

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2015

Jarkko Heiskanen & Elina Pollarikoski

PÄÄTÖSSEMINAARIN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI SYDÄNTOIMIALUEELLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö

2015 | 41 sivua + 2 liitettä

Ohjaaja FT, TtM Maika Kummel

Jarkko Heiskanen & Elina Pollarikoski

PÄÄTÖSSEMINAARIN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI SYDÄNTOIMIALUEELLA

Tämä opinnäytetyö oli osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 (Hoi-Pro). Hoitotyön kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin ja Turun ammattikorkeakoulun kesken. Sen päätavoitteena on tukea Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä sen siirtyessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin hoitotyössä ja lisätä yhteistyötä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin ja Turun ammattikorkeakoulun välillä.

Kehittämisprojekti on jaettu kolmeen vaiheeseen: suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö ja kuuluu arviointivaiheeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida kehittämisprojektin päätösseminaari Turun yliopistollisen keskussairaalan Sydäntoimialueella. Päätösseminaarissa hoitohenkilökunnalle esitettiin kehittämisprojektin sydänaiheisia opinnäytetöiden tuloksia ajalta 2009–2014. Tuloksia käytettiin keskustelun pohjana ja tuloksista saatiin kehittämiskohteita sydänkeskuksen hoitotyöhön.

Opinnäytetyössä käsiteltävät aiheet olivat hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalamme vuosin 2006–2009 (Helin, Järvinen & Matola 2012) ja vuosina 2010–2013 (Lehtola & Virrasoja 2014), sydänpotilaiden kokemukset T-sairaalan tiloista ja T-sairaalan sisäisistä potilassiirroista (Lindström, Purtsi & Zwegberg 2014) ja yksiköiden välisistä potilassiirroista (Juvonen, Niskakangas & Tammisto 2011), sydänpotilaan tiedontarve Sairaalapotilaan tiedontarve -mittarilla (SPTT©-mittarilla) (Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003) mitattuna (Moilanen 2014; Ahlgren & Hyyrönmäki 2014) sekä kardiologisen poliklinikkapotilaan ohjausmenetelmät (Malmi & Virtanen 2013), sairaanhoitajan osaaminen sydänleikatun potilaan hoitotyössä (Lähde 2014), ravitsemushoidon osaaminen erikoissairaanhoidossa (Kiikeri 2013), henkilökunnan kokemukset pehdytyksestä organisaatiomuutokseen ja uusiin tiloihin (Niemi 2014) sekä T-sairaalan tilojen evaluointi (Leino 2014).

ASIASANAT:

päätösseminaari, kehittämisprojekti, Hoi-Pro, sydänkeskus, sydäntoimialue, sydänpotilas

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of nursing | Nursing

2015 | Total number of pages 41 + 2 appendices

Instructor PhD, MNSc Maika Kummel

Jarkko Heiskanen & Elina Pollarikoski

PLANNING, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF THE FINAL SEMINAR FOR HEART CENTER

This thesis was a part of the Future hospital – Nursing development project 2009–2015. The project is a collaboration of the Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences. Its main purpose is to support the hospital district when moving in to new models of operation and increase collaboration between Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences.

The development project has been separated into three periods: planning, implementation and evaluation. This thesis is a functional thesis and it is a part of the evaluating period. The aim of this functional thesis was to plan, implement and evaluate the final seminar of development project at the heart center of Turku University Hospital. The heart themed thesis results, which were done under the development project 2009-2014, were presented to the nursing staff of heart centre. These results caused discussion and the staff received knowledge how to improve their care work in certain areas.

In this thesis the topics were about the cardiac patients' treatment times in Turku University Hospital between years 2006-2009 (Helin, Järvinen & Matola 2012) and 2010-2013 (Lehtola & Virrasoja 2014), experiences from cardiac patients about T-Hospitals new facilities and patient transfers between units (Lindström, Purtsi & Zwegberg 2014; Juvonen, Niskakangas & Tamisto 2011), the information needs of cardiac patients by using the The Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP©) scale (Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003) (Moilanen 2014; Ahlgren & Hyyrönmäki 2014), cardiac patient's medical guidance methods from the patient's perspective (Malmi & Virtanen 2013), nurse's competence in the care of patients after cardiac surgery (Lähde 2014), knowledge of nutritional care in specialized health care setting (Kiikeri 2013), staff experience of organization and new environment introduction (Niemi 2014) and evaluating the functionality of hospital facilities (Leino 2014).

KEYWORDS:

final seminar, development project, Hoi-Pro, heart centre, cardiac patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI	7
2.1 Toimialuekohtainen toimintamalli	7
2.2 Sydänkeskus	8
3 TYÖELÄMÄN TÄYDENNYSKOULUTUS	10
4 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA NIIDEN HOITO	11
4.1 Rytmihäiriöt ja niiden hoito	11
4.2 Sepelvaltimotauti ja sen hoito	14
4.3 Sydämen vajaatoiminta ja sen hoito	16
4.4 Sydämen läppäviat ja niiden hoito	18
4.5 Rintakehän ja pleuran alueen sairaudet ja niiden hoito	19
5 SYDÄNSAIRAUKSIEN RISKITEKIJÄT	21
5.1 Sairaudet sydän- ja verisuonitautien riskitekijöinä	21
5.2 Elintavat sydän- ja verisuonitautien riskitekijöinä	23
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	25
7 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS	26
7.1 Päätösseminaarin suunnittelu	26
7.2 Päätösseminaarin toteutus ja sisältö	28
7.2.1 Potilassiirrot sydänpotilaiden kokemana	28
7.2.2 T-sairaalan tilat sydänpotilaiden kokemana	29
7.2.3 Sydänpotilaiden hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaалassa	29
7.2.4 Sairaalan tilojen toimivuuden evaluointi	30
7.2.5 Perekdytys muutoksen tukena	30
7.2.6 Sydänpotilaiden tiedontarve ja potilasohjaus	31
7.2.7 Sydänleikatun potilaan hoitotyön osaaminen	31
7.2.8 Ravitsemushoidon osaaminen erikoissairaanhoidossa	32
7.3 Päätösseminaarin arviointi	32
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	34

9 POHDINTA	36
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	37
LÄHTEET	38

LIITTEET

- Liite 1. Seminaarikutsu
- Liite 2. Seminaarin palautelomake

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 (Hoi-Pro). Hoitotyön kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun kesken, minkä päätavoitteena on tukea Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä sen siirryttyä toimialuekohtaiseen toimintamalliin hoitotyössä, jatkaa hoitohenkilöstön osaamisen kuvausta toimi- ja palvelualueittain, lisätä yhteistyötä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun välillä (Kummel ja projektiryhmä 2013, 3).

Hoi-Pro on ollut osana jo päättyneitä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin T-sairaalan toiminnan kehittämisen hanketta (T-Pro hanke), jonka keskeisenä tavoitteena oli suunnitella toimialuekohtaisesti uuden sairaalan palvelut. Hoi-Pro toteutetaan vuosina 2009–2015, ja tavoitteiden saavuttamiseksi kehittämisprojekti on jaettu kolmeen eri vaiheeseen: toimialuekohtaisen hoitotyön suunnittelu (2009–2012), toteutus (2013–2014) ja arviointi (2015). (Kummel ja projektiryhmä 2013, 3)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö kuuluu kehittämisprojektin arviointivaiheeseen. Tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida päätösseminaari sydäntoimialueelle eli Turun yliopistollisen keskussairaalan Sydänkeskukselle. Tavoitteena on koota Hoi-Pro-hankkeen aikaisemmista opinnäytetöistä keskeisimmät tulokset ja esittää ne sydänkeskuksen henkilökunnalle seminaarissa, josta ne toivon mukaan siirtyvät hyödynnettäväksi osastolle.

2 VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH) on julkisesti omistettu kuntayhtymä. Se tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja seuraavissa sairaaloissaan: Hälköön sairaala, Tyks Loimaan sairaala, Tyks Salon sairaala, Turun yliopistollinen keskussairaala (Tyks), Turunmaan sairaala, Tyks Vakka-Suomen sairaala sekä Uudenkaupungin psykiatrinen sairaala. (VSSH 2015a.)

Sairaanhoitopiirin tehtävä on tuottaa kattavat erikoissairaanhoidon palvelut maakuntansa asukkaille. Se myös huolehtii yliopistosairaaloita koskevien palvelujen saatavuudesta Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä niiden kuuluessa Tyksin erityisvastuualueeseen. (VSSH 2015a.)

VSSH koostuu 28 jäsenkunnasta. Niiden alueella elää noin 470 000 asukasta. Sairaanhoidostaan potilaat maksavat vain pienen osan saamistaan hoitopalveluista sen ollessa julkinen organisaatio. Kotikunnat maksavat pääosan sairaanhoitomaksuista kerätyillä verorahoilla. Noin 200 000 ihmistä käyttää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin palveluja vuodessa. (VSSH 2015a.)

2.1 Toimialuekohtainen toimintamalli

VSSH:n organisaatiomuutos tapahtui 1. tammikuuta 2013, mutta vanhasta klinikkamallista toimialuekohtaiseen toimintamalliin siirryttiin vasta 2. huhtikuuta 2013 alkaen, kun toiminta muutti T-sairaalan uusiin tiloihin (Peltoniemi 2013). Toimialuekohtainen toimintamallin tarkoituksena on potilaan tai potilasryhmän hoidon ydintoimintojen järjestämistä organisatoriseksi ja hallinnolliseksi kokonaisuudeksi. Lisäksi hoitoon liitetään tarvittavat tukipalvelut. (Kummel ym. 2013, 3.) Toimialuekohtaisen toimintamallin todetaan varmistavan paremman hoidon ja lyhentävän hoitojonoja. Toimialuetta johtaa tulosvastuullinen lääkäri, joka on viimekädessä vastuussa potilaan hoidosta. (Järvi 2011.) Potilaat hoidetaan kahdeksalla eri toimialueella: tules eli tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydänkeskus, vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka, neurotoimialue, medisiininen toimialue,

operatiivinen toiminta ja syöpätaudit, naistenklinikka sekä lasten ja nuorten klinikka (VSSHP 2014).

2.2 Sydänkeskus

Sydänkeskus on yksi Tyksin T-sairaalan kahdeksasta toimialueesta. Siitä käytetään myös nimitystä sydäntoimialue. Sydänkeskuksessa hoidetaan Tyksin sydänpotilaat (VSSHP 2015b). Sydänkeskus on täyden palvelun yksikkö, jossa vaativaa sydänsairauksien hoitoa tarvitsevat potilaat tutkitaan ja hoidetaan. Sydänkeskuksen toiminnat on organisoitu siten, että erilaisten sydänsairauksien hoito olisi saumatonta. Toiminta-ajatuksena on tarjota viivytyksettä ja kustannustehokkaasti vaativan hoidon laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Potilaiden hoito tapahtuu sydänpoliklinikalla, sydänvalvonnassa ja vuodeosastoilla. (Airaksinen 2012.)

Sydänkeskuksen vastuualueita ovat sepelvaltimohoito, rytmihäiriöhoito, yleiskardiologia, sydämen vajaatoiminnan hoito sekä sydän- ja rintaontelokirurgia. Sydänkeskuksen potilaiden hoitoihin kuuluvat muun muassa sydänleikkaukset, tahdistimen asennukset, pallolaajennukset, rytmihäiriöiden hoito magneettinavigointia käyttäen sekä sydämen katetrisaatiot. (VSSHP 2015b.) Sydän- ja keuhkoleikkaukset tehdään leikkausyksikössä ja toimenpideyksikössä tehdään kaivoavat kardiologiset hoidot (Airaksinen 2012).

