

SYDÄNPOTILAAN KOTIUTTAMINEN JA JATKOHOITO

Sari Fonsén

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Fonsén, Sari. Sydänpotilaan kotiuttaminen ja jatkohoito. Helsinki, kevät 2010, 70 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Hyvinkään sairaanhoitoalueella toimivien yksityisten ja kunnallisten hoitokotien palvelut ja kokonaisresurssit HUS, Hyvinkään sairaalan potilaiden jatkohoidon järjestämisen kannalta. Tavoitteena oli saada tietoa hoitokodeista, jotka ovat kiinnostuneita sydänpotilaiden jatkohoidosta yhteistyössä sydänosaston kanssa sekä näiden hoitokotien resursseista sydänpotilaiden jatkohoidon järjestämiseksi.

Tutkimus oli kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin toukokuussa 2009 haastattelemalla puhelimitse 25 kunnallisen ja yksityisen hoitokodin johtajaa/vastaavaa Hyvinkään sairaanhoitoalueella. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä aineistolähtöisesti.

Tulosten mukaan 14 hoitokotia ilmaisi kiinnostuksensa yhteistyöhön sydänosaston kanssa ja 11 hoitokotia ilmoitti, etteivät he ole kiinnostuneita tarjoamaan sydänpotilaille jatkohoitopaikkaa.

Yhteistyöstä kiinnostuneet hoitokodit arvioivat voivansa tarjota sydänpotilaille kokonaisvaltaista jatkohoitoa. Hoitokotien edustajat ilmoittivat henkilöstöresurssit määrällisesti ja laadullisesti riittäviksi, koska niissä työskenteli riittävästi sekä lähihoitajia että sairaanhoitajia. Elvytyskoulutuksen oli saanut kaikkien hoitokotien koko hoitohenkilökunta. Yhtä hoitokotia lukuun ottamatta tilojen kerrottiin olevan esteettömät. Tutkimustuloksen mukaan hoitotyön välineresurssit olivat muilta osin hoitokodeissa asianmukaiset mutta elvytysvälineistö ei ollut riittävä sydänpotilaiden jatkohoitoon.

Tutkimustuloksen perusteella voidaan todeta, että hoitokodeissa oltiin kiinnostuneita potilaiden jatkohoidosta yhteistyössä HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa ja että, hoitokotien resurssit sydänpotilaiden jatkohoitoon olivat monipuoliset.

Asiasanat: sydänpotilas, sydänsairaus, kotiuttaminen, jatkohoito, kuntoutus, hoitokoti, palvelun laatu

ABSTRACT

Fonsén, Sari.

Discharge and Further Treatment of Cardiac Patients.

70 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.
Degree: Nurse.

The objective of the study was to survey the services provided by private and municipal nursing homes operating in the Hyvinkää Hospital Area and to examine the full resources available for organising further treatment for patients treated at HUS, Hyvinkää Hospital. A further aim was to identify nursing homes with an interest in providing further treatment for cardiac patients in co-operation with the cardiac unit and, furthermore, to obtain information on the resources of these care providers for organising further treatment.

The approach of the study was qualitative. The research material was collected in May 2009 through telephone interviews of the managers of 25 municipal and private nursing homes within the Hyvinkää Hospital Area. The data from the interviews were examined through material-based content analysis.

The results showed that, while 14 nursing homes expressed an interest in co-operation with the cardiac unit, the other 11 were not interested in providing further treatment for cardiac patients.

The nursing homes that took an interest in co-operation considered themselves able to provide comprehensive further treatment for cardiac patients. Moreover, the representatives of these establishments rated their human resources adequate in quantity and quality, because they employed a sufficient number of both practical nurses and general nurses. All staff at each nursing home had undergone resuscitation training. Except for one nursing home, all interviewees described their facilities as easily accessible. On the basis of the results, the nursing instruments resources at the nursing homes were adequate, but the resuscitation equipment was not sufficient for further treatment of cardiac patients.

On the basis of the results, it can be stated that the nursing homes were interested in providing further treatment in co-operation with the cardiac unit of HUS, Hyvinkää Hospital, and that the nursing homes had versatile resources for providing further care for cardiac patients.

Keywords: cardiac patient, cardiac disease, discharge, further treatment, rehabilitation, nursing home, service quality

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 SYDÄNSAIRAUDET JA NIIDEN HOITOVAIHTOEHDOT	9
2.1 Sepelvaltimotauti	9
2.2 Sydämen rytmihäiriöt	10
2.3 Sydämen läppäviat	11
2.4 Sydämen vajaatoiminta	12
2.5 Lääkehoito	13
3 SYDÄNPOTILAAN OHJAUS	16
3.1 Ohjauksen sisältö ja eettisyys	16
3.2 Ohjaus hoitoon sitouttajana	18
3.3 Omaisten ohjaus	19
4 KOTIUTTAMINEN MONIAMMATILLISENA TIIMITYÖNÄ	22
4.1 Kotiuttaminen	22
4.2 Moniammatillinen tiimityö	22
5 SYDÄNPOTILAAN JATKOHOITO JA KUNTOUTUS	25
5.1 Turvallinen ja asiakaslähtöinen jatkohoito	25
5.2 Kuntoutusprosessi	27
5.3 Kuntoutuksen avaintekijöitä	28
5.4 Omainen ja kuntoutus	30
6 HOITOKODIT SYDÄNPOTILAAN JATKOHOITOPAIKKANA	32
6.1 Yksityinen ja kunnallinen hoitokoti	32
6.2 Hoitokodin tehostettu palveluasuminen	33
7 HOITOKODIN KOKONAISPALVELUT	34
7.1 Hoitokodin palvelut ja palvelun laatu	34
7.2 Hoitopalveluketju	36
8 HOITOKODIN KOKONAISRESURSSIT	37
8.1 Hoitokodin kokonaisresurssien määritelmä	37

