan tavoite tukisi perusterveydenhuollon kuntoutustoimintaa. Sydänkuntoutuksen päätavoite on kuitenkin sydänpotilaiden elämänlaadun kokonaisvaltainen parantuminen, joka saavutetaan varmasti parhaiten yhteistyöllä.

Kartoituksen tulosten mukaan sydänpotilaita ei ohjaudu perusterveydenhuollon liikunnalliseen kuntoutukseen. Läheteitä tuli vähän ja läheteikäytännöissä koettiin olevan yleisesti puutteita. Yksiköissä henkilöstöresurssit koettiin usein riittämättömiksi ja koulutuksen olevan päivityksen tarpeessa. Kehittämisen kohteiksi

vastaajat ilmoittivat lähetekäytäntöjen ja hoitopolkujen selkeyttämisen ja kehittämisen sekä yhteistyön lisäämisen eri toimijoiden kesken.

Myös Mäkisen ja Penttilän selvityksestä ilmeni, että suurimpana puutteena terveyskeskuksissa koettiin se, että potilaat eivät ohjaudu kuntoutuksen piiriin. Viidennes terveyskeskuksista koki kärsivänsä resurssipulasta, eivätkä tämän takia kyenneet järjestämään fysioterapeutin ohjausta yhdellekään sepelvaltimotautipotilaalle. Terveyskeskukset kokivat tarpeita myös sydänkoulutuksen lisäämisessä ja tietojen ajantasaistamisessa. Monet terveyskeskuksista kokivat potilaiden olevan epämotivoituneita ja hakeutuvan vähäisesti ryhmiin. Valtaosa ilmoitti, että jatkohoitoon hakeutuakseen potilaan tuli varata itse lääkäriaika ja että jatkohoidosta vastasivat lääkäri ja potilas itse. Kuntoutuksen kehittämiskohteiksi terveyskeskukset nimesivät hoitoketjujen selkeyttämisen, sektoreiden välisen yhteistyön sekä jatkokuntoutuksen kehittämisen. (Mäkinen & Penttilä 2007, 22, 26, 34.) Kuntoutuksen puutteet ja kehittämistarpeet koettiin Varsinais-Suomen perusterveydenhuollossa vuonna 2013 hyvin samanlaisina, mitä ne olivat myös Mäkilän ja Penttilän maanlaajuisessa selvityksessä jo vuonna 2006. Tulokset vaikuttavat siltä, että ongelma olisi ylemmällä tasolla kuin liikunnallista kuntoutusta toteuttavassa yksikössä. Resurssipula ja ajan puute kertovat henkilökunnan vähäisestä määrästä ja kiireestä, mikä taas voi johtua kunnan taloudellisista päätöksistä, ja johon eivät esimerkiksi liikunnallisen kuntoutuksen toteuttajat itse voi vaikuttaa. Jotta kokonaisvaltaisempi sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutustoiminta voisi toteutua, saattaisi se vaatia henkilökuntaresurssien lisäystä. Lisäksi sydänpotilaiden kuntoutuksen toteutusta ja sisällönsuunnittelua tulisi priorisoida yksiköiden sisällä. Tuloksista saa sen kuvan, että ongelmien syiden koetaan olevan ylemmillä tahoilla ja vastuuta kuntoutustoiminnan kehittämisestä halutaan siirtää sinne. Kuitenkin tulisi muistaa, että hyvän ja toimivan kuntoutusmallin kehittäminen paikallistasolla saattaisi hyödyntää myös muita kuntoutuskäytäntöjä suunniteltaessa.

9 KARTOITUSPROSESSIN POHDINTA

9.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Tutkimuksen tavoitteena oli kyselyn avulla selvittää miten sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollossa Varsinais-Suomessa vuonna 2013. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, miten sydänpotilaat ohjautuvat perusterveydenhuollon liikunnalliseen sydänkuntoutukseen ja mitkä tekijät vaikuttavat eniten liikunnallisen sydänkuntoutuksen järjestämiseen ja toteutukseen. Menetelmänä kartoituksessa käytettiin sähköistä kyselylomaketta, joka ohjattiin perusterveydenhuollon yksiköiden liikunnallisesta kuntoutuksesta eniten tietävälle.

Tuloksena oli, että perusterveydenhuollon liikunnallinen sydänkuntoutus ei toteudu lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Sydänpotilaita ohjautui liikunnalliseen kuntoutukseen eniten terveyskeskuslääkärin konsultaation kautta, mutta ohjautuvuus kuntoutukseen oli erittäin vähäistä. Liikunnallisen kuntoutuksen puutteelliseen toteutumiseen vaikuttivat eniten henkilöstöressit, läheteiden vähäinen määrä, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimijoiden yhteistyön puutos sekä ajan ja koulutuksen vähäisyys.

Tutkimukselle asetetut tavoitteet saavutettiin ja tutkimuskysymyksiin vastaaminen onnistui saatujen vastausten perusteella. Vastauksia saatiin lähes koko Varsinais-Suomen alueelta yhtä yhteistoiminta-aluetta lukuun ottamatta, ja tämän takia tulokset kuvaavat varsin luotettavasti koko Varsinais-Suomen perusterveydenhuollon tilaa sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta koskien. Ajantasaisen tiedon sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen tilasta toivotaan olevan avuksi kun kuntoutuskäytäntöjä kehitetään.

9.2 Tiedonkeruumenetelmät sekä niiden valinta ja luotettavuus

Tämän kartoituksen kohderyhmä edusti suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Järjestelmän toiminta perustuu Suomen lakeihin ja asetuksiin. Vain pientä

määrää pohjoismaista tutkimusaineistoa, joilla koettiin olevan tarpeeksi yhteistä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kanssa, käytettiin vertailuissa. Muun ulkomaisen lähdemateriaalin ei koettu tuovan lisäarvoa tälle työlle. Kuitenkin on tärkeätä kehittää sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen malleja Pohjoismaisen yhteistyön kautta.