Sydänkeskuksella oli vuonna 2013 noin 4100 hoitajaksoa, jotka sisälsivät noin 14 800 hoitopäivää ja noin 9 800 avohoitoikäntä. Yhteensä toimenpiteitä tehtiin lähes 2 900, joista varsinaisia leikkauksia oli noin 800. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia tehtiin noin 1 700 ja pallolaajennuksia päälle 800. Rytmihäiriötahdistimia asennettiin noin 400 ja katetriablaatioita tehtiin noin 250. Määrät ovat pysyneet melko samoina edellisvuosiin verrattuna, poikkeuksena kuitenkin varjoainekuvaukset ja katetriablaatio, jonka määrä on tasaisesti kasvanut. Sepelvaltimoiden ohitusleikkausten määrä on laskenut lähes kolmannekseen 15 vuoden aikana. Vuonna 2013 tehtiin enää alle 200 ohitusleikkausta ja noin 65

aorttaläpän leikkausta. (Potilashoidon vuosikertomus 2013 Sydänkeskus, 54-55.)

3 TYÖELÄMÄN TÄYDENNYSKOULUTUS

Sairaanhoitajan kouluttautumisen tarve ei lopu tutkinnon suorittamisenkaan jälkeen. Täydennyskoulutukset ja ammattitaidon kehittäminen korostuu terveydenhuollossa, koska hoitokäytänteet muuttuvat jatkuvasti terveystieteen, lääketieteen, biotieteen ja teknologian nopean kehityksen myötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Haasteena on säilyttää hoitotyö tehokkaana niukoista resursseista huolimatta. Kentällä hyödynnettävä täydennyskoulutus vastaa osaston tarpeisiin, aiheet ovat ajankohtaisia ja perustuvat tutkittuun tietoon. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2003.) Tämän opinnäytetyön päätösseminaari luokitellaan täydennyskoulutukseksi.

Täydennyskoulutus on tärkeässä osassa sairaanhoitajan työtä. Koulutuksia järjestetään sekä lyhyt- että pitkäkestoisina koulutusjaksoina, joiden tarkoitus on ylläpitää, kehittää ja syventää sairaanhoitajan ammattitaitoa ja työssä jaksamista. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2015.) Laki terveydenhuollon ammattilaisista 28.6.1994/559 kolmannen luvun pykälän 18 mukaan terveydenhuollon ammattilaiset ovat velvollisia ylläpitämään ja kehittämään ammattitoimintansa vaatimaa taitoa ja perehtymään ammattiinsa liittyviin sääntöihin ja määräyksiin (FINLEX 2015). Työnantajalla on vastuu järjestää täydennyskoulutuksia ja rahoittaa ne (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Työntekijän tulisi oman harkinnan mukaan osallistua ainakin kuuteen täydennyskoulutuspäivään vuodessa. Jos työntekijä on yli viisi vuotta pois työtehtävistään, edellytetään häneltä täydennyskoulusta. Työpaikan perehdytyksen ei katsota kuuluvan täydennyskoulutukseen. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2015.)

4 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA NIIDEN HOITO

On arvioitu, että vuosittain sydän- ja verisuonitautien kustannukset on noin 17 % kaikista hoitokustannuksista eli noin 918 miljoonaa euroa. Vaikka sydän- ja verisuonitaukeista on vuosien saatossa tullut iäkkäämpien ihmisten sairauksia, on se edelleen kolmanneksi suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairasyhmä. (Suomen Sydänliitto ry 2015a.)

Sepelvaltimotautikuolleisuus on laskenut merkittävästi 1970-luvulta nykypäivään, vaikka edelleen sydän- ja verisuonitaudit aiheuttivat vuonna 2009 ja vuonna 2010 20 000 ihmisen kuoleman ollen suurin kuolemaan johtanut syy (Tilastokeskus 2011). Suurimmat tekijät edistykseen ovat ihmisten elintapamuutokset: ravitsemuksen parantuminen, verenpaineen ja kolesterolin lasku sekä miesten tupakoinnin vähentyminen. Lisäksi kuolleisuutta on vähentänyt sydän- ja verisuonisairauksien kehittynyt hoito. (Suomen Sydänliitto ry 2015b.)

4.1 Rytmihäiriöt ja niiden hoito

Sydämen toiminta perustuu sähköimpulsseihin, herätteisiin, jotka saavat alkunsa sinussolmukkeessa eli sydämen luontaisessa tahdistimessa, mikä sijaitsee oikean eteisen seinämässä. Herätteet aikaan saavat sydänlihassäikeiden supistumisen. (Syväne 2014.) Ensin supistuvat eteiset, jolloin veri kulkeutuu kammioihin. Sekunnin murto-osan kuluttua impulssi siirtyy kammioihin ja kammiot supistuvat ja veri työntyy joko oikeasta kammioista keuhkovaltimoihin tai vasemmasta kammioista aortan kautta muualle elimistöön. Sinussolmuke säätelee sydämen sykettä, esimerkiksi fyysisessä rasituksessa syke kiihtyy tarkoituksellisesti jopa 200 lyöntiin minuutissa. Rytmihäiriössä syke epätarkoituksen mukaisesti kiihtyy tai hidastuu ja voi muuttua epätasaiseksi. (Kettunen 2014a.) Hyvin yleisiä ovat lisälyönnit, mutta ovat useimmiten vaarattomia. Silti ne olisi syytä tutkia, sillä ne voivat olla merkki sydänsairaudesta. (Mäkijärvi 2011, 405.)

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin sydämen rytmihäiriöistä, minkä esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Noin 10 % 75-vuotiaista sairastaa eteisvärinää joko koh-

tauksittaisena tai pysyvästi. Taustalla on usein jonkinasteinen sydänsairaus, kuten korkea verenpaine, läppävika, sepelvaltimotauti tai sydäninfarktiin liittyvä laajentunut sydän, tai riskitekijä, kuten runsas alkoholin käyttö. Eteisvärinässä eteisen eri kohdat supistuvat eri tahdissa, eikä yksittäistä tehokasta supistusta synny. Kammioihin sähköimpulssi kulkeutuu sattumanvaraisesti, mikä tekee sykkeestä nopean, epäsäännöllisen ja epätasaisen. (Kettunen 2014b.) Eteisvärinän tavallisimpia oireita ovat sydämentykytykset, huimaus, väsymys, suorituskyvyn lasku sekä hengenahdistus. Se voi olla myös täysin oireeton. (Käypä hoito 2014a.) Harvoin eteisvärinä on henkeä uhkaava. Veri saattaa kuitenkin hyytyä värisevässä eteisessä, josta se kulkeutuu pahimmassa tapauksessa aivoihin aiheuttaen aivoinfarktin. Tromboembolista komplikaatiota ehkäistään anti-koagulaatio-hoidolla eli verenhennuslääkityksellä, kuten varfariinilla. (Kettunen 2014b.)

Ensin hoidetaan eteisvärinälle altistavat ja laukaisevat tekijät sekä perussairaudet sen taustalta. Jos rytmi ei korjaannu spontaanisti, pyritään se kääntämään normaaliksi sinusrytmiksi joko lääkkeillä tai sähköisellä rytminsiirrolla eli kardioversiolla. Jos eteisvärinä on kestänyt yli 48 tuntia, tulee antikoagulaatiohoito aloittaa ennen rytminsiirtoa tukosvaaran takia. Eteisvärinä voi uusiutua rytminsiirrosta huolimatta, jolloin aloitetaan eteisvärinän estohoito rytmihäiriölääkkeillä. Jos lääkehoito on tehoton ja rytmihäiriöstä on potilaalle haittaa tai se on vaaraksi, voidaan tehdä katetriablaatio. Eteisvärinä voi jäädä myös pysyväksi, jos toistuvista rytminsiirroista huolimatta eteisvärinä uusiutuu. Lääkkeillä pyritään pitämään syke sopivalla tasolla. (Käypä hoito 2014.)

Eteisvärinän kirurgisen hoidon tavoite on eteisten rakenteen muokkaaminen, jolloin värinäaallot eivät mahdu enää eteisiin. Eteisvärinän kirurgista hoitoa käytetään, kun muista eteisvärinän hoidoista ei ole apua tai muiden sydänleikkauksen yhteydessä, yleisimmin ohitusleikkauksen tai läppäleikkauksen yhteydessä Perinteisen sokkeloleikkauksen sijaan on viime vuosina käytetty ablaatiotekniikoita. Ne ovat turvallisempia ja nopeampia toimenpiteitä (Raatikainen 430-431). Katetriablaatiossa poistetaan sydämen sisältä rytmihäiriön aiheuttama sähköinen rakenne. Toimenpiteessä ablaatiokatetri, viedään verisuonia pitkin sydä-

men sisällä rytmihäiriötä aiheuttavaan kohtaan sydämen seinämässä. Katetrin kärjellä kohdistetaan radiotaajuista sähkövirtaa tähän alueeseen. Sähkövirralla saadaan aikaan sydämen seinämään pistemäinen hoitoarpi, joka estää rytmihäiriön. (HUS 2015a.)

Eteislepatus eli flutteri on toiseksi yleisin rytmihäiriö ja muistuttaa eteisvärinää (Raatikainen 2014). Eteisvärinään verrattuna eteislepatuksessa syke on säännöllinen. Eteiset sykkivät noin 240 kertaa minuutissa ja kammioihin sähköimpulssi johtuu yleensä joka toinen tai neljäs eteislyönti, jolloin pulssi vastaavasti on jotain 120 ja 60 välillä. Eteislepatusta hoidetaan useimmiten samoilla lääkkeillä kuin eteisvärinääkin mutta lääkkeiden teho voi kuitenkin olla huono, jolloin voidaan harkita katetriablaatiota tai erittäin hitaan syketason hoitoon tahdistinta. (Superecg 2013.)

Kammiolisälyönnit tuntuvat useimmilla muljahduksina ja pitkittyneenä lyöntivälinä. Huimaus on melko yleinen tunne. Tajunnanmenetys on hälyttävä merkki kammiotakykardiasta tai muusta sydänsairaudesta ja hoitoon on syytä hakeutua niin pian kuin mahdollista. (Lund 2014, 22.)

Kammiotakykardia on kammioperäinen rytmihäiriö, jossa todetaan vähintään kolme peräkkäistä kammiolisälyöntiä. Syke on nopea, 100–200 minuutissa. (Kettunen 2014b.) Tavallisesti taustalla on jokin poikkeama sydämessä, kuten arpikudos, jota on muodostunut sydäninfarktin jälkeen. Kammiolisälyönnit voivat yhdessä iskemian eli hapenpuutteen ja muun ärsykkeen kanssa laukaista kammiotakykardian. (Yli-Mäyry 2014.) Rytmihäiriön tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää, sillä kammioperäinen takykardia voi muuttua henkeä uhkaavaksi kammiovärinäksi, jossa kammiot värisevät kaaosmaisesti ja tehottomasti eikä sydänlihas supistu, jolloin veri lakkaa kiertämästä ja sydän pysähtyy. (Mäkijärvi 2011b, 466–467.) Kammiotakykardia edellyttää aina sairaalatutkimuksia ja hoitoa. Rytmä pyritään mahdollisimman pian palauttamaan sähköisellä rytminsiirrolla normaaliksi. Lääkehoito on ensisijainen hoitovaihtoehto, mutta ei aina riittävä. Tarvittaessa asennetaan rytmihäiriötahdistin. (Kettunen 2014c.)