8.2	Hoitokodin henkilöstöresurssit	37
8.3	Hoitokodin tilaresurssit.....	39
8.3.1	Hoitokodin esteettömyys ja turvallisuus	39
8.4	Hoitokodin välineresurssit.....	40
9	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	42
10	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	43
10.1	Tutkimuksen kohderyhmä.....	43
10.2	Tutkimuslomake ja tutkimuskirjeet	43
10.3	Aineiston keruu ja analyysi	45
11	TUTKIMUKSEN TULOKSET	47
11.1	Hoitokodin kiinnostus yhteistyöhön ja taustatiedot.....	47
11.1.1	Hoitokodin yhteystiedot ja sijaintikunta.....	49
11.2	Hoitokodin kokonaispalvelut	50
11.2.1	Hoitokodin asiakkaat	50
11.2.2	Hoitokodin asiakkaiden toimintakyky	51
11.2.3	Hoitokodin palvelut asiakkailleen.....	51
11.2.4	Hoitokodin lääkehoitopalvelut	52
11.3	Hoitokodin henkilöstöresurssit	52
11.3.1	Henkilöstön kokonaismäärä.....	52
11.3.2	Henkilöstön koulutus	53
11.3.3	Henkilöstön elvytyskoulutus.....	55
11.4	Hoitokodin tilaresurssit.....	55
11.4.1	Hoitokodin asiakaspaikkojen määrä.	55
11.4.2	Asiakaspaikkoja varattavissa sydänpotilaille	56
11.4.3	Hoitokodin esteettömyys.....	56
11.4.4	Hoitokodin turvallisuus.....	57
11.5	Hoitokodin välineresurssit	57
11.5.1	Hoitokodin hoitotyön välineet.....	57
11.5.2	Hoitokodin elvytysvälineet	58
11.6	Hoitokodin kommentteja ja kysymyksiä	58

12 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	59
12.1 Tutkimustulosten tarkastelua	59
12.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	61
12.3 Opinnäytetyöprosessin kulku ja arviointi	64
LÄHTEET	66
Liite 1: Tutkimuslomake	
Liite 2: Saatekirje	
Liite 3: Tiedotekirje	

1 JOHDANTO

Tutkimuksen toimeksiantajana on HUS, Hyvinkään sairaalan medisiininen tulosyksikkö, sisätautien osaston sydänosasto. Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula, joissa on asukkaita noin 200 000. HUS, Hyvinkään sairaalan sisätautien sydänosastolla on 20 potilaspaikkaa. Sairaalan sydänosastolla yleisimmät hoidetut sydänsairaudet ovat sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt, läppäviat ja sydämen vajaatoiminta.

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolla hoidetaan sepelvaltimopotilaita, jotka ovat saaneet joko sydäninfarktin tai heillä on angina pectoris –oireilua. Lisäksi osastolla hoidetaan sydämen rytmihäiriöistä, läppäviasta tai vajaatoiminnasta kärsiviä potilaita. Potilaat lähetetään HUS, Hyvinkään sairaalasta HUS, Meilahden sairaalaan tarvittavia kirurgisia toimenpiteitä varten, jonka jälkeen he palaavat takaisin saamaan sydäntoimenpiteen jälkeistä sairaalahoitoa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Hyvinkään sairaanhoitoalueella toimivien yksityisten ja kunnallisten hoitokotien palvelut ja kokonaisresurssit sydänpotilaiden jatkohoidolle. Tavoitteena on saada tietoa niistä hoitokodeista, jotka ovat kiinnostuneita yhteistyöstä sydänosaston kanssa sekä jatkohoitopaikkojen tarjoamisesta sydänpotilaille.

Kunta ja alueen palveluntuottajat eivät ole toistensa kilpailijoita vaan parhaimmillaan yhteistyökumppaneita. Kunnan ja yksityisten toimijoiden muodostamassa palveluketjussa on paljon hyvinvointia lisäävää potentiaalia sekä pitkällä tähtäimellä kustannusetuja tarjoavia palveluratkaisuja. Eri osapuolten näkökulmien, tarpeiden ja toiveiden kartoittaminen sekä yhteisistä toimintatavoista sopiminen ennen yhteistyökumppanuuden käynnistämistä on oleellisen tärkeää. (Haho 2008.)