Kyselylomakkeen suunnittelussa onnistuttiin varsin tyydyttävästi. Lomakkeen rakenne oli johdonmukainen ja selkeä. Kysymysten määrä oli riittävä ja kysely sisälsi kaikki tarvittavat kysymykset tutkimuskysymyksiin vastatakseen. Kyselylomaketta tehtäessä haasteellista oli sisällön tuottaminen niin, että vastaaja ymmärtäisi kysymyksen tarkoituksen ja vastaisi juuri kysytyyn asiaan. Avoimien vastausten mahdollisuutta olisi joissakin tapauksissa voinut vähentää ja lisätä selkeämmin strukturoituja monivalintakysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä haluttiin kuitenkin saada vastaajan oma ääni kuuluviin, mikäli hänellä oli halu sitä käyttää. Sähköisen kyselyn täyttäminen pyrittiin tekemään mahdollisimman helppoksi. Mahdollisuus virheisiin kyselyn käytettävyyden osalta oli vähäinen. Jokaisen kyselyn loppuun asti vastanneen tieto rekisteröityi yhdellä napin painalluksella. Tieto siitä, että kyselyyn oli vastattu, ohjautui suoraan tekijöiden sähköpostiin.

Jotta saatiin tieto siitä kenelle kysely tulisi ohjata, piti ensin selvittää missä kunnan yksiköissä työskenteli fysioterapeutteja ja toteutettiin liikunnallista kuntoutusta. Kyselyyn vastaajien sähköpostiosoitteita ja yhteystietoja selvitettiin ensisijaisesti internetin kautta. Lisäksi tarvittaessa varmistettiin vastaanottajan oikeellisuus puhelimitse. Vastaanottajien selvittäminen oli ajallisesti vaativaa. Asian selvittäminen pelkästään puhelimitse olisi saattanut säästää sekä aikaa että vaivaa. Henkilökunnan lomien ja kesän lähestyessä koettiin tarpeelliseksi lähettää kysely löytyneelle vastaanottajalle heti. Tämän vuoksi kyselyt lähtivät selkeästi eri aikoihin, mutta vastaamisaikaa oli kaikilla yhtä paljon. Tämän ei kuitenkaan koettu vaikeuttavan vastausten keräämistä, vaan tilanne vastaajien osalta oli jatkuvasti hallinnassa. Osa kyselyistä lähetettiin terveyskeskuksen fysioterapiasta vastaavalle henkilölle. Lähetetyssä sähköpostissa pyydettiin vastaanottajaa ohjaamaan kysely eteenpäin oikeiksi katsomilleen henkilöille, mikäli hän ei

kokenut olevansa oikea henkilö vastaamaan. Muutamassa tapauksessa jäi epäselväksi, ohjautuiko kysely koskaan eteenpäin pyynnöstä huolimatta. Kaikilta, joille kysely lähetettiin, ei tullut vastausta kyselyyn. Vastaus saatiin kuitenkin yhtä lukuun ottamatta jokaisen Varsinais-Suomen kunnan tai kuntayhtymän alueella toimivasta terveyskeskuksesta.

Kyselyluvan myöntäjien ja heidän yhteystietojensa löytäminen osoittautui aikaa vieväksi ja haasteelliseksi. Ajatuksellisena lähtökohtana oli oletus, että saman ammattinimikkeen omaava henkilö olisi jokaisessa kunnassa luvan myöntäjä, mutta ammattinimikkeet vaihtelivat kunnittain. Tietoa kyselyluvan myöntäjistä ja kyselyyn vastaajista haettiin kuntien kotisivujen kautta. Kotisivujen informatiivisuus vaihteli paljon kunnasta riippuen. Oikeiden vastuuhenkilöiden löytäminen tuntui olevan haasteellista myös kunnan omille työntekijöille. Luvan myöntäjien yhteystiedot selvisivät usein vasta monen yhteydenoton jälkeen. Osasta kotisivuja fysioterapian alla toimivat henkilöt yhteystietoineen löytyivät helposti, osassa taas ei ollut ollenkaan yhteystietoja. Kotisivujen informaatioköyhyys vaikeuttaa huomattavasti palveluiden tavoitettavuutta potilaan näkökulmasta. Asiakaslähtöistä olisikin, että kuntien terveystietojen kotisivut olisivat selkeitä ja haluttu tieto helposti löydettävissä.

Kyselyyn vastaanottajille sähköisesti lähetetty saatekirje sisälsi selkeän ja ytimekkään tiedon kartoituksen tarpeesta ja tavoitteista. Tämän toivottiin lisäävän vastausmäärää ja herättävän vastaajien kiinnostusta. Saatekirjeen vaikutusta vastausmäärään ja motivaatioon on kuitenkin vaikea määrittää. Jälkikäteen ongelmaksi koettiin saatekirjeestä puuttunut ohjeistus siitä, että vastaaminen kyselyyn on tärkeää, vaikka vastaajan yksikössä ei olisikaan sydänpotilaita kuntoutujiina. Tällöin useampi terveydenhuollon yksikkö olisi saattanut vastata kyselyyn.

Alkuun ajateltiin, että kyselylomakkeen täytön lisäksi vastaajia haastateltaisiin tarkemman tiedon saamiseksi. Tästä ajatuksesta kuitenkin luovuttiin ajankäytöllisistä syistä, sillä vastausten saaminen venyi hyvin pitkälle aikavälille, eikä haastatteluja olisi ollut ajallisesti mahdollista toteuttaa. Haastattelu olisi ehkä ollut hyödyllistä niitä yksiköitä koskien, jotka vastasivat toteuttavansa sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta. Sillä olisi voitu saada tarkempaa tietoa kuntou-

tuksen sisällöstä ja järjestämisen käytännöistä. Tätä tietoa olisi mahdollisesti voitu käyttää jatkokehittämisessä niissä yksiköissä, missä sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta ei järjestetty. Koimme myös, että haastattelu olisi ehkä rajoittanut vastaajia tuomasta asioita esille niin kuin ne ovat, koska he eivät pysyisi ”nimettöminä”.