4.2 Sepelvaltimotauti ja sen hoito

Sepelvaltimotaudin kehittyminen on monen tekijän summa, johon vaikuttavat elintavat, yksilölliset ominaisuudet, perimä sekä ympäristötekijät. Elintavoista merkittävimmät riskitekijät ovat ylipaino ja etenkin keskivartalo lihavuus, korkea kolesteroli, korkea verenpaine sekä tupakointi. Myös diabetes kasvattaa huomattavasti sepelvaltimotaudin riskiä. Perimällä on myös vaikutus: vanhempien tai sisarusten sairastuminen nuorena voi ennakoida tavallista suurempaa riskiä sairastua itse. (Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Sepelvaltimot ovat sydämen normaalin toiminnan kannalta ehdottomia, sillä ne kuljettavat sydänlihakseen verta, happea ja ravinteita. Sepelvaltimotaudissa suonet ahtautuvat ateroskleroosin eli kovettumataudin seurauksena ja oireena on iskemiasta eli hapenpuutteesta johtuvaa rintakipua ja pahimmassa tapauksessa sydäninfarkti tai jopa odottamaton äkkikuolema. (Kettunen 2011, 250.)

Vakaan sepelvaltimotaudin eli stabiilin angina pectoriksen tyypillisin oire on sydänlihaksen hapenpuutteesta johtuva rintakipu, joka yleensä ilmaantuu fyysisessä rasituksessa, kun sydän tarvitsee enemmän verta, mutta ahtautuneet sepelvaltimot estävät lisääntyneen verenvirtauksen. Oireet helpottavat nopeasti levossa tai nitroglyseriinillä eli nitrolla. Angina pectoris kuvataan yleensä puristavaksi keskirinnan kivuksi, joka on laaja-alainen, eikä sormella osoitettavissa. (Syväne 2015.) Kipu voi säteillä kaulalle, leukaan, hartioihin, erityisesti vasempaan käsivarteen, lapaluiden väliin ja joskus ylävatsalle. Hengenahdistus, ylävatsavaivat ja poikkeuksellinen väsymys voivat olla mahdollisia oireita kivusta. Lääkehoidolla voidaan lievittää oireita, estää uusia kipukohtauksia ja parantaa elämänlaatua. Myös elintapamuutokset ovat merkittävässä osassa. (Ahonen ym. 2013, 207–213.)

Akuutissa sepelvaltimokohtauksessa sepelvaltimo on ahtautunut äkisti plakin nopeasta kasvusta tai suoni on repeytynyt plakin kohdalta aiheuttaen ahtauttavan verihyytymän. Rintakipu pahenee nopeasti, ilmaantuu pienessäkin rasituksessa tai jopa levossa. Nitroa tarvitaan enemmän tai sillä ei ole lainkaan vaikutusta. (Kettunen 2014d.) Akuutti sepelvaltimokohtaus jaetaan epävakaaseen

angina pectorikseen tai sydäninfarktiin, joka jaetaan vielä ST-nousuinfarktiin ja ei-ST-nousuinfarktiin. (Ahonen ym. 2013, 207). Akuutti sepelvaltimokohtaus vaatii aina sairaalahoitoa. EKG-tutkimuksesta ja verikokeista selviää hoidon tarve. Tarvittaessa voidaan tehdä koronaariangiografia eli sepelvaltimoiden varjoainokuvaus, jonka perusteella voidaan suunnitella mahdollinen pallolaajennus tai ohitusleikkaus. (Kettunen 2014d.)

Sepelvaltimoiden pallolaajennus tehdään paikallispuudutuksessa joko rannevaltimon tai reisivaltimon kautta. Lääkäri ohjaa ohuen katettrin ahtauneen sepelvaltimon suulle röntgenvalaisua apuna käyttäen. Toimenpide muistuttaa sepelvaltimoiden varjoainokuvausta. Ahtauman kohdalla katettrin päässä oleva lieriömäinen pallo laajennetaan. Laajennettuun kohtaan asennetaan usein tukiverkko eli stentti, jonka tarkoituksena on estää laajennetun suonon ahtautumisen uudelleen. (HUS 2015b.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa veri ohjataan siirresuonta pitkin tukoksen tai ahtauman ohi (Hippeläinen 2011, 294). Yleisimpiä siirteitä ovat säärestä otettu laskimo tai rannevaltimo (Laurikka ym. 2010, 638). Ohitusleikkaus on aiheellinen, mikäli potilaalla on vasemman sepelvaltimon päärungon ahtauma, vaikeasti pallolaajennuksella hoidettava laskevan haaran tyven ahtauma tai kolmen suonon tauti (Hippeläinen 2011, 294). Leikkauksen aikana sydän yleisimmin pysäytetään, jolloin sydän-keuhkokone huolehtii elimistön verenkierron. Leikkaus voidaan tehdä myös lyövään sydämeen, jolla voidaan vähentää sydän-keuhkokoneen haittoja. Ohitusleikkauksen tavoite on oireiden helpottaminen, kun lääkehoito ja elintapojen muuttaminen eivät riitä. Rasitusrintakipu poistuu noin 90 % leikkauksen saaneista potilaista. (Laurikka ym. 2010, 638–641.)

Sydäninfarkti alkaa sepelvaltimon ahtautuessa, seinämäkovettuman vaurioitumisella ja jopa repeytymisellä, jolloin suonin sisäinen hyytymisprosessi käynnistyy ja samalla suoni supistuu, mikä nopeuttaa trombin eli tukkivan hyytymän kehittymistä. (Kettunen 2011, 265.) Sydäninfarktin oireena on voimakas angina pectoris -tyyppinen rintakipu, mikä ei helpota levossa eikä nitrolla. Kipu nostaa

kylmän hien pintaan. Myös hengenahdistusta, pahoinvointia ja voimattomuutta voi olla. Infarktin laajuudesta ja sijainnista riippuen se voi aiheuttaa myös äkillisesti sydämen vajaatoimintaa ja keuhkopöhön tai vaikeita rytmihäiriöitä. Sydäninfarkti voi olla myös vähäoireinen, etenkin vanhuksilla tai diabeetikoilla. (Kettunen 2014e.) ST-nousuinfarktissa tukos on kehittynyt nopeasti ja sydänlihas joutuu kovaan hapenpuutteeseen, mikä näkyy EKG:ssä ST-segmentin nousuna. Jo kolmessa tunnissa kehittyy palautumaton seinämämuutos ja kuuden tunnin jälkeen kehittyy koko seinämänpaksuuden läpi ulottuva kuolio. Vaurioituneet sydänlihassolut vapauttavat verenkiertoon muun muassa troponiinia, jota käytetään merkkiaineena diagnoosia tehdessä. Infarktissa ilman ST-nousua sepelvaltimoon ei synny täysin tukkivaa hyytymää vaan osittainen virtauseste, jossa sydänlihas kärsii vain aluksi hapenpuutteesta. EKG:ssä on nähtävissä ST-segmentin laskuja tai T-aallon käänteisyyttä. Virtauksen hidastuessa verenhyytyminen lisääntyy ja muodostuneesta hyytymästä saattaa irrota pieninä osia, jotka virtaavat liikkuvina veritulppina eli embolioina suonien latvaosiin, mikä aiheuttaa pieniä mikroinfarkteja, mitkä voivat vapauttaa tromponiinia vereen mutta EKG:ssä ei ole lainkaan havaittavissa ST-segmentin nousuja. (Kettunen 2011, 265–266.)

4.3 Sydämen vajaatoiminta ja sen hoito

Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, jossa sydän ei kykene pumppaamaan tarpeeksi verta elimistön normaaleihin tarpeisiin nähden ja kudokset kärsivät hapenpuutteesta eli hypoksiasta, jolloin eri elinjärjestelmien toiminta häiriintyy. Sydämen vajaatoiminta ei ole koskaan itsenäinen sairaus. Taustalla on aina jokin verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus. Noin 90 % vajaatoiminta tapauksista selittyy kohonneella verenpaineella, sepelvaltimotaudilla tai läppäviällä. Sydämeen muodostuneen arpikudoksen korvaamiseksi terveet sydänlihassolut joutuvat lisääntyvään venytykseen ja kuormitukseen, ja lopulta sydämen vasen kammio laajentuu. (Lommi 2011, 303–304.)

Akuutti sydämen vajaatoiminta muodostuu nopeasti ja vaatii aina sairaalahoitoa. Se voi muodostua sydäninfarktin jälkeen muutamassa tunnissa tai hitaam-

min muutaman päivän aikana kuten kardiomyopatian (sydänlihassairaus) aiheuttamana. Oireet vaihtelevat äkillisestä hengenahdistuksesta äkilliseen verenkierron romahtamiseen. Äärimmäisenä muotona on keuhkopöhö, jossa sydämen pumppausteho ei riitä kuljettamaan verta elimistöön ja veri pakkautuu lopulta keuhkolaskimoihin, ja lopulta heikentää kaasujen vaihtumista ja lisää hengitystyötä. (Lommi 2011, 311.) Akuutti vajaatoiminta ei välttämättä muutu krooniseksi, jos hoito aloitetaan ajoissa ja aiheuttaja saadaan hoidetuksi. Kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa sydämen toimintakyky on heikentynyt pysyvästi. Diastolisessa vajaatoiminnassa sydämen supistuminen on normaalia, mutta sydän laajenee ja täyttyy huonosti eli iskutilavuus pienenee. Systolisessa vajaatoiminnassa kammio täyttyy normaalisti, mutta sen supistumisteho on heikentynyt. Diastolinen ja systolinen vajaatoiminta esiintyvät usein samanaikaisesti. (Ahonen ym. 2013, 243–244)

Sydämen vajaatoiminta rajoittaa arkielämää ja heikentää elämänlaatua. Fyysinen suorituskyky laskee, kun sydän ei jaksakaan pumpata verta elimistöön ja seurauksena on väsyminen. Syke nousee jo pienessä rasituksessa. Levossa oireita ei yleensä ole, koska silloin sydämen toiminta riittää elimistön tarpeisiin. Oikean puolen vajaatoiminnassa tyypillistä on, että neste kertyy kudoksiin ja erityisesti jalkoihin. Tärkeää olisikin tarkkailla painon nousua, joka johtuu nimenomaan nesteen kertymisestä elimistöön. Ruokahaluttomuutta ja pahoinvoinnin tunnetta aiheuttavat maksan ja vatsan turvotukset. Vasemman puolen vajaatoiminnassa veri pakkautuu keuhkoverenkiertoon, mikä aiheuttaa hengenahdistusta, kuivaa yskää ja nopeaa sykettä. (Ahonen ym. 2013, 246.)

Sydämen vajaatoimintaa ei voida parantaa, mutta lääkehoidolla voidaan lievittää oireita ja parantaa ennustetta. Lääkehoidolla pyritään vähentämään sydämen työmäärää laskemalla verenpainetta (ACE:n estäjät tai AT-salpaaja), hidastamalla sykettä (beetasalpaaja) ja ylimääräisen nesteen poistamiseen käytetään diureetteja. Elintapamuutokset ovat osana hoitoa, johon kuuluvat terveellinen ja monipuolinen ruokavalio, suolan välttäminen, säännöllinen liikunta ja nesteen rajoittaminen noin kahteen litraan päivää kohden. (Ahonen ym. 2013, 250–252.) Rytmihäiriötahdistin voidaan asentaa vaikean vasemman kammion

vajaatoimintaan ja, jos vajaatoimintaan liittyy nopeasti verenpainetta alentavia kammiooperäisiä rytmihäiriöitä, joihin lääkehoito on tehoton. Vajaatoimintatahdistin eli biventrikulaarinen tahdistin palauttaa kammion samanaikaisen supistumisen, mikä parantaa pumppaustoimintaa, ja sitä kautta rasituksen sieto paranee ja vajaatoiminnasta aiheutuvat oireet lievittyvät. Äärimmäisessä henkeäuhkavassa tilassa, voidaan harkita apupumppua, jonka avulla voidaan kierrättää osittain tai kokonaan sydämen normaalisti pumppaama verimäärä. Apupumppu on aina tilapäinen ratkaisu, koska siihen liittyy suuria riskejä. Yleensä apupumppua käytetään tilanteessa, jossa jatkohoitona on sydämensiirto. (Lommi 2011, 316–317.)