Sydänpotilaan kotiuttaminen ja jatkohoitoon siirtyminen on yksilöllinen prosessi, johon vaikuttavat potilaan ikä, sairaus, toimintakyky sekä tehdyt toimenpiteet. Potilaan kotiuttamisen tavoitteena on varmistaa hänelle hyvä ja turvallinen jatkohoito. Onnistuneen kotiuttamisen mahdollistaa jatkuva ja suunnitelmallinen yhteistyö hoitoon osallistuvien kanssa, unohtamatta potilaan itsemääräämisoikeutta. Kotiuttamisjärjestelyt aloitetaan aina mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta varmistetaan niiden asiakaslähtöisyys. (Ämmälä, Saxelin, Brander, Ylivaara, Klemola, Rautionaho & Niskanen 2008, 14.)

Potilaan kotiuttaminen sydänosastolta jatkohoitopaikkaan on tärkeä osa hoitokokonaisuutta. Sydänpotilaan hoito ei pääty sairaalaan vaan jatkuu kotona kotisairaanhoidon turvin, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai hoitokodissa. Potilaan kotiuttaminen ja jatkohoitoon siirtyminen on moniammatillista tiimityötä, jossa jokaisen panos vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon laatuun.

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänpotilaan kotiuttamisprosessi viivästyy usein, koska jatkohoitopaikkaa ei löydy oman kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolta. Potilaan tarvitessa ympärivuorokautista hoitoa, hänen on mahdotonta siirtyä kotiin kotisairaanhoidonkaan turvin. Alkuvuodesta 2008 oli sydänosastolla keskusteltu tarpeesta selvittää Hyvinkään sairaanhoitoalueen hoitokotien kiinnostus tarjota jatkohoittoa sydänpotilaille sekä hoitokotien kokonaisresurssit. Ollessani keväällä 2008 harjoittelussa HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolla pyysin saada toteuttaa jatkohoitopaikkojen kartoittamisen opinnäytetyönäni, koska tarve oli ilmeinen. Valitsin opinnäytetyöni aiheen kiinnostuksestani sydänsairauksien hoitotyöhön.

Tutkimuksessa selvitetään sydänpotilaan HUS, Hyvinkään sairaalasta nykyistä nopeamman kotiuttamisen mahdollistamista tarjoamalla potilaalle jatkohoito joko yksityisessä tai kunnallisessa hoitokodissa, joka toimisi sairaalan yhteistyökumppanina ja osana sydänpotilaan hoitopalveluketjua.

2 SYDÄNSAIRAUDET JA NIIDEN HOITOVAIHTOEHDOT

2.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotauti eli koronaaritauti on sairaus, joka aiheutuu sydänlihaksen omasta verensaannista huolehtivien suonien vaurioitumisesta ja ahtautumisesta. Se on yleisin valtimotaudeista ja myös elämäntavoilla hankituista sydänsairauksista. (Strandberg 2005, 44.) Sepelvaltimotaudissa valtimoiden sisäseinämiin kertyy rasvaa, joka kovettuu pesäkkeiksi aiheuttaen sepelvaltimoiden kovettumisen eli ateroskleroosin. Vuosien kuluessa valtimoihin kertyy sidekudosta, tulehdussoluja sekä kolestrolia. (Suomen Sydänliitto 2009 a.) Ateroskleroosin kehittyminen kestää lähes koko eliniän. Sen kehittymiseen vaikuttavat erilaiset riskitekijät halki elämän. Merkityksellisimmät riskitekijät ovat suurentunut veren kokonaiskolestrolipitoisuus, kohonnut verenpaine ja tupakointi. Muita sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat veren pieni HDL-pitoisuus, suuri triglyseridipitoisuus, diabetes, ylipaino, vähäinen liikunta, antioksidanttien vähyys, infektiot ja eläinrasvat ruokavaliossa. (Reunanen 2000, 353, 384.)

Sepelvaltimotautia ei voi täysin parantaa, mutta sen etenemistä voi hidastaa ja oireita vähentää. Sepelvaltimotaudin hoitoon käytetään Suomessa vuosittain 60 000 sairaalahoitojaksoa. (Suomen Sydänliitto 2009 b.) Sepelvaltimotaudin yleisimmät ilmenemismuodot ovat sydäninfarkti, raskuuteen liittyvä rintakipu eli angina pectoris ja sydänperäinen odottamaton äkkikuolema (Strandberg 2005, 45).

Sepelvaltimotaudin hoitovaihtoehdot ovat lääkehoito, sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennus. Sepelvaltimopotilaan hoidossa pyritään aina ensisijaisesti selviämään lääkehoidolla, mutta jos sen avulla eivät oireet pysy poissa, voidaan tehdä sepelvaltimon pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Hoitomuodon valinta tehdään yksilöllisesti ja se riippuu siitä, millaisia ahtaumia ja missä kohdin ne varjoainekuvauksessa todetaan. Pallolaajennuksessa

reisivaltimon kautta sydämen sepelvaltimeen viedään ohut letku (katetri), jonka päässä olevaa pallukkaa laajentamalla suonen ahtaumaa levitetään. Suonen sisälle voidaan asettaa pieni metalliverkko (stentti), jonka avulla pyritään estämään suonen uudelleen ahtautuminen. (Kivelä 2008, 279.)