9.3 Eettisyys

Prosessissa eettisyys huomioitiin koko ajan. Luvan myöntäjiä lähestyttiin asiallisesti ja muistutusviestit kirjoitettiin ystävälliseen sävyyn. Samoin toimittiin kyselyyn vastanneiden kanssa. Henkilöt, jolle kysely lähetettiin, olivat tiedossa. Kuitenkaan ei voitu tietää, onko kyselyyn vastannut sama henkilö, jolle kysely ohjattiin. Vastaajien nimiä ei kysytty anonymiteettisuojaan takia. Vastauksia käsitellessä tiedettiin mistä yksiköstä vastaukset tulivat, mutta tulokset esitettiin anonymoineina eikä yksiköitä eritelty ja nimetty tuloksissa. Tällä varmistettiin, että vastaajat pysyvät nimettöminä eivätkä ole tunnistettavissa tuloksista. Aineistoa käsiteltiin koko ajan luottamuksellisesti, eivätkä ulkopuoliset päässeet sitä katsomaan. Raportoinnin jälkeen aineisto tuhottiin asianmukaisella tavalla.

9.4 Analysointiprosessin pohdintaa

Kaikki saadut vastaukset olivat mukana tulosten muodostamisessa. Huolimatta siitä, että kysymysten asettelua oli harkittu tarkkaan ja käytetty pilotointia vastaavalle kohderyhmälle, oli vastauksissa epäselvyyttä ja tulkinnanvaraa. Tulkinnan ongelmia tuotti se, että kysymyksiä oli saatettu ohittaa pistein, vastata kysymyksiin puutteellisesti tai ohi kysyttävän asian. Lisäksi yksiköt, jotka olivat vastanneet heti aluksi, etteivät he toteuta sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta, olivat kuitenkin vastanneet myöhempään kysymyksiin koskien muun muassa toteuttamansa kuntoutuksen sisältöä. Tämä aiheutti jossain määrin haasteita tulkintaan, mutta muutamat ohi tai väärin-vastaukset eivät vaikuttaneet ratkaisevasti kokonaiskuvaan, sillä erot pääkysymyksiin vastanneiden vastausten välillä olivat selkeät. Joissakin tapauksissa piste tai kysymysmerkki vastauksena voitiin tulkita sen mukaan, mitä vastaaja oli vastannut aiempiin kysymyksiin. Esimerkiksi, jos vastaaja oli heti alussa vastannut, että heillä ei järjestetä sy-

dänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta, oli piste tai kysymysmerkki mahdollista tulkita ei tai en tiedä - vastaukseksi. Epäselvät vastaukset käsiteltiin tapauskohtaisesti. Vastaus jätettiin pois analysoinnista, mikäli vastaaja oli vastannut täysin ohi kysyttävän asian.

9.5 Tutkimuksen tuoma hyöty fysioterapian kannalta sekä jatkotutkimusaiheita

Vaikka sydänsairauksien kuntoutuksen hyödyistä on vankkaa näyttöä, ei Suomessa näytöstä huolimatta ole järjestelmällistä sydänkuntoutusta (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 4). Varsinais-Suomen osalta perusterveydenhuollon tuottaman sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen tilanne vaikuttaa yhä samalta, kuten vuonna 2007 koko Suomen terveydenhuoltoa koskeneet julkaistut tulokset osoittivat. Vastuu jatkokuntoutuksen järjestämisestä on kunnilla. Sydänpotilaiden kuntoutuksen tueksi tulisi kehittää yhteisiä käytäntöjä sekä selkeyttää toimintoja. Kysymys on kuitenkin yhteiskunnallisesti merkittävästä sairaudesta, joka vaikuttaa voimakkaasti sairastuneiden elämäänlaatuun ja josta aiheutuu suuria hoitokustannuksia.

Tutkimuksen tulokset antoivat kuvan sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen nykyhetken tilasta Varsinais-Suomen perusterveydenhuollossa. Kartoituksen tuottamaa ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta kehitettäessä. Tuloksista ilmeni selkeästi, millä osa-alueilla koettiin olevan puutteita ja mitkä tekijät vaikuttivat kuntoutuksen järjestämiseen. Kuntoutustoimintaa kehitettäessä nämä tekijät on mahdollista ottaa huomioon ja kehittää toimintaa näistä lähtökohdista.

Sydänpotilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen liittyviä jatkotutkimusaiheita voisivat olla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sydänpotilaita koskevan yhteistyön kehittäminen, perusterveydenhuollon henkilökunnan sydänkoulutuksen kehittäminen, sydänpotilaiden ryhmäliikuntamallien sisällön tuottamisen kehittäminen ja sydänkuntoutujälhtöisten prosessien tutkiminen. Lisäksi tulevaisuuden tutkittavaa saattaisi löytyä esimerkiksi siitä, vaikuttaako potilastietojen siirtyminen terveydenhuollon yhteisen KanTa-arkiston (Kansallinen Terveysarkisto) kautta sydänpotilaiden kuntoutukseen ohjautumisen määrään.

LÄHTEET

- Aalto A-M.; Aro, A. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. TUTKIMUKSIA 101. Helsinki.
- Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 2. korjattu ja täydennetty painos. Juva: PS-kustannus.
- Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 23.8.1991/1161.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hautala, A. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. *Fysioterapia* 58 (7), 13.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Ikonen, T. 2006. Tulppa-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Pro gradu. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Julkunen, J.; Pietilä, P.; Gustavsson-Lilius, M.; Sala, R.; Sauliala, T. & Notkola, V. 2012. Yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien avokuntoutuksen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi (Sydän 60+). Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Lukkarinen H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämänkulku. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 562.
- Mäkijärvi M.; Kettunen, R.; Kivelä, A.; Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Mäkinen, A. & Penttilä, U-R. 2007. Sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa - Selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistavoista. Suomen Sydänliitto ry.
- Plüss, C.; Billing, E.; Held, C.; Henriksson, E.; Kiessling, A.; Rydell Karlsson, N. & Wallen, H. 2010. Long-term effects of an expanded cardiac rehabilitation program after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery: a five-year follow-up of randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation* 2011. Vol. 25, 79–87.
- Rantala, M. & Virtanen, V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus. *Duodecim*. Vol. 124, 254–60.
- Ronkainen, P. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän Yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja nro 6. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja nro1. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Tampere.