4.4 Sydämen läppäviat ja niiden hoito

Sydämessä on neljä läppää: hiippa- eli mitraaliläppä, aorttaläppä, kolmipurje- eli trikuspidaaliläppä ja keuhkovaltimon läppä. Läppävioissa jokin näistä neljästä läpistä joko löystyy tai ahtautuu. Yleisimpiä läppävikoja ovat hiippaläpän vuoto ja aorttaläpän ahtautuminen. Pääasiallisena oireena on rasituksessa ilmenevä hengenahdistus. Läppäviat huomataan yleensä kuuluvina sivuääninä tai ylimääräisinä ääninä normaalien sydänäänten välissä. Sydämen ultraäänitutkimuksella saa tarkemman kuvan läppien toiminnasta. (Kettunen 2014f.)

Aorttaläppävioissa tavallisin leikkausmenetelmä on tekoläpän asentaminen (Laurikka ym. 2010, 647). Aorttaläppä voidaan myös korvata potilaan omalla pulmonaaliläpällä (autografti, ns. Rossin leikkaus) tai vainajalta poistetulla aorttaläpällä (homografti), jotka ovat nykyisin harvinaisia menetelmiä (Helske & Kupari 2011).

Hiippaläppävika voidaan hoitaa korjauksella tai leikkauksella. Usean läpän leikkauksessa tekoläppä on hyvä vaihtoehto. Reumaattisessa mitraaliläppäviassa korjausleikkaus on parempi vaihtoehto kuin tekoläppä, kun korjausleikkaus on mahdollinen. Hiippaläpän ahtaumassa ne potilaat, joilla on pelkkä hiippaläpän ahtauma, tulisi hoitaa korjausleikkauksella. Pidemmälle edennyt läppävika tulisi taas hoitaa tekoläpällä. (Laurikka ym. 2010, 650.)

4.5 Rintakehän ja pleuran alueen sairaudet ja niiden hoito

Rinta-aortan kirurgiset sairaudet jaetaan hankittuihin, synnynnäisiin tai traumoihin. Hoitovaihtoehtoina on stenttigrafitihoito tai perinteisesti leikkaamalla. Hankittuihin sairauksiin kuuluu aneurysmat ja dissekaatiot. (Juvonen 2010, 656.)

Rinta-aortan laajentuma, eli **aneurysma** liittyy yleensä ateroskleroosiin. Ateroskleroosissa aortan seinämän keskimmäisen kerroksen sileälihas ja elastiset säikeet hajoavat ja korvautuvat sidekudoksella ja lipideillä. Tällöin seinämä heikentyy ja altistaa pullistumalle. Aneurysmien riskiä lisää korkea verenpaine ja tupakointi. Aneurysma leikataan, jos potilaalla todetaan nousevan aortan dissekaatio, aortan nopea kasvu, aneurysma on suurempi kuin 6 cm tai potilaalla on aneurysmaan liittyviä oireita, kuten rintakipua, äänen käheytymistä tai yskänärystystä. (Juvonen 2010, 656–659.)

Aortan dissekaatiossa aortan sisin kerros repeää, aiheuttaen veren pakkautumisen keskikerroksen uloimpien kerrosten väliin. Tavallisin oire on rintakipu. Nousevan aortan dissekaatio hoidetaan päivystysleikkauksella, jossa pyritään poistamaan repeytynyt kohta ja sulkemaan false lumen. Laskevan aortan dissekaatiossa yleisin hoito on konservatiivinen lääkehoito ja kontrollikuvaukset. Leikkausindikaatioita ovat alaraaja- tai sisäeliniskemia, vaikeahoitoinen tai sietämätön kipu, vapaa aorttarepeämä, kontrolloimaton korkea verenpaine tai sairauden eteneminen. (Juvonen 2010, 656–663.)

Spontaanissa pneumothoraxissa keuhkon pinnalla oleva bulloosinen rakkula puhkeaa. Tästä seuraa pleuraontelon paineen tasoittuminen ilmanpaineen kanssa ja keuhkon kasaan painuminen. Pneumothoraxin hoidon tavoitteena on poistaa ilmakertymä, saada keuhko laajenemaan sekä estää uusiutuminen. Hoito voidaan toteuttaa happihoidolla, seurannalla, neula-aspiraatiolla, pleuran dreneerauksella tai kirurgisesti hoitamalla. (Kuukasjärvi ym. 2010, 613–615.)

Pleuraempyeema on märkäinen tai bakteeriviljelypositiivinen pleuran nestekertymä. Sen tavallisimpia oireita ovat kuume, yskä, hengenahdistus ja rintakipu. Empeema syntyy, jos pleura kontaminoituu ympäröivän elinten kautta tai se

kontaminoituu suoraan invasiivisen toimenpiteen tai trauman yhteydessä. Empeema hoidetaan joko märkäkertymän dreneerauksella, empeemaontelon kirurgisella poistamisella tai sitä aiheuttavan infektion hoidolla. (Kuukasjärvi ym. 2010, 617–618.)

Keuhkoveritulpassa eli **keuhkoemboliassa** keuhkoihin johtava valtimo tukkeutuu muualta elimistössä liikkeelle lähteneen verihyytymän vuoksi. Keuhkoveritulppa on yleensä alaraajojen tai lantion laskimoista syntyneistä tukoksista lähtöisin. Laskimosta lähtenyt hyytymä kulkee sydämen oikeaan eteiseen ja kammiioon, joista välittömästi keuhkovaltimoihin. Hyytymä tukkii isomman tai pienemmän suonen sen koosta riippuen. Oireena on yleensä äkisti alkanut hengenahdistus, sykkeen kiihtyminen levossakin, yskänpuuska ja usein myös rintakipu. Ysköksissä saattaa nousta mukana verta. Epäiltäessä keuhkoemboliaa tehdään tietokonekerroskuvaus. Hoitona aloitetaan hyytymistä estävä nopeavaikutteinen hepariini ihon alle pistettynä sekä tablettimuotoinen antikoagulaatiohoito, tavallisimmin varfariini. Heparinihoito kestää noin viisi päivää, varfariinia käytetään noin kuusi kuukautta. Myös tilaan usein liittyvää alhaista verenpainetta tulee hoitaa. (Mustajoki 2013b.)

5 SYDÄNSAIRAUKSIEN RISKITEKIJÄT

Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä ovat ikä, sukupuoli, perimä, ylipaino, vähäinen liikunta, tupakointi, veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt eli korkea kolesteroli, kohonnut verenpaine, diabetes, pitkäaikainen ja runsas alkoholin käyttö ja psykososiaaliset tekijät. Ikään, sukupuoleen ja perimään ei voida vaikuttaa, mutta muita riskitekijöitä voidaan vähentää elintavoilla. Korkea ikä on merkittävä sairastumisen riski, ja miehet ovat naisia herkempiä sairastumaan sydän- ja verisuonitauteihin. (Alhonen ym. 2011, 186.) Perinnöllisenä riskitekijänä voi olla periytyvä geenivirhe. Geenitestillä voidaan havaita geenivirhettä kantavat henkilöt jo ennen sairastumista, ja aloittaa tarvittavat seurannat ja hoidot varhaisessa vaiheessa. (Aalto-Setälä ym. 2011, 392.)

Sydän- ja verisuonisairauksia voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa joka päiväsillä valinnoilla. Tärkeimmät terveyttä edistävät elintavat ovat monipuolinen ja terveellinen ruoka sekä säännöllinen liikunta. (Suomen Sydänliitto ry 2015c.) Runsaasti kasviksia ja kuituja sisältävä ruokavalio ja viikossa 2-3 kertaa hikistä liikuntaa takaavat hyvän peruskunnon ja auttaa painonhallinnassa sekä stressinsiedossa. Tupakoimattomuus ja alkoholin kohtuukäyttö ehkäisevät sydän- ja verisuonisairauksien syntyä. Myös riittävä uni ja lepo ovat tärkeitä. (Mäkijärvi 2011, 15.)

5.1 Sairaudet sydän- ja verisuonitautien riskitekijöinä

Tavoiteltava ja hyvä verenpaine on alle 120/80. Lievästi kohonnut verenpaine on, kun systolinen eli yläpaine on yli 140 ja/tai diastolinen eli alapaine on yli 90. Kun verenpaine on kohonnut, sydän joutuu tekemään ylimääräistä työtä, jonka seurauksena vasemman kammion seinämä alkaa paksuuntua. Lopulta sydän jäykistyy ja sen toimintakyky heikkenee. Hiljalleen myös verisuonten seinämät kovettuvat, mistä muun muassa seuraa sepelvaltimotukoksia, sydämen vajaatoimintaa ja aivoverenkiertohäiriöitä. (Majahalme 2011, 210; Yli-Mäyry 2011, 212.)

Kolesteroli on välttämätöntä ihmiselle. Sitä muun muassa tarvitaan elimistön monien tärkeiden aineiden valmistamiseen. Kohonnut kolesteroli on kuitenkin haitallista, sillä se ahtauttaa valtimoita. (Aalto-Setälä 2011b, 231.) Ateroskleroosi eli valtimokovettumatauti on monen tekijän summa ja sen muodostuminen on hidasta. Yksi osatekijä on kolesterolin kertyminen verisuoniin. Usein kolesterolin keräytyminen valtimoihin alkaa jo nuoruudessa. (Mustajoki 2013a.) Verenkierrossa on pääasiassa kahdenlaisia rasvamuotoja: kolesteroli (HDL- ja LDL-kolesteroli) ja triglyseridi. LDL-kolesteroli eli low density lipoprotein on niin sanottu huonoa kolesteroli, joka kuljettaa kolesterolia elimistön soluihin. Sitä voi myös kertyä valtimoiden haurastuneisiin seinämäkohtiin ahtauttaen valtimon ja näin huonontaa kohde-elimen verenkiertoa. HDL:n eli high density lipoprotein on niin sanottu hyvä kolesteroli, jonka tehtävänä on kuljettaa LDL-kolesterolia pois valtimoista. Matalan HDL:n on todettu olevan itsenäinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksissa. Triglyseridit ovat osa elimistön energianlähdettä. Kohonneena se altistaa sepelvaltimotaudille. (Aalto-Setälä 2011, 232–237.)

Diabetes mellituksella tarkoitetaan sairautta, jossa veren sokerinpitoisuus kasvaa liian suureksi eli paastossa plasmasta mitattu arvo on 7mmol/l tai enemmän. Terveellä normaali paastoarvo on 6 mmol/l tai vähemmän. Diabeteksestä on kaksi päämuotoa: tyyppi 1 ja tyyppi 2. Tyypin 1 diabeteksessä haiman saarekesolut ovat tuhoutuneet, joten elimistö ei kykene tuottamaan insuliinia, mikä tarkoittaa elinikäistä insuliinihoitoa. Tyypin 2 diabeteksessä insuliinin tuotanto on vähentynyt ja/tai elimistö ei reagoi insuliiniin (insuliiniresistenssi). Tyypin 2 diabetesta sairastavan on useimmissa tapauksissa mahdollisuus saada verensokeriarvot viitealueelle elintapamuutoksilla, kuten painonpudotuksella. (Käypä hoito 2013.) Alttius diabetekseen kuitenkin säilyy geneeissä (Diabetesliitto 2015a). Suomessa oli vuoteen 2007 mennessä todettu 285 000 diabeetikkoa, mutta määrän uskotaan olevan huomattavasti suurempi, sillä useimmat eivät tiedä sairastavansa sitä sen oireettomuuden vuoksi (Niskanen 2011, 548–549). Käypä hoito- suosituksen (2013) mukaan useimmiten tyypin 2 diabeetikko on ylipainoinen ja hänellä on rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai kohonnut verensokeri tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä. Diabeetikolla on muita suurempi riski saada sepelvaltimotauti tai sydäninfarkti, sillä valtimoiden ahtautumi-

nen on heillä herkempää. Diabeteksessa onkin tärkeää, että sairaus on hoitotasapainossa. Huono sokeritasapaino lisää valtimoiden kovettumataudin eli ateroskleroosin riskiä. (Diabetesliitto 2015b.)