Ohitusleikkauksessa potilaan omalla, terveellä valtimo- tai laskimosiirrännäisellä korvataan tukkeutunut sepelvaltimo, jotta sitä kautta veri taas pääsisi virtaamaan kuljettaen sydämelle happea ja ravinteita. Leikkaus tehdään yleensä rintalastan kautta, jolloin sydämen toiminta on toimenpiteen ajaksi pysäytetty ja verenkierto sekä veren hapettuminen hoidetaan sydänkeuhkokoneen eli perfuusion kautta. Suuntauksena toimenpiteissä on nykyisin, että ohitusleikkaus tehdään ilman perfuusiota. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 287.) Ohitusleikkaus antaa potilaalle lisävuosia ja sepelvaltimoiden rintakipuoireisiin paremman avun kuin pallonlaajennus, mutta kummallakaan toimenpiteellä ei voida vähentää sydäninfarktin riskiä (Kuukasjärvi, Malmivaara & Mäkelä 2005, 48).

lääkkäänäkin sydänleikatut potilaat hyötyvät leikkauksesta saavuttaen vastaavan elämänlaadun kuin vertailuväestö. Sydänpotilaan korkea ikä itsessään ei aiheuta leikkaukseen liittyviä komplikaatioita, vaan ne saattavat ennemminkin johtua potilaan liitännäissairauksista ja leikkausteknisistä tekijöistä. Leikkauksen kiireellisyys heikentää merkittävästi potilaan elinaikaennustetta sekä leikkauksen jälkeistä elämänlaatua. Sydänleikkauksen selkeitä riskitekijöitä ovat sydämen vaikea vajaatoiminta ja sen lääkitys, aivoverenkiertohäiriöt, diabetes, munuaisten vajaatoiminta sekä muut vakavat sairaudet. (Jokinen 2009.)

2.2 Sydämen rytmihäiriöt

Rytmihäiriöitä eli arytmioita saattaa ilmetä kaikilla sydänsairailta. Useimmiten rytmihäiriöitä aiheuttavat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja sen jälkitilat, korkean verenpaineen aiheuttama sydänlihaksen kuormitus, läppäviat, sydämen tulehdustaudit ja kardiomyopatia. Rytmihäiriöiden oireita ovat

tykytystuntemukset, tauko sykkeessä, heikotus, tajuttomuuskohtaus, hengenahdistus ja suorituskyvyn heikkeneminen. (Partanen 2005, 131.) Tavallisimpia rytmihäiriöitä ovat yksittäiset lisälyönnit, eteisvärinä (flimmeri) ja tiheälyöntisyys. Vakavimpia rytmihäiriöitä ovat kammiovärinä ja sydämenpysähdys, jolloin pumppaustoiminta pysähtyy täysin. (Suomen Sydänliitto 2009 a.) Kammiovärinän aiheuttaa sydänlihaksen vaikea hapenpuute sydäninfarktin tai muun sydäntapahtuman takia, jotkut lääkkeaineet, suuret muutokset suolapitoisuudessa, verenvuotoshokki tai sähköisku (Partanen 2005, 139). Stressi, valvominen, raskas fyysinen rasitus, alkoholin käyttö, tupakointi, kahvin juonti, eräiden lääkkeiden käyttö ja nestetasapainohäiriöt (kaliumin ja magnesiumin vaje) voivat aiheuttaa terveekin sydämen lisälyönnejä (Suomen Sydänliitto 2009 a).

Hoito riippuu kokonaan siitä, millainen rytmihäiriö on kyseessä ja mistä se johtuu. Yleensä rytmihäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeillä. Häiritseviä lisälyönnejä voidaan vähentää beetasalpaajalääkkeillä. Tuore eteisvärinä pyritään yleensä palauttamaan normaaliksi rytminsiirrolla. Tavallisesti rytmi käännetään sähköisesti lyhyessä nukutuksessa. Lääkkeilläkin rytmi on mahdollista palauttaa normaaliin sinusrytmiin. Useimmiten rytmi palautuu helposti, mutta eteisvärinällä on taipumus uusiutua. Rytminsiirron jälkeen normaali rytmi pyritään säilyttämään beetasalpaajalla tai muilla rytmihäiriölääkkeillä. Valitettavasti tehokasta ja samalla vaaratonta lääkettä sinusrytmin ylläpitämiseksi ei ole. Kohtauksittainen eteisvärinä muuttuu useilla siitä kärsivillä pysyväksi. Vanhusten eteisvärinän mekaanista kääntämistä pyritään välttämään jos se vain on mahdollista. (Mustajärvi & Ellonen 2008.) HUS, Hyvinkään sairaalassa toteutetaan anestesiassa sähköisiä rytminsiirtoja eli cardioversioita.