Suomen Fysioterapeutit 2012. Viitattu 20.11.2012 ja 17.10.2013.
www.suomenfysioterapeutit.fi > fysioterapiasuositukset > sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus

Suomen Sydänliitto ry. 2008. Sepelvaltimotauti ja liikunta. 2.painos.

Suomen Sydänliitto ry 2012. Viitattu 18.11.2012.
www.sydanliitto.fi > sydänsairaudet > sepelvaltimotauti > sepelvaltimotautikohtaus

Suomen Sydänliitto ry 2013. Viitattu 16.4.2013.
www.sydanliitto.fi >etusivu > oikopolut > tilastot ja sanasto

Suomen sydänliitto ry 2013. Viitattu 2.10.2013
www.sydanliitto.fi>etusivu > ammattilaisille >tulppa

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012. Viitattu 28.11.2012.
www.thl.fi/toimia > toimia-tietokanta > mittarit

Tilastokeskus. Viitattu 16.4.2013.
www.stat.fi > etusivu > terveys > kuolemansyyt > 2011

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. 4.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

VSSHP 2012. Hoitoreitit. Viitattu 18.11.2012.
<http://hoitoreitit.vsshp.fi> > valmiit ketjut > sepelvaltimotauti, krooninen ja sepelvaltimotautikohtaus

VSSHP 2013. Hoitoreitit. Viitattu 18.9.2013.
<http://hoitoreitit.vsshp.fi>

VSSHP 2012. Yleisesittely. Viitattu 14.11.2012.
www.vsshp.fi > sairaanhoitopiiri > yleisesittely

Vanhala, T. 2005. Kyselylomakkeet käytettävyytutkimuksessa. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1.

Sydänkuntoutuksen vaikutusmekanismit ja niiden myönteiset toiminnalliset ja mitattavissa olevat vaikutukset

Mekanismi	Vaikutukset
Ateroskleroosin regressio Suotuisat muutokset veren rasva-arvoissa verenpaineessa painossa insuliiniherkkydessä tulehdusreaktiossa	Kokonais- ja LDL- kolesterolipitoisuus pienenevät, HDL-pitoisuus kasvaa Verenpaine laskee Painoindeksi ja vyötärön ympärysmitta pienenevät Insuliiniherkkyys ja glukoositasapaino paranevat CRP ja sytokiiniipitoisuudet pienenevät Kokonais- ja sydänkuolleisuus sekä uusintasairastuvuus vähenevät
Verisuonitukosten synty vähenee Suotuisat muutokset verihiutaleiden takertuvuudessa fibrinolyysissä fibrinogeenipitoisuudessa veren viskositeetissä	Ohitusleikkauksen jälkeinen siirteiden tukkeutuminen vähenee Uusintainfarktien määrä vähenee
Sydänlihaksen vajaatoiminta ja iskemia vähenevät Suotuisat muutokset sydänlihaksen hapentarpeessa sepelvaltimovirtauksessa kollateraalisuonituksessa endoteelitoiminnassa vasodilataatiossa	Rintakipu ja hengenahdistusoireet vähenevät Rasituksenieto kasvaa Virtausreservi kasvaa Pumppaustilavuus kasvaa Fyysinen suorituskyky paranee
Rytmihäiriöiden riski pienenee Suotuisat muutokset vagaalisessa tonuksessa adrenergisessä aktiivisuudessa sykevaihtelussa	Rytmihäiriötaipumus vähenee Sydänperäinen äkkikuoleman riski pienenee
Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky kohenevat Suotuisat muutokset mielialassa sosiaalisessa tuessa hoitomyöntyvyydessä	Masennus, stressi ja ahdistuneisuus lievittyvät Elämänlaatu paranee Motivaatio elämäntapamuutoksiin ja itsehoitoon kasvaa Lääkehoito ja elämäntapamuutokset toteutuvat

(Rantala & Virtanen 2008, 256.)

Sepelvaltimotautipotilaan kestävyysliikunnan ja lihasvoimaharjoittelun ehdottomat vasta-aiheet

Ehdottomat vasta-aiheet:

- o epästabiili sepelvaltimotauti
- o hoitamaton sydämen vajaatoiminta
- o kontrolloimattomat rytmihäiriöt
- o vaikea pulmonaarihypertonia (keuhkovaltimopaine yli 55 mmHg)
- o vaikea ja oireinen aorttastenoosi, akuutti myokardiitti, endokardiitti, perikardiitti
- o hoitamaton hypertonia (> 180/110 mmHg)
- o aortan dissekaatio
- o Marfanin syndrooma (jos merkittävä aortan dilataatio)
- o potilailla, joilla aktiivinen proliferatiivinen retinopatia tai pahentunut ei-proliferatiivinen diabeettinen retinopatia (rasittava lihasvoimaharjoittelu; 80–100 % 1 RM)
- o akuutti tulehdus

Suhteelliset vasta-aiheet (lääkärin arvioitava tilanne):

- o huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes
- o hoitamaton hypertonia (> 160 / > 100 mmHg)
- o huono fyysinen suorituskyky (< 4 MET)
- o tuki- ja liikuntaelimestön rajoitteet

(Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus-suositus 2011, 8.)

Säännöllistä fyysistä harjoittelua sisältävien sydänkuntoutusohjelmien vaikuttavuus

Diagnoosi	Toimintakyky	Elämänlaatu	Sairastuvuus	Kuolleisuus
Sepelvaltimotauti, jossa potilaalla				
tuore sydäninfarkti	+++	+++	++	+++
ohitusleikkaus	+++	+++	++	++
vakaa sepelvaltimotauti	+++	+++	+	+
pallolaajennushoito	+++	++	+	?
Sydämen vajaatoiminta	+++	++	+	+
Sydämensiirto	+++	++	?	?
Läppäleikkaus	+++	++	?	?