Masennuksen yhteyttä sydän- ja verisuonisairauksiin on tutkittu paljon ja se on osoittautunut itsenäiseksi riskitekijäksi. Yhteys voi selittyä masentuneen sosiaaliekonomisella asemalla ja epäterveellisillä elintottumuksilla, kuten tupakoinnilla, runsaalla alkoholin käytöllä, epäterveellisellä ruualla ja vähäisellä liikunnalla, mikä johtaa lihavuuteen ja diabeteksen yleisyyteen sekä kolesterolin ja verenpaineen huonoon hoitotasapainoon. Masennuksen oireita tai diagnosoitu masennus on 20–30%:lla sepelvaltimotautia sairastavista. Muun muassa skitsofreniaa sairastavalla on merkittävä riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin ja skitsofreniaa sairastavista kaikista luonnollista kuolemista 40–45% on sydän- ja verisuonisairauksilla selitettävissä. Lisääntynyt riski on selitettävissä samoilla terveystyötyymisillä kuin masennuksessa ja lisäksi mahdollisilla autonomisen hermoston säätelyhäiriöillä, jotka esiintyvät rytmihäiriöalittiutena, syketaajuuden vaihtelun vähenemisellä ja syketaajuuden nousuna. Skitsofrenian lääkehoidon perustana ovat neuroleptit ja uudemman polven lääkkeet, jotka aiheuttavat useimmiten painonnousua, joka lisää diabeteksen riskiä. (Niskanen 2011, 560–561.)

5.2 Elintavat sydän- ja verisuonitautien riskitekijöinä

Ylipaino eli ylimääräinen rasvakudos ja erityisesti keskivartalolle ja sisäelinten ympärille kertyvä ns. viskeraalirasva, vaikuttavat huomattavasti muun muassa verenkierron säätelyyn, verenpaineeseen, veren hyytymisalittiuteen ja verensokeriin. Tavoiteltava painoindeksi arvo (BMI) on 18,5–25 välillä. Painoindeksi mittari ei sovi käytettäväksi kasvuikäisillä lapsilla eikä erityisen lihaksikkailla ihmisillä. Vyötärölihavuutta voidaan mitata mittanauhaa apua käyttäen. Selvät riskirajat ovat miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Suomessa noin kaksi kolmasosaa miehistä ja noin puolet naisista on ylipainoisia (BMI yli 25). (Niskanen 2011, 87–88.) Huonon fyysisen kunnan on todettu olevan yhtä merkittävä syy

sydän- ja verisuonisairauksiin kuin kohonnut verenpaine, tupakointi, lihavuus, korkea kolesteroli tai diabetes. Säännöllinen liikunta pienentää leposykettä, laskee verenpainetta, sydämen iskutilavuus suurenee sekä hapenotto- ja suorituskyky rasituksessa paranevat. (Kiilavuori 2011, 92–94.)

Tupakointi aiheuttaa noin joka viidennen sydänperäisen kuoleman. Kuolemat ja muutenkin sydän- ja verisuonisairauksiin sairastuminen olisi helposti ehkäistävissä tupakoimattomuudella. Passiivinen tupakointi on melkein yhtä haitallista kuin itse tupakointi. (Alhonen ym. 2012, 186.) Nikotiini nostaa sydämen syketa-soa ja verenpainetta, mikä lisää sydämen työmäärää ja hapenkulutusta. Samaan aikaan tupakan sisältämä hiilimonoksidi (häkä) vaikeuttaa hapen kulkua veressä. Jotta elimistö saa tarvitsemansa hapen, joutuu sydän tekemään kokoajan ylikierroksia. Tupakointi supistaa verisuonia, mikä lisää valtimoiden ahtautumista, kalkkiutumista ja jäykistymistä. Se nostaa LDL-kolesterolin ja triglyseridin määrää ja samalla laskee HDL-kolesterolin määrää. Tupakointi kiihdyttää LDL:n kertymistä valtimoiden seinämiin. Se aiheuttaa tulehdusreaktiota verisuonten seinämissä, mikä nopeuttaa kalkkeutumista ja suurentaa veritulpan riskiä sekä altistaa elimistöä hapenpuutteelle ja ateroskleroosille. Tupakointi siis lisää merkittävästi sepelvaltimotaudin (angina pectoriksen tai sydäninfarktin) ja rytmihäiriöiden vaaraa. (Suomen Sydänliitto ry 2015c.)

Alkoholin kohtuukäytöllä (naisilla yksi ravintola-annos ja miehillä kaksi ravintola-annosta vuorokaudessa) on todettu olevan suojaava vaikutus sydän- ja verisuonisairauksissa, koska pieninä määrinä alkoholi lisää HDL-kolesterolin pitoisuutta veressä ja vähentää verenhiyytymistäipumusta. Alkoholia ei kuitenkaan suositella sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä. Alkoholissa on itsessään paljon energiaa ja useimmiten runsaasti lisättyä sokeria, mikä altistaa lihomiselle. (Suomen Sydänliitto ry 2012.) Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja sillä on suora sydämen supistusvoimaa heikentävä vaikutus. Se voi aiheuttaa alkoholikardiomyopatiaa ja sydämen vajaatoiminnan kehittymisen. Alkoholi lisää myös sydämen rytmihäiriöitä. (Miettinen 2011, 112.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää kehittämisprojektin (Hoi-Pro) päätösseminaari Turun yliopistollisen keskussairaalan sydäntoimialueella. Päätösseminaarissa esiteltiin sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle kehittämisprojektin sydänaiheisten opinnäytetöiden tuloksia ajalta 2009–2014. Tuloksia käytettiin keskustelun pohjana ja ne tuottivat arvokasta tietoa uudesta toimintaympäristöstä. Kysymyksinä toimivat seuraavat:

1. Mistä asioista sydänpotilaat halusivat saada eniten tietoa?
2. Miten sydänpotilaiden hoitoajat ovat muuttuneet kehittämisprojektin aikana?
3. Miten sydänpotilaat kokivat yksiköiden väliset ja T-sairaalan sisäiset potilassiirrot?
4. Mitä mieltä sydänpotilaat olivat uusista T-sairaalan tiloista?
5. Miten päätösseminaarin suunnittelu ja toteutus onnistui?

7 OPINNÄYTETYÖN TOIMINNALLINEN OSUUS

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät toiminnallisuus eli ammatillinen taito, teoreettisuus eli ammatillinen tieto, tutkimuksellisuus ja raportointi eli ammatillinen viestintätaito. Toisin kuin tutkimuksessa toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena on tuotos tai tuote, tässä tapauksessa se on seminaari. (Vilkkä 2010.)

7.1 Päätösseminaarin suunnittelu

Päätösseminaarin suunnittelu alkoi yhteydenotolla sydänkeskuksen yhteyshenkilöön ylihoitaja Heidi Laineeseen, joka on ollut tiiviisti mukana kehittämissuunnitelmassa. Ylihoitajan kanssa sovittiin tapaaminen, jossa suunniteltiin päätösseminaria. Tapaamisessa ylihoitaja toi esille hänen toiveensa rennosti, mutta asiaa sisältävästä, jossa myös henkilökunnalla olisi mahdollisuus kysyä ja kommentoida vapaasti. Seminaarin sisällön suunnittelu ja toteutus jäi opinnäytetyön tekijöiden vastuulle. Ajankohdaksi sovittiin torstai 2. huhtikuuta 2015 ja paikaksi Tyksin T-sairaalan sydänpoliklinikan neuvotteluhuone. Seminaarin esitystavaksi valittiin PowerPoint-esitys ja pituudeksi sovittiin noin 1,5 tuntia. Ylihoitaja lupasi järjestää seminaariin kahvitarjoilun Tyksin puolesta ja valokuvia T-sairaalan muuttopäivästä.

Seminaarin ajankohdan ja paikan varmistamisen jälkeen etsittiin Hoi-Pro -projektiin liittyvät sydänaiheiset opinnäytetyöt. Opinnäytetöitä etsittiin Theseus-verkkokirjastosta. Hakusanoina käytettiin: Hoi-Pro, kehittämissuunnitelma, sydänkeskus, sydäntoimialue, sydänpotilas, kehittämissuunnitelma, tulevaisuuden sairaala. Turun ammattikorkeakoulun sydänaiheisiä Hoi-Pro -opinnäytetöitä löytyi Theseus-verkkokirjastosta kahdeksan (8) ja ylemmän ammattikorkeakoulun Hoi-Pro -opinnäytetöitä neljä (4). Opinnäytetyön tekijät jakoivat aiheet keskenään, jolloin molemmilla olisi yhtä paljon vastuuta seminaarissa.

Ammattikorkeakoulun Hoi-Pro -opinnäytetöissä on selvitetty sydänpotilaiden hoitoaikoja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2006–2009 (Helin, Järvinen & Matola 2012) ja vuosina 2010–2013 (Lehtola & Virrasoja 2014), kartoitettu sydänpotilaiden kokemuksia T-sairaalan tiloista ja T-sairaalan sisäisestä potilassiirroista (Lindström, Purtsi & Zwegberg 2014) ja yksiköiden välisistä potilassiirroista (Juvonen, Niskakangas & Tammisto 2011), testattu (Rusi & Tiitinen 2013) Sairaalapotilaan tiedontarve-mittaria (SPTT©) (Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003) sydäntoimialueen potilailla, kartoitettu (Moilanen 2014; Ahlgren & Hyyrönmäki 2014) SPTT©-mittarilla sydänpotilaiden tiedontarvetta sekä selvitetty kardiologisen poliklinikkapotilaan ohjausmenetelmiä potilaan näkökulmasta Salon aluesairaalan kardiologisella poliklinikalla (Malmi & Virtanen 2013). Rusin ja Tiitisen (2013) SPTT©-mittarin testaus -opinnäytetyö rajattiin esiteltävien töiden ulkopuolelle, sillä se ei tarjonnut konkreettisia kehitysideoita hoitotyöhön.

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä on tuotettu tietoa sairaanhoitajan tarvitsemasta osaamisesta sydänleikatun potilaan hoitotyössä (Lähde 2014), selvitetty sydänkeskuksen henkilökunnan kokemuksia perehdytyksestä siirryttäessä uuteen sairaalaan ja organisaatiomalliin (Niemi 2014), selvitetty T-sairaalan tilojen toimivuutta eri näkökulmista (Leino 2014) sekä selvitetty mitä osaamista erikoissairaanhoidossa tarvitaan ravitsemushoidon toteutuksessa (Kiikeri 2013).