2.3 Sydämen läppäviat

Sydämessä on neljä läppää, kaksi oikealla ja kaksi vasemmalla puolella. Oikeanpuoleiset keuhkovaltimo- ja kolmipurjeläpät eivät ole niin kovalla rasituksella kuin vasemmanpuoleiset. Sydämen tavallisimmat läppäviat ovat

aorttaläpän ahtauma ja vuoto sekä hiippaläpän ahtauma ja vuoto. Nämä sijaitsevat sydämen vasemmalla puolella, josta sydän pumppaa verta aortan kautta kaikkialle elimistöön ja tämän vuoksi joutuu kovaan rasitukseen. (Kaartinen 2005, 156-157.) Aorttaläpän ahtauman aiheuttaja on useimmiten sepelvaltimotauti ja potilaat ovat enimmäkseen yli 70-vuotiaita. Suurin osa läppävioista on lieviä mutta vaikeat läppäviat heikentävät selkeästi elämänlaatua, minkä vuoksi ne tulisikin korjata leikkauksella mahdollisimman pian. Hoitamattomana läppävika saattaa aiheuttaa sydämen vajaatoiminnan sydämen ylikuormituksen vuoksi. Tämän vuoksi läppävian mahdollisimman varhainen toteaminen ja nopea hoito on ensiarvoisen tärkeää. Leikkauksessa potilaalle asennetaan viallisen läpän tilalle läppäproteesi, joita on sekä biologisia että mekaanisia. Keinoläpän ansiosta sydämen toiminta yleensä normalisoituu. (Mäkijärvi ym. 2008, 331, 597.)

2.4 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta on sydämen pumppaustoiminnan häiriö, jossa sydän ei pysty pumppaamaan verta elimistön tarpeita vastaavasti. Tällöin verta kertyy keuhkoihin ja mahdollisesti myös muualle elimistöön. Vajaatoiminnan oireita ovat väsymys, hengenahdistus ja turvotukset etenkin alaraajoissa. Sydämen vajaatoiminta on elinikäinen sairaus, mutta sydäninfarktin aiheuttama sydänlihaksen vaurio voi parantua täysin. (Suomen Sydänliitto 2009 a.) Sydämen vajaatoiminnan syitä ovat sepelvaltimotauti, verenpainetauti, läppäviat, rytmihäiriöt, synnynnäiset sydänviat, sydänlihastulehdus, kardiomyopatia, alkoholin aiheuttama sydänlihaksen rappeuma ja sydänlihaksen aineenvaihduntasairaudet, joiden vuoksi sydämen kammio on väsynyt. (Nieminen 2005, 163.)

Sydämen vajaatoimintaa voidaan hoitaa liikunnalla. Säännöllisen liikunnan on todettu monin tavoin vähentävän sydämen työkuormaa ja parantavan toimintakykyä. Sopivia liikuntamuotoja ovat kävely, hölkkä, hiihto ja pyöräily vähintään kolmesti viikossa ja ainakin puoli tuntia kerrallaan.

Turvotustaipumusta ja nesteen kerääntymistä elimistöön voidaan ehkäistä vähentämällä suolan käyttöä. Lisäksi ylipainon ja tupakoinnin välttäminen lievittävät oireita ja vähentävät sydänlihaksen rasitusta. Sairaalassa sydämen vajaatoiminnan aiheuttamaa keuhkopöhöä eli nesteen kerääntymistä keuhkoihin hoidetaan suonensisäisillä lääkkeillä. Potilaalle annetaan happea ja hengitystä tuetaan ylipainenaamarilla. Lievempää vajaatoimintaa hoidetaan useilla säännöllisesti käytettävillä suun kautta annettavilla lääkkeillä, joista tärkeimmät ovat nesteenpoistolääke (diureetti), ACE-estäjälääke ja usein beetasalpaaja. Lääkehoidolla oireet lievittyvät huomattavasti ja suorituskyky paranee. (Mustajärvi 2009.)

2.5 Lääkehoito

Sydänsairauksien hoidossa on aina ensisijaisena hoitovaihtoehtona lääkehoito ja ainoastaan pieni osa tarvitsee leikkaus- ja toimenpidehoitoa. Lääkehoidon tarpeisiin ja sen suomiin mahdollisuuksiin vaikuttaa sydänsairauden laatu. Sydänsairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet jakautuvat kahteen ryhmään: sydäntapahtumia estäviin tai ennustetta parantaviin lääkkeisiin ja oireita lievittäviin lääkkeisiin. Sydäntapahtumia estäviä lääkkeitä käytetään pääasiallisesti koko elämän ajan ja oireita lievittäviä tarpeen mukaan tai pitkäaikaisesti sairauden luonteen mukaan. On ensiarvoisen tärkeää, että potilas ja lääkäri sopivat yhdessä lääkehoidon tavoitteet ja että potilas on selvillä lääkehoidon merkityksestä ja vaikutuksista. Lääkehoidon määräyksen mukainen toteuttaminen on oleellisen tärkeää hoitotavoitteiden saavuttamisessa. Potilaan tulee tietää lääkkeiden mahdollisista sivu- ja yhteisvaikutuksista. Lääkkeiden äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa esimerkiksi sydämen tykytystä, hikoilua, heikotuksen tunnetta tai muita, jopa vaarallisia, oireita. Suurin osa sydänpotilaista tarvitsee lääkehoitoa. Lääkehoito on sepelvaltimotaudin, sydämen vajaatoiminnan ja sydänlihassairauksien (kardiomyopatioiden) tärkein hoitomuoto. Synnynnäiset sydänviat ja läppäviat hoidetaan pääasiallisesti leikkauksilla. (Mäkijärvi ym. 2008, 191–192.)