+++ = kuntoutusohjelman vaikutus erittäin suotuisa

++ = kuntoutusohjelman vaikutus hyvin suotuisa

+ = kuntoutusohjelman vaikutus rajallinen

? = kuntoutusohjelman vaikutuksesta ei näyttöä

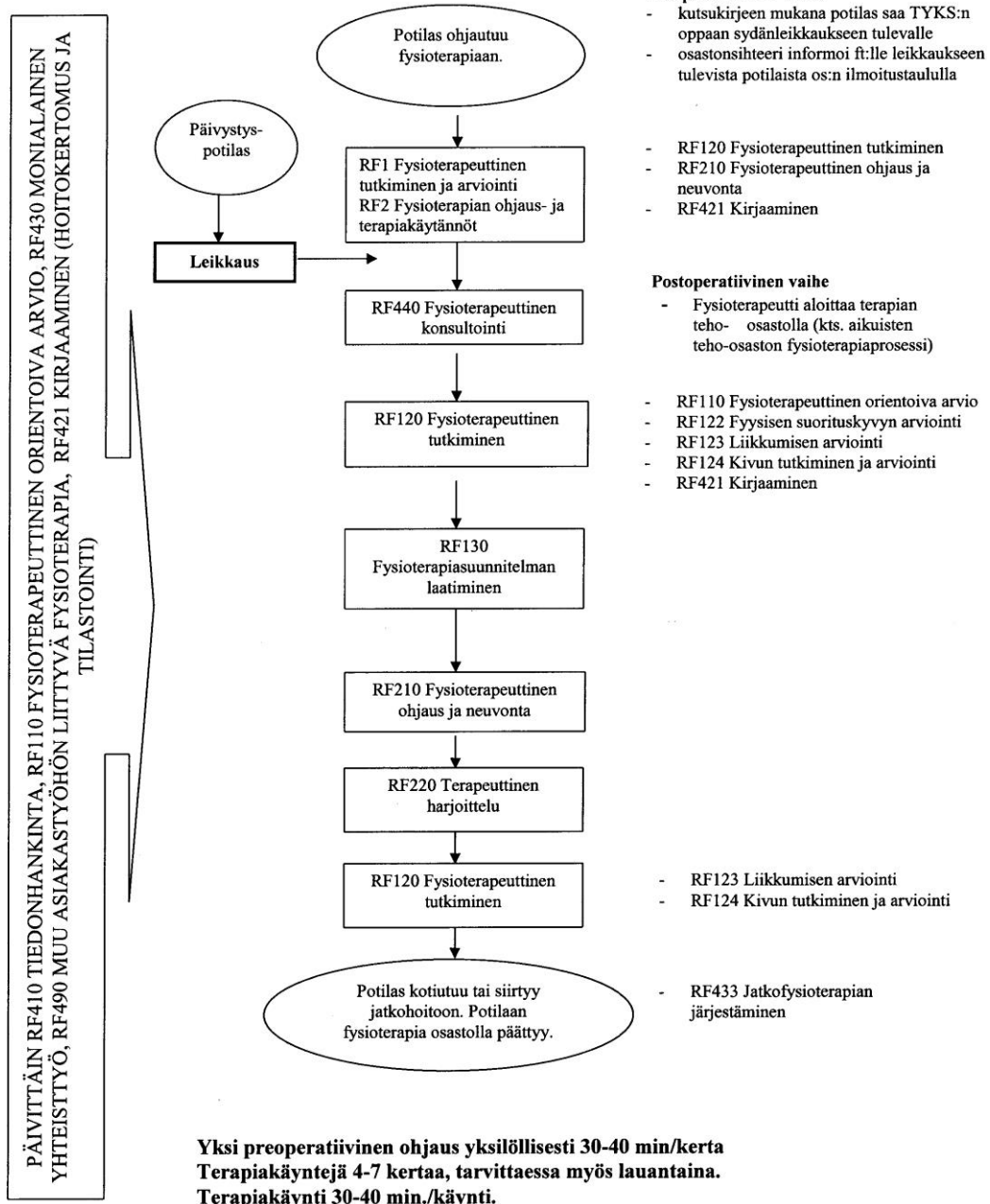
(Rantala & Virtanen 2008, 257.)

Sydänleikkauspotilaan fysioterapiaprosessi

Sivu 1/3

Fysioterapia TF1

SYDÄNLEIKKAUSPOTILAS FYSIOTERAPIAPROSESSIN KUVAUS



Preoperatiivinen vaiheRF1 Fysioterapeuttinen tutkiminen ja arviointi, RF2 Fysioterapian ohjaus- ja terapiakäytännötRF120 Fysioterapeuttinen tutkiminen

- haastattelussa arvioidaan kotona/työssä selviytymistä
- hengityksen tehostuminen
- mahdolliset liikuntaharrastukset

RF210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvontaRF212 Toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta

- potilaalle ohjataan postoperatiiviset harjoitteet, potilas saa kirjalliset ohjeet
 - o hengitys- ja yskimistekniikka, rintalastan haavan tukeminen, puhallusrenkaan käyttö
 - o verenkierto- ja hengitysharjoitukset
 - o asentohoito
 - o siirtymis- ja ylösnousutekniikka
 - o liikkeellä olon asteittainen lisääminen
 - o kerrotaan fysioterapian etenemisestä leikkauksen jälkeen
 - o motivoidaan omatoimiseen harjoitteluun ja itsehoitoon

RF421 Kirjaaminen

- kirjataan ohjaus- ja terapiakerran jälkeen sähköiseen potilaskertomukseen tutkimuksessa todetut sekä muut olennaiset tiedot ja potilaan tila
- tilastoidaan käynnit

Postoperatiivinen vaiheRF430 Monialainen yhteistyö

- hoitajien konsultointi
- osallistuminen päivittäin lääkärinkierrolle

RF440 Fysioterapeuttinen konsultointi

- teho-osaston fysioterapeutti soittaa siirtotietoja siirtymistä potilaista vuodeosaston fysioterapeutille

RF120 Fysioterapeuttinen tutkiminen

- esitiedot, keuhkokuvat, hapettuminen
- orientaatio, motivaatio
- hengityksen laatu; paikallistuminen, rytmi, tehokkuus
- limaisuus, hönkimis- ja yskimistekniikka