Päätösseminaariin tehtiin seminaarikutsu (Liite 1). Seminaarikutsu haluttiin tehdä mahdollisimman houkuttelevaksi ja siinä esiteltiin selkeästi aiheet, joita seminaarissa käsitellään. Apuna seminaarikutsun tekemisessä käytettiin Adobe Photoshop CS3 -ohjelmaa. Seminaarikutsu lähetettiin ylihoitajalle, joka lähetti kutsun sydänkeskuksen henkilökunnalle noin viikkoa ennen päätösseminaaria.

Seminaariin tehtiin 60-sivuinen PowerPoint-esitys, jossa pyrittiin selkeyteen, mielenkiintoisuuteen ja hyödyllisyyteen luomalla esitykselle sydänaiheinen ulkoasu ja lisäämällä esitykseen kuvia, joita saatiin ohjaavalta opettajalta, ylihoitajalta sekä Internetistä.

7.2 Päätösseminaarin toteutus ja sisältö

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli päätösseminaari järjestettiin sovitusti torstaina 2. huhtikuuta 2015 Tyksin T-sairaalan sydänpoliklinikan neuvottelu-huoneessa. Seminaarin esittämisestä vastasivat opinnäytetyön tekijät. Tekijät saapuivat paikalle tuntia ennen seminaarin alkua tekemään etukäteisjärjestelyitä, kuten tuolien ja pöytien järjestäminen esitystä varten. Lisäksi varmistettiin videoyhteyden sekä muiden laitteiden toimivuus. Seminaarin oli tarkoitus alkaa klo 13. Henkilökunnan asettautuessa odotteluaika käytettiin ylihoitajalta saatujen valokuvien esittelyyn. Valokuvat olivat T-sairaalan muuttopäivästä lähes päivälleen kahden vuoden takaa, joissa näkyi paljon sydänkeskuksessa työskenteleviä sairaanhoitajia. Seminaariin osallistui 23 hoitajaa, ohjaava opettaja sekä ylihoitaja. PowerPoint -esityksen alussa tekijät esittäytyivät ja kertoivat kehittämisprojektista, minkä jälkeen opinnäytetöiden tuloksia esitettiin opinnäytetyö kerrallaan.

7.2.1 Potilassiirrot sydänpotilaiden kokemana

Ensimmäisenä esiteltiin potilassiirtoihin liittyvät kaksi opinnäytetyötä. Opinnäytetöiden tarkoituksena oli kartoittaa sydänpotilaiden kokemuksia yksiköiden välisistä potilassiirroista. Opinnäytetöiden mukaan suurin osa sydänpotilaista oli pääasiassa tyytyväisiä potilassiirtoihin, eivätkä he osanneet eritellä niihin liittyviä ongelmia. Potilassiirtojen sujuvuutta ehkäiseviksi tekijöiksi mainittiin potilaiden kokema kylmyys siirron aikana, pitkät odotusajat, yksin jättäminen ja riittämätön informaatio siirrosta. (Juvonen ym. 2011 ja Lindström ym. 2014.) Opinnäytetöissä ei tullut selkeitä kehitysideoita potilassiirtoihin liittyen. Seminaarin esittäjät ehdottivat itse hoitotyön kehitysideoiksi potilaan riittävästä lämmöstä huolehtimisen siirron aikana, riittävän informaation antamisen siirtotapahtumasta potilaalle (miksi, miten, milloin, minne siirretään) sekä kiinnitettäisiin erityistä huomiota siirroissa, millä välttyttäisiin sänkyjen törmääminen seinin ja oviin. Ehdotettiin myös siirtämistä potilaan jalat edellä, koska potilaat haluavat usein nähdä minne päin heitä siirretään.

7.2.2 T-sairaalan tilat sydänpotilaiden kokemana

Lindström ym. (2014) opinnäytetyössä kartoitettiin potilassiirtojen lisäksi sydänpotilaiden kokemuksia Tyksin uuden T-sairaalan tiloista. T-sairaalan tiloissa sydänpotilaat arvostivat yleistä tilojen avaruutta, valoisuutta, osastojen päiväsaleja sekä yleisten tilojen taidetta ja viihtyvyyttä. Puutteita olivat pitkät käytävät, epäselvät opasteet ja osa kyseenalaisti arkkitehtuurisia ratkaisuja, kuten liian isoja aulatiloja. Kokonaisuutena sydänpotilaat kokivat uuden sairaalan tilat onnistuneiksi. Seminaarin esittäjät kertoivat omilta harjoittelujaksoltaan potilailta saamia palautteita uuden sairaalan tiloista, jotka olivat samassa linjassa opinnäytetyössä tulleiden kommenttien kanssa.

7.2.3 Sydänpotilaiden hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Sydänpotilaiden hoitoaikoja käsiteltiin kahdessa opinnäytetyössä. Vuosina 2006–2009 sydämen vajaatoimintapotilailla ja sydäninfarktipotilailla hoitoaikojen keskiarvo oli pisin, viisi vuorokautta tai yli. Puolestaan kurkku- ja rintakipupotilailla hoitoajan keskiarvo oli lyhin, 1,7 vuorokautta. (Helin ym. 2012.) Vuosina 2010–2013 pisimmät sydänpotilaiden hoitoajat olivat aorttaläpän vioissa 6,4 vuorokautta ja sydämen vajaatoiminnassa 6,3 vuorokautta. Puolestaan lyhin hoitoaika oli kurkku- ja rintakivussa 1,7 vuorokautta. Aineistojen perusteella sydänpotilaiden hoitoajat lyhenivät keskimäärin 0,45 vuorokaudella T-sairaalaan tiloihin muuton jälkeen. Hoitoaika lyheni suurimmillaan eteiskammiokatkoksessa tai vasemmanpuoleinen haarakatkossa (1,1 vuorokautta) ja pienimmillään eteisvärinässä tai eteislepatuksessa sekä kurkku- ja rintakivussa (0,2 vuorokautta). (Lehtola ym. 2013.) Seminaarin osallistujien mielestä hoitoaikoihin vaikutti eniten muun muassa nopea angiografiaan pääsy sekä onnistunut organisaatiomuutos: potilaat ohjautuvat nopeammin oikealle toimialueelle hoitoon. Myös ennaltaehkäisevän hoitotyön ajateltiin vaikuttaneen asiaan. Esittäjät ehdottivat myös jatkotutkimusideana hoitoaikojen vertailua nyt, kun toiminta on kahdessa vuodessa vakiintunut.

7.2.4 Sairaalan tilojen toimivuuden evaluointi

Sairaalan tilojen toimivuuden evaluointitutkimukseen vastasi henkilökuntaa jokaiselta toimialueelta. Kysymyksiä oli seitsemästä osa-alueesta: tilamitoituksesta, eri laatutasoisten tilojen sijoittelusta, kuvantamistilojen sijoittelusta, tilojen sijoittelusta infektioiden torjunnan näkökulmasta, varastotiloista ja logistiikasta, kulkuväylien toimivuudesta sekä moniammatillisuuden mahdollistumisesta. Sydänkeskus oli sairaalan suunnitteluprosessiin osallistumalla pystynyt vaikuttamaan oman alueensa poliklinikkatilojen, valvontaosastojen ja vuodeosastojen sijoittumiseen T-sairaalassa siten, että ne ovat lähekkäin samassa kerroksessa, jonka vuoksi sydänkeskuksen vastaukset näyttivät olleen kautta linjan keskimääräistä positiivisempia: muun muassa sydäntoimialueella koettiin eristyshuoneiden ja yhden hengen huoneiden määrät tarpeita vastaavina sekä sydäntoimialueen vastaajat olivat tyytyväisimpiä poliklinikkatilojen sijoitteluun (Leino 2014). Henkilökunta piti itsekin sairaalan opasteita vaikeasti luettavina ja ovien aukaisupainikkeiden sijoittelua outona. Muuten osallistujat vaikuttivat olevan yhtä mieltä opinnäytetyön tulosten kanssa: toimialueen suunnittelu oli onnistunut.

7.2.5 Perehdytys muutoksen tukena

Niemen (2014) projektin tavoite oli hoitohenkilökunnan perehdytys tulevaisuuden muutostilanteita varten. Kehittämiprojektissa selvitettiin sydäntoimialueen hoitohenkilökunnan kokemuksia organisaatiomuutoksesta, T-sairaalan toimintaympäristön perehdytyksestä ja toimintojen yhdistymisestä. Tuloksista nähdään sydäntoimialueen hoitohenkilökunnan täydennys- ja lisäkoulutustarpeita muutoksen jälkeen.

Seminaarissa esiteltiin kyselylomakkeen tuloksia, jotka koskivat sydänpotilaan hoitoon liittyvää substanssiosaamista ja prosessiosaamista sekä organisaation antamaa yleistä perehdytystä T-sairaalan tiloihin ja uusiin laitteisiin. Aihe ei he-

rättänyt keskustelua henkilökunnassa. Tulokset olivat kahden vuoden takaa ja sydänkeskuksessa järjestetään aktiivisesti henkilökunnan täydennyskoulutusta.

7.2.6 Sydänpotilaiden tiedontarve ja potilasohjaus

Sydänpotilaiden tiedontarvetta kartoitettiin Turun yliopistollisessa keskussairaalassa SPTT©-mittarilla. SPTT©-mittari on kyselylomake, joka sisältää taustakysymysten lisäksi väittämiä osa-alueilta, joita ovat: biologis-fysiologinen, kokeuksellinen, eettinen, sosiaaliyhteisöllinen ja taloudellinen tiedontarve. Eniten potilaat kaipasivat tietoa sairauden aiheuttamista oireista ja mihin ottaa yhteyttä, jos oireet pahenevat. Tietoa haluttiin myös tehtävistä tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä komplikaatioista. Lisäksi haluttiin tietoa liikunnasta, levosta ja ruokavaliosta. (Ahlgren ym. 2014.)

Malmen ja Virtasen (2013) opinnäytetyössä selvitettiin Salon aluesairaalan työikäisen kardiologisen poliklinikkapotilaan ohjausmenetelmiä potilaan näkökulmasta. Perinteinen kirjallinen ja suullinen yksilöllinen ohjaus oli potilaille mielekäintä ja sitä haluttiin myös jatkossa. Sen sijaan vastaajat eivät halunneet saada tietoa esimerkiksi tekstiviestillä, eivätkä he kaivanneet tietoa potilasyhdistyksistä tai vertaistukiryhmistä.

7.2.7 Sydänleikatun potilaan hoitotyön osaaminen

Lähteen (2014) Sydänleikatun potilaan hoitotyön osaamisen kehittämissuunnitelmassa tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajan tarvitsemasta sydänleikatun potilaan hoitotyön osaamisesta. Tarkoituksena oli tunnistaa hoitotyön perus- ja erityisosaaminen Sydäntoimialueella ja tehohoitopalveluissa sekä kartoittaa tulevaisuuden osaamisen tarpeet uuteen organisaatiomalliin siirryttäessä. Sydänleikatun potilaan hoitotyön osaamiskuvausten avulla voidaan tukea potilaslähtöisyyttä ja –turvallisuutta.

Tuloksena syntyi osaamiskartta. Osaamiskartta on jaettu kliniseen osaamiseen, ammatilliseen vastuuseen, vuorovaikutusosaamiseen sekä opettamis- ja ohja-

usosaamiseen. Osaamiskarttaa voidaan käyttää hyväksi henkilöstön osaamisen kartoittamisessa, henkilöstön osaamisen arvioinnissa, kehityskeskusteluissa, rekrytoinnissa, uusien työntekijöiden perehdytyksessä, täydennyskoulutuksen suunnittelussa, tulevaisuuden osaamisalueiden määrittelyssä ja osaamisen kehittämisen suunnittelussa, toteutuksessa, seurannassa ja arvioinnissa. (Lähde 2014.)