Ennustetta parantavat sydänlääkkeet

ACE:n estäjät ja angiotensiinireseptorien estäjät laajentavat verisuonia, alentaen ääreisverenkierron vastusta, verenpainetta sekä sydämen vasemman kammion työmäärää. Lisäksi ne vähentävät sepelvaltimoahtautumia, aivohalvauksia ja sydän- ja verisuonitautikuolemia. Ne ehkäisevät tehokkaasti kohde-elinvaurion syntymistä ja etenemistä kuten munuaisen vajaatoiminnan etenemistä sekä sydänlihaksen paksuuntumista. (Mäkijärvi ym. 2008, 214.) ACE:n estäjät vähentävät myös lisämunuaisen kuorikerroksen tuottaman aldosteroni-hormonin eritystä lisäten natriumin ja veden poistumista elimistöstä (Nurminen 2007, 149).

Asetyyლისისყილი (aspiriini) estää verihyytymien muodostumista ja valtimotrompien muodostumista sekä sen ansiosta sepelvaltimokohtauksia ja – kuolemia. Sen tulisi perustellusti olla jokaisen sepelvaltimopotilaan peruslääke. (Mäkijärvi 2008 ym. 270.) Asetyyლისისყილი vähentää merkittävästi sydämen ohitusleikkauspotilaiden kuolleisuutta ja infarkteja kun aspiriinia annetaan vähintään 650 mg 48 ensimmäisen tunnin aikana leikkauksesta. Sydänleikkauspotilaiden, joille oli annettu aspiriinia, kuolleisuus kahden vuorokauden aikana oli 1,3 % ja 4,0 % niillä, jotka eivät olleet saaneet lainkaan aspiriinia. (Mangano 2002.)

Antikoagulantteilla (hepariini, varfariini) ehkäistään verihyytymistä johtuvien verisuonitukosten eli trombiinien laajentumista ja uusien hyytymien muodostumista. Ne estävät veren hyytymisjärjestelmän normaalia toimintaa. (Nurminen 2007, 171.)

Beetasalpaajat salpaavat beetareseptoreita estäen autonomisen hermoston sympaattisen osan toimintaa, hidastaen sydämen lyöntitiheyttä ja vähentäen sydänlihaksen supistusvoimaa (Nurminen 2007, 147). Beetasalpaajat alentavat verenpainetta ja sykettä vähentäen sydämen työmäärää. Lisäksi beetasalpaajien vaikutuksesta munuaisten reniinin erityks vähenee sekä elimistön vaste stressihormoneille heikkenee. (Mäkijärvi ym. 2008, 214.)

Nesteenpoistolääkkeet eli diureetit vaikuttavat munuaisten toimintaan estäen natriumin imeytymistä takaisin munuaisten tubuluksissa lisäten sen erittymistä virtsaan. Natriumin mukana elimistöstä poistuu myös vettä. Diureetteja käytetään kohonneen verenpaineen ja sydämen vajaatoiminnan lääkehoitona sekä erilaisten turvotusten ja keuhkopöhön lievityksessä. (Nurminen 2007, 144.) Diureetit pienentävät elimistön nestekuormaa ja laajentavat ääreisverisuonia alentaen verenpainetta. Niillä voidaan tehokkaasti estää aivohalvauksia, sepelvaltimotautitapahtumia ja -kuolemia. (Mäkijärvi ym. 2008, 214.)

Statiinit eli kolestrolilääkkeet estävät maksan kolestrolisynteesiä vähentäen kolestrolipitoisia partikkeleita verenkierrosta. Niitä käytetään rasva-aineenvaihdunnan lääkkeinä. (Mäkijärvi ym. 2008, 234.)

Oireita lievittävät sydänlääkkeet

Nitraatteja käytetään ensisijaisina angina pectoris –kipukohtauslääkkeinä laajentamaan verisuonia. Jos rintakipu ei helpota nitroilla, on syytä epäillä alkavaa sydäninfarktia tai akuuttia sepelvaltimotapahtumaa. (Mäkijärvi ym. 2008, 270.)

Digoksiinilla hoidetaan sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaiheita ja vähennetään sairaalahoidon tarvetta. Digoksiini parantaa autonomisen hermoston tasapainoa sekä lisää diureesia vähentäen sydämen nestekuormitusta. (Mäkijärvi ym. 2008, 316.)

Kalsiuminestäjät laajentavat sepelvaltimoita ja vähentävät niiden supistelu- eli spasmitaipumusta. Lisäksi ne hidastavat sykettä sekä sydämen supistumisvireyttä vähentäen elimistön hapenkulutusta ja sydämen työmäärää. (Mäkijärvi ym. 2008, 274.)

3 SYDÄNPOTILAAN OHJAUS

3.1 Ohjauksen sisältö ja eettisyys

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolta kotiutettavalle potilaalle antaa ohjausta joko sairaanhoitaja tai osastolla työskentelevä sydänhoitaja, joka on sydänsairauksien hoitoon ja ohjaukseen erikoistunut sairaanhoitaja. Sydänpotilaan ohjauksen tavoitteena osana kotiuttamis- ja jatkohoitoprosessia on edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänlaatuaan ja sen hallittavuutta sekä varmistaa hänen tiedot ja taidot itsehoitoon. Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista, tavoitteellista ja tasa-arvoista toimintaa, joka toteutuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjausprosessissa hoitaja tukee potilasta antamalla hänelle näyttöön perustuvaa ja luotettavaa tietoa sekä tukee hänen sitoutumistaan hoitoonsa terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 27.)