RF122 Fyysisen suorituskyvyn arviointi

- nivelten liikkuvuuksien ja lihasvoimien arviointi

RF123 Liikkumisen arviointi

- perusliikkuminen, ryhti, liikkumisen apuvälinearvio

RF124 Kivun tutkiminen ja arviointi

- kivun sijainti, voimakkuus (VAS-mittari)

RF210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

- yksilölliset ohjeet liikunnan aloittamisesta/jatkamisesta rajoitukset huomioiden
- liikunnan merkitys sydänpotilaalle
- motiivointi itsehoitoon

RF220 Terapeuttinen harjoittelu

- hengitysharjoitukset (puhallusrenkas, vesipep, bennet), asennon merkitys hengitysharjoituksissa
- hönkiminen, yskiminen ja haavan tukeminen
- verenkiertoharjoitukset
- siirtymis- ja liikeharjoitukset
- ryhti- ja kävelyharjoitukset
- kirjallinen ohje sydänleikkauspotilaan harjoitteista

RF433 Jatkofysioterapian järjestäminen

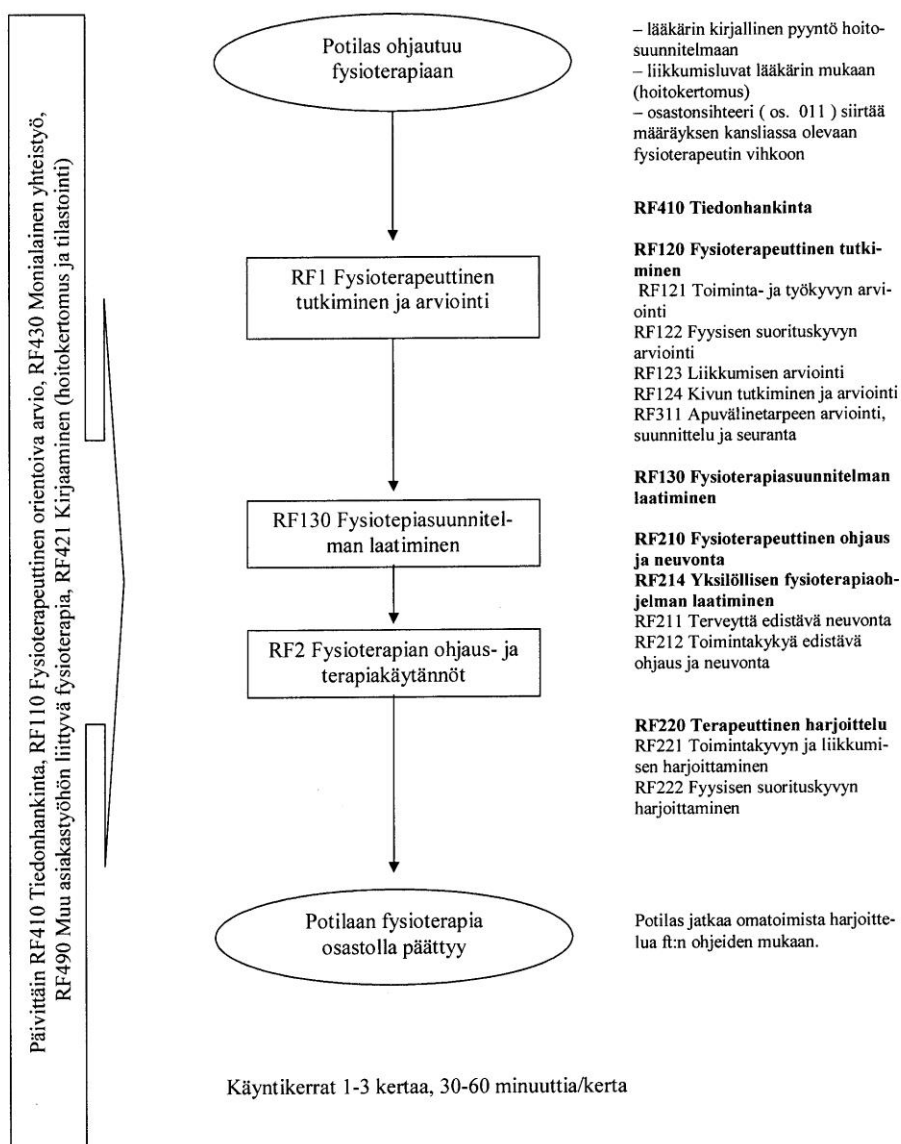
- tarvittaessa yhteydenotto jatkohoitopaikan fysioterapeuttiin

(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Akuutin sepelvaltimokohtauspotilaan fysioterapiaprosessi

Sivu 1/3

TYKS, fysiatrian osasto 963
12.6.2012
ER, SH
AKUUTTI SEPELVALTIMOKOHTAUSPOTILAS
FYSIOTERAPIAPROSESSIN KUVAUS



AKUUTTI SEPELVALTIMOKOHTAUSPOTILAS
(pieni tai suuri sydäninfarkti)
FYSIOTERAPIAPROSESSIN KUVAUS

RF410 Tiedonhankinta

- esitiedot
- sydäntutkimusvastaukset (angiografia-, UKG-tutkimusvastaukset kardiologian lehdeltä)
- liikkumisluvat

RF 120 Fysioterapeuttinen tutkiminen

- RF121 Toiminta- ja työkyvyn arviointi
- haastattelu (sosiaalisen taustan ja liikuntatottumusten kartoitus, sepelvaltimotaudin itsehoiton tietotason arviointi)
 - psyykkinen-/fyysinen jännittyneisyys
- RF122 Fyysisen suorituskyvyn arviointi
- hengitys
 - pulssi
 - turvotukset, ihon väri
- RF123 Liikkumisen arviointi
- kävely, liikkuminen
- RF124 Kivun tutkinen ja arviointi
- rintakipu (VAS)
- RF311 Apuvälinetarpeen arviointi, suunnittelu, seuranta

RF130 Fysioterapiasuunnitelman laatiminen

- Fysioterapeutti laatii tavoitteet ja suunnitelman yhdessä potilaan kanssa.
- potilas saa tiedon sepelvaltimopotilaan liikunnan periaatteista itsehoitoa ajatellen
 - potilas ymmärtää liikunnan merkityksen sydänterveyden tukemisessa
 - nousujohtaisen liikkumisen omaksuminen
 - rentoutuminen
 - itsehoitoon ohjaus ja motivointi, sydäntuntemusten tarkkailun oppiminen