7.2.8 Ravitsemushoidon osaaminen erikoissairaanhoidossa

Ravitsemushoidon osaamiseen liittyvässä kehittämissuunnitelmassa selvitettiin ravitsemushoidon osaamista erikoissairaanhoidossa sisätautien klinikan henkilökunnan vastausten, aiempien tutkimusten, suositusten, ohjeistuksen ja asiantuntijapaneelin avulla. Opinnäytetyön tulosten perusteella ravitsemushoidon osaamisessa on puutoksia: seulontamenetelmät aliravitsemukselle eivät olleet tuttuja ja ravitsemushoidon kirjaaminen tapahtui harvoin suositusten mukaisesti. Projektista syntyi tuloksena osaamiskartta, jota voidaan käyttää eri toimintayksiköissä ravitsemushoidon kehittämisen ja osaamisen määrittämiseen. (Kiikeri 2013.) Hoitotyön kehittämissuunnitelman väliraportissa (2015) mainitaan perioperatiivisen ravitsemushoidon osaamisen kehittämisen käynnistyneen sydänkeskuksessa. Seminaariyleisön vastausten perusteella ravitsemuksen mittareiden käyttö ei kuitenkaan ole lähtenyt vielä toivotulla tavalla käyntiin.

7.3 Päätösseminaarin arviointi

Opinnäytetyöhön kuului päätösseminaarin arviointi. Arvioinnissa otettiin huomioon ohjaavan opettajan ja ylihoitajan suullinen palaute sekä seminaariin osallistuneen henkilökunnan kirjallinen ja suullinen palaute. Seminaariin osallistujat saivat seminaarin alussa tekijöiden suunnitteleman yksinkertaisen palautelomakkeen (Liite 2), johon suunniteltiin kolme kysymystä: Oliko seminaari ja sen aiheet kiinnostavia ja ajankohtaisia, opitko jotain uutta, pystyisitkö hyödyntämään tuloksia jatkossa. Lomakkeen loppuun sai kommentoida vapaasti ja antaa

yleisarvosanan esitykselle 1-5 väliltä. Tilaisuudessa jaettiin 15 palautelomaketta, joista täytettyinä saatiin 10.

Sisällöllisesti seminaari oli osallistujien mielestä hyödyllinen ja hyvin esitetty. Palautelomakkeeseen vastaajista 90 % piti seminaarinesityksen aiheita ja ulkoasua kiinnostavana. Seminaarin aiheita piti ajankohtaisina kaikki vastanneista. Kaikki vastanneet vastasivat oppivansa jotain uutta seminaarin tuloksista. Yli puolet vastasi pystyvänsä hyödyntämään tuloksia jatkossa. Osa vastasi lomakkeeseen myös kirjallisesti. Kirjallisissa vastauksissa on muun muassa todettu pystyvän hyödyntämään tuloksia potilaan ohjauksessa ja potilassiirrossa. Eräs vastaaja oli myös maininnut ajavansa mittareiden käyttöönottoa eteenpäin. Positiivista palautetta saatiin selkeästä esityksestä, pitkäaikaisesta tutkimuksesta, hyvin suunnitellusta seminaarista sekä tehdystä selvitystyöstä henkilökunnan mielipiteistä ja potilashoidosta. Seminaarin kokonaisarvosanan keskiarvoksi saatiin vastausten perusteella 4.

Tilaisuuden jälkeen palautetta saatiin myös suullisena, joka oli lähes poikkeuksetta positiivista. Palautteen perusteella vastaavanlaisille tilaisuuksille olisi kysyntää. Myös seminaarin esittäjät kokivat seminaarin tarpeelliseksi ja onnistuneeksi. Seminaarin järjestäminen vaatii perusteellista suunnittelua ja perehtymistä esitettävään aiheeseen. Ylihoitajan pyynnöstä PowerPoint-esitys on saatavilla henkilökunnalle sydänkeskuksen intranet-sivulla.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö pohjautuu luotettaviin lähteisiin ja niihin tulee suhtautua kriittisesti. Opiskelijan arkieettisyys opinnäytetyössä ilmenee sopimuksen noudattamisessa. Sovituista aikatauluista pidetään kiinni ja toimeksiantajan toiveet on otettu huomioon. Tässä opinnäytetyössä on käytetty monipuolisesti luotettavia lähteitä. Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys edellyttävät hyvien tutkimuskäytäntöiden noudattamista. Tulokset ovat julkisia ja ne tulee esittää rehellisesti sellaisenaan mitään muuttamatta. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2002.) Tämä opinnäytetyö ei ole tutkimus. Sen sijaan opinnäytetyö käsittelee aikaisempien opinnäytetöiden tuloksia, joita tulee käsitellä huolellisesti mitään muuttamatta. Tulokset eivät saa vääristyä. Tuloksia on kunnioitettu ja ne on esitetty niin kuin tutkimuksen tekijä ne on esittänyt. Anonymiteetin säilyttäminen ei ole tässä opinnäytetyössä ongelma, koska tekijät eivät itsekään tiedä tulosten perusteella tarkemmin ketä on tutkittu. Opinnäytetyössä käytettävät tutkimukset ja heidän tekijät tulee viitata asianmukaisesti niin opinnäytetyön raportissa kuin päätösseminaarissa.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 3-4) eli TENK edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäisee tutkimusvilppiä. Lisäksi se edistää tutkimuseetiikkaa koskevia keskusteluja ja tiedotusta Suomessa sekä seuraa alan kehitystä kansainvälisellä tasolla. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tulee opetuksessa sisällyttää hyvään tieteellisiin käytänteisiin perehdyttäminen ja tutkimuseetiikan opettaminen. Keskeisiä lähtökohtia tieteellisessä tutkimuksessa on, että noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa sekä tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa. Tutkimukset ovat aina julkisia, joten siihen liittyy avoimuus ja vastuullisuus. Aikaisemmat tutkimukset ja niiden tekijät otetaan asianmukaisella tavalla huomioon. Viittaukset ovat oikeaoppiset, ja annetaan kunniaa saavutuksille ja niille kuuluva arvo ja merkitys omassa työssä ja sen tuloksia julkaistaessa. Ennen tutkimuksen aloittamista, mahdolliset luvat täytyy olla hankittuna.

Opinnäytetyön aiheet rajattiin koskemaan vain sydänpotilaita ja lisäksi kaikkien opinnäytetöiden piti olla Hoi-Pro-hankkeesta. Opinnäytetöitä oli sekä ammattikorkeakoulun että ylemmän ammattikorkeakoulun koulutusohjelmista. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä oli käytetty Delfoi-menetelmää, jossa oli käytetty asiantuntijapaneelia. Ammattikorkeakoulun puolelta kaksi opinnäytetöitä käsitteli potilasohjauksesta, jossa käytettiin SPTT©-mittaria, jossa on 10 taustakysymyksen lisäksi 40 väittämää, mikä tekee kyselystä suhteellisen pitkän. Tulosten luotettavuus voi vääristyä, jos potilas on kyselyn aikana esimerkiksi väsynyt ja vastaa lukematta väittämiin. Myös pieni vastaaja määrä voi vaikuttaa luotettavuuteen eikä tuloksia voi yleistää. Opinnäytetyö, joka käsitteli vuoden 2013 hoitoaikoja, ei anna täysin oikeaa kokonaiskuvaa, sillä muutto T-sairaalan tiloihin tapahtui vasta huhtikuussa 2013 ja toiminta ei ollut heti vakiintunut. Tämä on kuitenkin asioita, joihin tämän opinnäytetyön tekijät eivät ole pystyneet vaikuttamaan.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää hoitotyön kehittämissuorituksen (Hoi-Pro) päätösseminaari Turun yliopistollisen keskussairaalan sydäntoimialueella. Päätösseminaarissa esiteltiin sydänaiheisten Hoi-Pro-opinnäytetöiden tuloksia sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetöiden tuloksista voidaan päätellä, että Tyksin uusi sydänkeskus on onnistunut toimialueena. Tästä kertoo muun muassa lyhentyneet hoitoajat sekä potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyys uusiin tiloihin. Sydänpotilaiden hoitoajat lyhenivät keskimäärin 0,45 vuorokaudella organisaatiomuutoksen jälkeen. Tilloissa potilaat sen sijaan arvostivat yleistä tilojen avaruutta, valoisuutta, osastojen päiväsaleja sekä yleisten tilojen taidetta ja viihtyvyyttä. Henkilökunta taas arvosti sydänkeskuksen poliklinikkatilojen, valvontaosastojen ja vuodeosastojen sijoittumista samaan kerrokseen lähekkäin toisiaan. Myös eristyshuoneiden ja yhden hengen huoneiden määrät koettiin tarpeita vastaavina.

Potilassiirrot koettiin entisessä klinikkamallissa A-sairaalassa ja nykyisessä toimialuemallissa T-sairaalassa yhtä hyvin onnistuneiksi. Potilassiirtoihin kehittämiskohteiksi nousi potilaan lämpimänä pito siirron aikana, pitkien odotusaikojen ja yksin jättämisen välttäminen sekä riittävän informaation antaminen siirrosta potilaalle.

SPTT[®]-mittarilla kartoitettuna sydänpotilaat tarvitsivat eniten tietoa sairauden aiheuttamista oireista, hoitovaihtoehdoista ja tehtävistä tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä komplikaatioista. Myös elintavat, kuten liikunta, ruokavalio ja lepo kiinnostivat.

Päätösseminaari oli saadun palautteen perusteella tarpeellinen ja hyvä keino nostaa esille kehitettäviä asioita sydänpotilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sydänkeskuksen hoitotyön kehittämisessä esiteltävien opinnäytetöiden tulosten ja kehittämiskohteiden pohjalta. Jatkoehdotuksena on vastaavanlaisten tulokatsausten järjestäminen henkilökunnalle jopa yksittäisistä opinnäytetöistä, joista voidaan nostaa kehittämiskohteita hoitotyöhön.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Sydänpotilaat tarvitsivat eniten tietoa sairauden aiheuttamista oireista, hoitovaihtoehtoista ja tehtävistä tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä komplikaatioista. Myös elintavat, kuten liikunta, ruokavalio ja lepo kiinnostivat.
2. Sydänpotilaiden hoitoajat lyhenivät keskimäärin 0,45 vuorokaudella organisaatiomuutoksen jälkeen. Hoitoaika lyheni suurimmillaan eteis-kammiokatkoksessa tai vasemmanpuoleinen haarakatkossa (1,1 vuorokautta) ja pienimmillään eteisvärinässä tai eteislepatuksessa sekä kurku- ja rintakivussa (0,2 vuorokautta).
3. Suurin osa sydänpotilaista oli pääasiassa tyytyväisiä potilassiirtoihin, eivätkä he osanneet eritellä niihin liittyviä ongelmia. Potilassiirtojen sujuvuutta ehkäiseviksi tekijöiksi mainittiin potilaiden kokema kylmyys siirron aikana, pitkät odotusajat, yksin jättäminen ja riittämätön informaatio siirrostä.
4. Kokonaisuutena sydänpotilaat kokivat uuden sairaalan tilat onnistuneiksi. T-sairaalan tiloissa sydänpotilaat arvostivat yleistä tilojen avaruutta, valoisuutta, osastojen päiväsaleja sekä yleisten tilojen taidetta ja viihtyvyyttä. Puutteita olivat pitkät käytävät, epäselvät opasteet ja osa kyseenalaisia arkkitehtuurisia ratkaisuja, kuten liian isoja aulatiloja.
5. Päätösseminaarin suunnittelu vaatii perusteellista perehtymistä käsiteltäviin aiheisiin ja tuloksiin. Seminaarin suunnittelu ja toteutus onnistuivat kirjallisen ja suullisen palautteen perusteella hyvin. Vastaavanlaisille tilaisuuksille olisi palautteen perusteella kysyntää.