Ohjaustilanteessa hoitaja toteuttaa terveyden edistämistä auttaen potilasta terveyden ymmärtämisessä ja mahdollisten terveysongelmien tunnistamisessa, ennakkoinnissa, ehkäisyssä ja terveyden ylläpitämisessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 182). Sydänpotilaiden lyhyissä ja hektisissä sairaalavaiheissa ohjauksen ja neuvonnan merkitys korostuu. (Kummel Maika 2008, 67). Sairaalahoitovaiheessa sydänpotilaan ohjauksen sisältöön kuuluu tietoa sydänsairauden synnystä ja kehityksestä, vaaratekijöistä, hoitovaihtoehdoista, lääkehoidosta ja sen toteuttamisesta, ruokavaliosta, liikunnasta, sukupuolielämästä, kotihoito-ohjeista sekä ensiaputilanteista (Heikkilä, Huikuri, Luomanmäki, Nieminen & Peuhkurinen 2000, 1150). Ohitusleikattu sydänpotilas kärsii vähemmän masennuksesta ja ahdistuneisuudesta, jos hän saa ohjausta hoitohenkilökunnalta (Davies 2000).

Sydänpotilaan ohjauksen onnistumisen edellytyksenä on ohjausympäristö, joka on rauhallinen ja mahdollistaa potilaan yksityisyyden suojan. Sydänpotilaan elämäntapaohjauksessa on oleellisen tärkeää luottamuksellinen vuorovaikutus,

jotta voidaan käsitellä potilaan hyvin henkilökohtaisiakin elämäntilanteita ja valintoja kuten alkoholinkäyttöä, tupakointia, lääkityksiä, liikunta- ja ravitsemustottumuksia sekä stressitekijöitä. Elämäntapaohjauksen ensisijaisena tavoitteena on sydänpotilaan terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä uuden sydäntapahtuman ennaltaehkäisy. (Kyngäs ym. 2007, 34–35.) Sydänpotilaat arvostavat ohjauksessa sosiaaliturvaan, ruokavalioon, liikuntaan, lepäämiseen, riskitekijöihin ja omahoitoon liittyvää tietoa. Heidän mielestään ohjauksen sisällössä painottuu liiaksi fysiologiaan ja lääketieteelliseen hoitoon. Voidakseen toteuttaa paremmin potilaslähtöistä ohjausta tulisi hoitohenkilökunnan valjastaa tietotekniikka, puhelin ja ryhmäohjaus tehokkaampaan käyttöön. (Blek 2007, 13.)

Ohjaus ja tarvittava tieto sairaudesta lisäävät potilaan tyytyväisyyttä ja turvallisuudentunnetta parantaen elämänlaatua, vähentäen epävarmuutta, yhteydenoton ja sairaalahoidon tarvetta sekä sairaalassaoloaikaa. Syitä epäonnistuneelle ohjaukselle ovat kiire, ristiriidat ohjauksen sisällöstä, tiedon puute, henkilöstöpula, tilojen epäasiallisuus ja ohjausvälineistön puuttuminen sekä hoitajan ymmärtämättömyys omaisen merkityksestä potilaan toipumiselle ja kuntoutumiselle. (FinOHTA 2007.)

Sydänpotilaan ohjauksen ja neuvonnan eettinen haaste liittyy siihen, onko hoitajalla oikeus tai velvollisuus vaikuttaa potilaan terveysnäkemykseen, ravitsemustottumuksiin ja elämäntapoihin. Hoitajalla on sekä ihmis- että tehtävävastuu: hän on vastuussa sydänpotilaan ja hänen autonomiansa kunnioittamisesta sekä riittävän ja luotettavan tiedon jakamisesta potilaalle (potilaan oikeus tiedonsaamiseen). (Leino-Kilpi 2009, 187–188.)

Sydänpotilaan ohjauksessa käsitellään terveysvalintoja, jotka ovat sensitiivisiä eli potilas on haavoittuvainen ja herkkä näitä asioita käsiteltäessä. Ohjauksessa tulee varmistaa potilaan riittävä tiedonsaanti, yksityisyys, nimettömyys ja vuorovaikutuksen luottamuksellisuus. Oleellisia ohjauksen eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, hyvän tekeminen ja pahan tekemisen välttäminen sekä oikeudenmukaisuus. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen &

Sirola 2002, 65.) Hoitohenkilökunnan antaman elämäntapaohjauksen on todettu vähentävän sydänpotilaiden ennen aikaista kuolleisuutta 5,3 % verrattaessa niihin, jotka eivät ole saaneet ohjausta kolestroliarvojen parantamisestaan tai tupakoinnin lopettamisesta. Neuvonnan merkitys on oleellisen tärkeää sydänpotilaan elämänlaadun kannalta. (Brilakis, Herdandez, Dai, Peterson, Banerjee, Fonarow, Cannon & Bhatt 2009.)