RF210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

- RF214 Yksilöllisen liikuntaohjelman laatiminen
- liikuntaneuvonta yksilöllisesti
- Kirjallinen ohje Ohjepankista : Liikuntaohjeita sepelvaltimopotilaalle (pienen sydäninfarkttn sairastaneelle)
Liikuntaohjeita sydäninfarktipotilaalle (suuren sydäninfarkttn sairastaneelle)
- RF211 Terveyttä edistävä neuvonta
- RF212 Toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta
- itsehoitoon ohjaus ja motivointi
 - liikunnan säännöllisyys
 - nousujohteisuus, asteittainen rasituksen lisääminen

- liikunta- ja muut harrastukset, arkiliikunta
- ergonomia
- omien sydäntuntemusten kunnioittaminen
- informaatio Sydänpiirin toiminnasta, liikunta- ja neuvontaryhmistä sekä
- Kelan sopeutumisvalmennuskursseista

RF220 Terapeuttinen harjoittelu

RF221 Toimintakyvyn ja liikkumisen harjoittaminen

RF222 Fyysisen suorituskyvyn harjoittaminen

- sopivan rasiustason määrittäminen tasaisella / portaissa Borgin asteikon mukaan (iso infarkti)
- rentouden ohjaaminen
- sairaalavaiheen sydäntuntemusten ja sopivan rasiustason huomioin
- liikkumisen lisäämisen arviointi

RF421 Kirjaaminen

- hoitokertomus
- tilastointi

(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Kyselylomake



Sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteutumisen kysely

1. Kyselyyn vastaaja

Terveysaseman nimi

2. Mitkä ovat ammattinimikkeenne?

 Fysioterapeutti

 Kuntohoitaja

 Sydänhoitaja

 Osastonhoitaja/lähiesimies

 Muu, mikä?

3. Järjestetäänkö toimipisteessänne sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta?

 Kyllä

 Ei

4. Onko toimipisteessänne yhteisesti sovittuja kirjallisia käytäntöjä koskien sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämistä?

Kyllä. Kuvaile kirjallisen käytännön pääpiirteet.

Ei. Kuvaile, millaisia käytäntöjä teillä on käytössänne?

5. Miten sydänpotilas ohjautuu toimipisteessänne liikunnalliseen kuntoutukseen? Valitse ja numeroi tärkeysjärjestyksessä ainoastaan ne vaihtoehdot, jonka kautta potilaat ohjautuvat teille.

 Erikoissairaanhoidon lääkärin läheteellä

 Erikoissairaanhoidon lääkärin konsultaation kautta

 Terveyskeskuksen lääkärin konsultaation kautta

 Sydänhoitajan konsultaation kautta

 Potilaat hakeutuvat kuntoutukseen omatoimisesti

 Muulla tavoin, miten?

6. Onko toimipisteessänne nimetty sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaava henkilö/henkilöt? Jos on, kuinka monta? Kirjaa lukumäärä vastauksen perään.

 Kyllä

 Ei

7. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, ohjautuvatko kaikki sydänpotilaat automaattisesti sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaavalle henkilölle?

 Kyllä

 Ei. Miksi eivät?

8. Kuka toimipisteessänne vastaa sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämisestä? Voit valita useamman vaihtoehdon.

 Fysioterapeutti

 Kuntohoitaja

 Sydänhoitaja

Sydänpöytäedustaja
 Muu, kuka? _____

9. Pystyytekö tarjoamaan liikunnallista kuntoutusta toimipisteenne toimesta kaikille sitä tarvitseville sydänpotilaille?

Kyllä
 Ei. Jos ette, miksi? _____

10. Miten sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutuu toimipisteessänne? Voit valita useamman vaihtoehdon.

Yksilöohjauksena
 Ryhmäohjauksena
 Kirjallisella ohjausmateriaalilla
 Muuten, miten? _____

11. Ketkä toimipisteessänne vastaavat sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteuttamisesta? Kirjaa ohjaajan ammattinimike/-nimikkeet.

a) Yksilöohjauksen osalta? _____

b) Ryhmäohjauksen osalta? _____

12. Kuvaile järjestämänne sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen ohjausta ja sisältöä (esim. mitä ja minkälaisia asioita sydänpotilaille ohjataan).

a) Yksilöohjauksen osalta

b) Ryhmäohjauksen osalta

13. Kuinka monta sydänpotilaista vuosittain osallistuu järjestämäännne liikunnalliseen kuntoutukseen? Arvio määräst.

14. Toimiko toimipisteenne yhteistyössä ulkopuolisten järjestöjen/toimijoiden, esim. sydänpöytäedustajien, kanssa sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteuttamisessa?

Kyllä, kenen kanssa? _____
 Ei

15. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kuinka suuren prosentuaalisen osan ulkopuoliset toimijat toteuttavat sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta? Arvioi suunnilleen.

16. Mikäli potilaanne ohjautuvat ulkopuolisten toimijoiden järjestämiin liikunnallisen sydänkuntoutuksen ryhmiin, tiedättekö onko näiden ohjaaja fysioterapeutti?

Tiedän, että on
 En tiedä

17. Minkälaista koulutusta olette hankkineet ja maksaneet sydänpotilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen liittyen?

18. Kuka / Ketkä ovat toimineet koulutuksien toteuttajina (esim. Sydänliitto)?

19. Koetteko koulutuksen riittäväksi? Kyllä Ei. Millaisissa asioissa koette tarvitsevanne lisäkoulutusta?**20. Missä asioissa toimipisteessänne koette puutteita koskien sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen järjestämistä?** Henkilöstöresurssit Tilan puute Ajan puute Koulutuksen ja tiedon puute Muu, mikä?**21. Millä tavoin toimipisteenne sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen palveluja tulisi mielestänne kehittää?****22. Teettekö yhteistyötä erikoissairaanhoidon fysioterapeuttien kanssa koskien sydänpotilaiden liikunnallista kuntoutusta?**

Kyllä, minkälaista?