LÄHTEET

- Airaksinen, J. 2012. Tyksin vuonna 2013 aloittavat toimialueet esittäytyvät. Lasaretti 1/2012. Viitattu 25.4.2015. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet- viestinta/julkaisut/Documents/Lasaretti-2012-1.pdf>
- Aalto-Setälä, K. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Ahlgren T. & Hyrrönmäki K. 2014. Sydäntautipotilaiden tiedontarpeen mittaaminen STPP- mittarilla. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Diabetesliitto 2015a. Diabetes tietoa. Yleistä diabeteksestä. Diabetestyytit. Viitattu 3.2.2015. [http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_ diabeteksesta/diabetestyytit](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta/diabetestyytit)
- Diabetesliitto 2015b. Diabetes tietoa. Tyyppi 1. Elinmuutosten ehkäisy. Verisuonisto. Viitattu 3.2.2015. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/elinmuutosten_ ehkaisy/verisuonisto
- FINLEX 2015. Ajantasainen lainsäädäntö: 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 20.4.2015 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Helin H., Järvinen A. & Matola J. 2012. Sydänpotilaiden hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2006-2009. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Helske, S. & Kupari, M. 2011. Aorttaläpän ahtauma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99284.pdf>
- Hippeläinen, M. 2011. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- HUS 2015. Rytmihäiriön katetrihoito. Sairaanhoito. Sairaanhoitopalvelut. Sydänsairaudet. Kardiologia. Yleisempiä toimenpiteitä. Viitattu 26.4.2015. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/kardiologia/yleisimpia-toimenpiteita/Sivut/Rytmihäiriön-katetrihoito.aspx>
- Juvonen, J., Niskakangas J. & ; Tammisto L. 2011. Yksiköiden väliset potilassiirrot: sydänpotilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Juvonen, T. 2010. Rinta-aortta. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Järvi, U. 2011. TYKS piirtää erikoissairaanhoidon uusiksi. Lääkärehti. Lääkärehtien uutisia. Viitattu 15.2.2015. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=10478/type=1
- Kajaanin ammattikorkeakoulu 2002. Eettisyys. Opinnäytetyöpakki. Teoreettinen materiaali. Tutkimusmateriaali. Viitattu 17.2.2015. <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Eettisyys>
- Kettunen, R. 2014a. Terveyskirjasto. Rytmihäiriöt. Viitattu 10.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00083
- Kettunen, R. 2014b. Terveyskirjasto. Eteisvärinä (flimmeri). Viitattu 10.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015
- Kettunen, R. 2014c. Terveyskirjasto. Tiheälyöntiset rytmihäiriöt (takykardia). Viitattu 10.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00087#s2

- Kettunen, R. 2014d. Sepelvaltimotaudin eri asteet. Duodecim. Sydänsairaudet. Viitattu 17.4.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00099
- Kettunen, R. 2014e. Sydäninfarkti. Terveyskirjasto. Viitattu 17.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086
- Kettunen, R. 2014f. Sydämen läppäviat. Terveyskirjasto. Viitattu 25.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00081
- Kettunen, R. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Kivelä, A. 2014. Pallolaajennuksen kulku. Duodecim. Sydänsairaudet. Viitattu 27.4.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00183
- Kummel M. & projektiryhmä. 2013. Projektisuunnitelma. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro)
- Kummel, Pelander, Heikkinen, Laine, Johansson, Hedman & Lundgren-Laine. 2014. Projektin väliraportti. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro)
- Kuukasjärvi, P., Laurikka, J. & Tarkka, M.. 2010. Rintakehän ja pleuran kirurgia. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Käypä hoito 2013. Diabetes - uhka terveydelle. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Viitattu 3.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00066&suositusid=hoi50056> ja
- Käypä hoito 2014. Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Viitattu 10.4.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50036#s12>
- Laurikka, J., Kuukasjärvi, P., Tarkka, M., Järvinen, A. & Lepojärvi, M. 2010. Sydän ja sydänpuusi. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehtola P. & Virrasoja T. 2014. Sydänpotilaiden hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2010-2013. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Leino T. 2014. Sairaalan tilojen toimivuuden evaluointi. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma (ylempi AMK).
- Lindström R., Purtsi S. & Zwegberg M. 2014. Yksiköiden väliset potilassiirrot ja Tyksin uudet T-sairaalan tilat: sydänpotilaiden kokemana vuodeosastoilla. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lommi, J. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Lund, J. 2014/25. Sydänääni. Teemanumero 2A luku 4. Viitattu 10.4.2015. http://www.fincardio.fi/@Bin/982092/sa_teema2A_14_luku4.pdf
- Lähde E. 2014. Sydänleikatun potilaan hoitotyön osaaminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma (ylempi AMK).
- Majahalme, S. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.

- Yli-Mäyry S. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Malmi K. & Virtanen T-M. 2013. Kardiologisen potilaan potilasohjaus Salon aluesairaalan poliinikalla. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Miettinen, H. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Moilanen M. 2014. Sairaalapotilaan tiedontarve sydäntoimialueen potilailla SPTT©-mittarilla mitattuna. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Mustajoki, P 2013. Terveyskirjasto. Valtimotauti. Viitattu 29.1.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095
- Mäkijärvi, M. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Niemi L. 2014. Perehdytys muutoksen tukena. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma (ylempi AMK).
- Niskanen, L. 2011. Teoksessa Mäkijärvi M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Peltoniemi, M. 2013. Mittava muutto-operaatio toteutui mallikkaasti. Lasaretti 1/2013. Viitattu 26.4.2015. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Lasaretti-2013-1.pdf>
- Potilashoidon vuosikertomus 2013 Sydänkeskus. VSSH. toimipaikat. Turun yliopistollinen keskussairaala. Sydänkeskus. Viitattu 21.5.2015. http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/PHVK_sydankeskus.pdf
- Raatikainen, P. 2014. Sydänsairaudet. Duodecim. Eteislepatustyytit ja eteislepatuksen toteaminen. Viitattu 10.4.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00365
- Raatikainen, P. 2011. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Kariston kirjapaino Oy.
- Salonen K. 2013. Näkökulmia tutkimukseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.2.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen täydennyskoulutussuositus. Julkaisut. Viitattu 3.5.2015. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1068121>
- Suomen Sydänliitto ry. 2012. . Alkoholi. Etusivu. Oikopolut. Elintavat. Terveellinen ruoka ja syöminen. Nautintoaineet Viitattu 7.2.2015. http://www.sydanliitto.fi/alkoholi1#.VNYx_ku5Hu0
- Suomen Sydänliitto ry 2015a. Tilastot ja sanasto. Oikopolut. Viitattu 27.1.2015. <http://www.sydanliitto.fi/tilastot-ja-sanasto#.VMd8-misXtt>
- Suomen Sydänliitto ry 2015b. Lähtökohdat. Sydänliitto. Viitattu 27.1.2015 <http://www.sydanliitto.fi/sydanterveydenlahtokohdat#.VNZRc0u5Hu0>
- Suomen Sydänliitto ry 2015c. Elintavat. Oikopolut. Viitattu 31.1.2015. <http://www.sydanliitto.fi/elintavat#.VMzj3misXts>
- Superecg 2013. Eteislepatus. Viitattu 10.4.2015. <http://www.superecg.com/fi/infobank/eteislepatus/>

- Syvänne, M. 2014. Sydämen sähköinen toiminta. Sydän.fi. Terveys ja hyvinvointi. Viitattu 10.4.2015. <http://www.sydan.fi/terveys-ja-hyvinvointi/sydamen-sahkoinen-toiminta>
- Syvänne, M. 2015. Sydänsairauksien oireet. sydän.fi. Sydänsairaudet ja hoito. Viitattu 18.4.2015. <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/sydansairauksien-oireet>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 13.3.2015. http://www.etiikanpaivat.fi/sites/etiikanpaiva.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf
- THL 2013. Fredriksson, S.; Rautiainen, H. & Rasilainen, J. Somaattinen erikoissairaanhoido 2012. Tilastoraportti 33/2013. Viitattu 19.2.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110864/Tr33_13.pdf?sequence=8
- Vikka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 14.2.2015. http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf
- Yli-Mäyry, S. 2014. Kammiotakykardia. Duodecim. Sydänsairaudet. Viitattu 13.4.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00376
- VSSH 2015a. Sairaanhoidopiiri. Viitattu 11.4.2015. <http://www.vssh.fi/fi/sairaanhoidopiiri/Sivut/default.aspx>
- VSSH 2015b. Toimipaikat. Turun yliopistollinen keskussairaala. Sydänkeskus. Viitattu 11.4.2015 <http://www.vssh.fi/fi/toimipaikat/tyks/to2/Sivut/default.aspx>

Seminaarikutsu

SEMINAARIKUTSU

AIKA Torstai 2.4.2015 klo 13–14:30
PAIKKA Sydänpoliklinikka TB3 neuvotteluhuone

Turun ammattikorkeakoulun kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijat Jarkko Heiskanen ja Elina Pollarikoski järjestävät opinnäytetyönään Hoi-Pro -kehittämiprojektin* sydäntoimialueen päätöseminaarin. Seminaari on tarkoitettu koko sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle. Seminaarissa käydään läpi Turun ammattikorkeakoulussa sydänkeskukselle tehty Hoi-Pro-opinnäytetöiden (2009–2014) tulokset. Opinnäytetöiden tulokset ovat tuoneet esiin sydänkeskuksen kehittämiskohteita ja tuottaneet arvokasta tietoa uudesta toimintaympäristöstä, joista seminaarissa on tarkoitus keskustella. Tule kuulemaan potilaiden mielipiteitä, tuomaan oma mielipiteesi esiin projektin tuloksista ja kehittämiskohteista! Tilaisuudessa kahvitarjoilu! Tarjolla videoyhteys (kts. erill. ohje).

SEMINAARIN AIHEET

- ♥ Sydänpotilaiden hoitoaikojen muutokset vuosina 2006–2009 ja 2010–2013
- ♥ Sydänpotilaiden kokemuksia sairaalansisäisistä siirroista U- ja T-sairaalassa
- ♥ Sydänpotilaiden tiedontarve eri osa-alueilta
- ♥ Sairaanhoitajan tarvitsema osaaminen sydänleikatun potilaan hoitotyössä
- ♥ Sairaanhoitajan osaaminen sydänhoitolinjan eri vaiheissa akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoitotyössä
- ♥ Henkilökunnan kokemuksia perehdytyksestä ja organisaatiomuutoksesta siirryttäessä uuteen sairaalaan ja organisaatiomalliin
- ♥ Henkilökunnan kokemuksia T-sairaalan tilojen toimivuudesta

*Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) toteutetaan yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun kesken. Kehittämisprojektin päätavoitteena on tukea sairaanhoitopiiriä sen siirtyessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin hoitotyössä sekä jatkaa hoitohenkilöstön osaamisen kuvausta toimi- ja palvelualueittain.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
 TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Seminaarin palautelomake

PALAUTE

Oliko seminaari ja sen aiheet kiinnostavia ja ajankohtaisia

Seminaari (esitys, ulkoasu): Aiheet:

Kyllä Kyllä

Ei Jotkut

Ei

Opitko jotain uutta?

Kyllä

Jotain

En

Pystyisitkö hyödyntämään tuloksia jatkossa?

Kyllä

Ehkä

En

Vapaa sana (risut, ruusut ja kehitysideat yms.):

Esityksen kokonaisarvosana (1-5): _____

Kiitos!