Ei, miksi ette?

Toteutuslupapyyntö

Hyvä vastaanottaja,

Lähestymme Teitä sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kartoitukseen liittyen. Kartoitus toimii opinnäytetyönämme Turun ammattikorkeakoulussa fysioterapian koulutusohjelmassa. Toimeksiantajana toimii Turun ammattikorkeakoulun MOVE - Moniammatillinen virtuaalipalvelu elämäntapaohjaukseen - projekti. Tietoa kerätään kaikista Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toimivista terveyskeskuksista. Kartoituksella halutaan saada tietoa sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen tilasta Varsinais-Suomen perusterveydenhuollossa. Lisäksi tavoitteena on saada työvälaineitä sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen kehittämiseen Varsinais-Suomen alueella. Kartoituksen perusteet on esitetty liitteenä olevassa suunnitelmassa. Liitteenä on myös kartoituksen tekoon käytettävä kyselylomake sekä saatekirje.

Pyydämme täten lupaa henkilökuntaan kohdistuvan kyselyn suorittamiseen terveyskeskuksisanne. Ilmoittakaa ystävällisesti kantanne sähköpostitse meille, tämän viestin lähettäjille, 17.4.2013 mennessä. Kyselyä ei tule lähettää eteenpäin teidän toimestanne, vaan kartoitus tehdään Webropol-pohjaisena sähköisenä kyselynä myöhemmin keväällä 2013. Ohjaatteko ystävällisesti viestin eteenpäin, jos ette ole luvan myöntävä henkilö. Kiitos.

Ystävällisin terveisin,

Merja Linna ja Hanna Kalske
Turun ammattikorkeakoulu / fysioterapeuttiopiskelijat
merja.linna@students.turkuamk.fi
hanna.kalske@students.turkuamk.fi

Saatekirje kyselyyn vastaajille

Sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaava osastonhoitaja sekä fysioterapeutti

LIIKUNNALLISEN SYDÄNKUNTOUTUKSEN TOTEUTUMISEN KARTOITUS VSSHP:N PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Sydänkuntoutusta tukemaan on tehty viime vuosikymmenen aikana lukuisia tutkimuksia ja selvityksiä. Tutkimustulokset ovat selkeästi osoittaneet puutteita liikunnallisen sydänkuntoutuksen toteutuksessa erityisesti perusterveydenhuollossa, jolla on suuri vastuu sydänpotilaiden kuntoutuksen järjestämisestä lainsäädännön perusteella.

Suomen Sydänliitto ry:n tekemän maanlaajuisen selvityksen mukaan kuntoutus- ja ohjauspalveluiden tarjonta vaihtelee suuresti eri sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Julkisen terveydenhuollon järjestämään kuntoutukseen pääsee vuosittain vain 7-8 % sepelvaltimotautipotilaista. Selvityksen mukaan kuntoutusmahdollisuuksista tiedottaminen oli puutteellista paikoissa, joissa ei ollut sovittu neuvonnan suuntaviivoja, jatkohoitoa ja ammattiryhmien välistä työnjakoa.

Tämän kyselykartoituksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sydänpotilaiden liikunnallinen jatkokuntoutus toteutuu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollossa. Kysely on osa opinnäytetyötämme Turun ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii MOVE - Moniammatillinen virtuaalipalvelu elämäntapaohjaukseen - projekti, Turun ammattikorkeakoulu. Projektin tehtävänä on kehittää sepelvaltimotautipotilaan moniammatillinen, virtuaalinen palvelukokonaisuus. Tavoitteena on mm. parantaa sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuspalveluiden saatavuutta yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Kartoitus on tarpeellinen, sillä liikunnallisen sydänkuntoutuksen toteutumisesta perusterveydenhuollossa VSSHP:ssä ei ole saatavissa ajantasaista tietoa. Tietoa tarvitaan nykyisten kuntoutuskäytäntöjen selventämiseksi sekä uusien kehittämiseksi. Tavoitteena on myös haastaa yksiköt miettimään mahdollisuuksiaan kehittää toimintaansa liikunnallisen sydänkuntoutuksen osalta kyselyyn vastaamisen myötä. Lisäksi toivomme tulosten edistävän keskustelua ja tiedonvälitystä liikunnallisesta sydänkuntoutuksesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Kysely toteutetaan sähköisesti Webropol-pohjaisella lomakkeella vastaamisen ja tiedonkäsittelyn helpottumiseksi. Kysely ohjataan kaikkiin VSSHP:n perusterveydenhuollon yksiköihin.

Mahdollisiin kysymyksiin vastaavat sähköpostitse Hanna Kalske (hanna.kalske@students.turkuamk.fi) ja Merja Linna (merja.linna@students.turkuamk.fi)

Pyydämme palauttamaan vastaukset xx.x. mennessä.

Hanna Kalske
Opiskelija
Fysioterapia
Turun AMK

Merja Linna
Opiskelija
Fysioterapia
Turun AMK

Hanna Hännikäinen
Fysioterapian lehtori
Turun AMK

Marion Karppi
Projektipäällikkö
Turun AMK



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Lisäohjeistus saatekirjeeseen

Hyvä vastaanottaja,

Teemme kartoitusta sydänpotilaiden liikunnallisen kuntoutuksen toteutumisesta Varsinais-Suomen alueella.

Luvan kyselyn toteuttamiseen on henkilö X.

Mikäli ette ole oikea henkilö vastaamaan kyselyyn, olettehan ystävällinen ja ohjaatte kyselyn oikealle henkilölle.

Jokaisen yksikön vastausten saaminen on ensiarvoisen tärkeää, joten lämmin kiitos jo etukäteen vastauksistanne.

Toivomme, että sydänpotilaiden liikunnallisesta kuntoutuksesta vastaava osastonhoitaja/sydänhoitaja sekä fysioterapeutti tai muut vastaavat henkilöt (2) yhdessä täyttävät kyselyn. Mikäli tämä ei ole mahdollista, voi kyselyyn vastata myös vain yksi yksikkönne kyseisestä toiminnasta tietävä.

Linkki sähköiseen kyselyyn viestin lopussa.