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston ohjauksessa toimitaan hyvän eettisen käytännön mukaisesti potilaan ihmisarvoa ja autonomiaa kunnioittaen. Hoitohenkilökunta kantaa ammatillista vastuuta terveysalan ammattilaisina antaen potilaille ohjausta sydänsairauden hoidosta, riskitekijöistä ja elämäntapamuutoksen merkityksestä ja vaikutuksesta sydänpotilaan terveyteen. Sydänhoitaja toteuttaa potilasohjaukseen aina rauhallisessa ja suojaisassa vastaanottohuoneessa, jossa potilaan yksityisyyden suoja toteutuu optimaalisesti. Sairaanhoitajat toteuttavat yleensä rauhallisena hetkenä sydänpotilaan ohjauksen potilaan huoneessa, mutta tilannekohtaisesti myös erillisessä ja yksityisyyden tarjoavassa huoneessa.

3.2 Ohjaus hoitoon sitouttajana

Sydänpotilaan toiveena ohjauksen sisällöstä on saada ennen sairaalasta lähtöään tietoa sairauden kulusta ja oireista sekä toimintaohjeita kotiin ensimmäisten viikkojen varalle. Häntä mietityttää myös mahdolliset sydänleikkauksen aiheuttamat liikuntarajoitukset ja ravitsemusohjaus sekä lääke- ja hoitokulujen korvaukset, joista ohjausta on tehokkainta antaa vasta muutaman kuukauden kuluttua akuuttivaiheesta. (Vanhanen & Penttilä 2007.) Ohjaus edistää merkittävästi potilaan hoitoon sitoutumista sekä tyytyväisyyttä hoitoon. Ensiarvoisen tärkeää on, että ohjaustilanne on tasa-arvoinen ja voimavaralähtöinen vuorovaikutustilanne, jonka tavoitteena on antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa sydänsairaudestaan ja lääkehoidostaan voidakseen menestyksellisesti toteuttaa omahoitoaan päästyään kotiin. Onnistunut ja ammattitaitoinen potilasohjaus vähentää potilaskäyntejä

erikoissairaanhoidossa, ja saa potilaan motivoitumaan sekä sitoutumaan omaan hoitoonsa. (Käypä hoito 2009.) WHO määrittelee hoitoon sitoutumisen kertovan potilaan kanssa sovittujen ohjeiden noudattamisesta ja tavoitteisiin pyrkimisestä. Hoitomyöntyvyys puolestaan merkitsee potilaan ottavan lääkkeen noudattaakseen annettuja käskyjä olematta sitoutunut tai motivoitunut hoitoonsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Potilaan ohjauksessa neuvotellaan, sovitaan ja sitoudutaan yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin (Mäkijärvi ym. 2008, 130).

Sydänpotilaan ohjauksella oli Kummelin tutkimuksen mukaan merkittävä hoitoon sitouttava merkitys sekä terveysvaikutus rasvan laatuun, tupakointiin ja alkoholin käyttötiheyteen sekä nitrojen tarpeeseen sydänleikkauksessa olleilla miehillä. Ohjausta saaneilla naisilla puolestaan masentuneisuus väheni huomattavasti sekä säännöllinen liikunta lisääntyi. (Kummel 2008, 54–55.) Hyvinkään sairaalan sydänosastolla annetaan potilaille mahdollisimman monipuolista ohjausta, jolla pyritään edistämään potilaan toipumista, kuntoutumista, hoitoon sitoutumista sekä kokonaisvaltaista hyvinvointia.

3.3 Omaisten ohjaus

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolla pyritään ottamaan huomioon sydänpotilaan läheiset ja omaiset ohjauksessa jakamalla myös heille tietoa sydänsairaudesta ja sen hoidosta. Osastolla työskentelevät sairaanhoitajat ovat ammatillisesti päteviä ja tarjoavat sydänpotilaan omaisillekin mahdollisuuden keskusteluun ja kysymysten esittämiseen sydänsairauteen liittyvissä asioissa. Sydänpotilaalla ja hänen omaisillaan on mahdollisuus keskustella luottamuksellisesti myös sairaalapastorin kanssa. Sydänpotilaan omaisten huomioiminen osana potilaan hoitotyötä on ensiarvoisen merkityksellistä potilaan toipumisen, tilanteen prosessoinnin ja kuntoutumisen kannalta. Potilas ja hänen sosiaalinen verkostonsa tarvitsevat tiedollista, emotionaalista ja käytännöllistä tukea sekä ohjausta helpottamaan potilaan ja perheen arkea. Hoitohenkilökunnan on tarpeen arvioida ohjauksellisissa

vuorovaikutustilanteissa heidän mahdollista masennustaan, ahdistuneisuuttaan ja toivottomuuttaan. Hoitajien ammatilliseen pätevyyteen kuuluu ohjauksessa huomioida eettisyys, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, yhteistyö, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. Pätevä hoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaslailla on turvattu potilaan oikeudet saada riittävästi sekä ymmärrettävästi tietoa sairaudestaan, terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista, hoidostaan ja lääkityksestään. (Kyngäs ym. 2007, 16–17).

Ikääntyneen sydänpotilaan ohjauksessa on poikkeuksellisen merkityksellistä huomioida potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltainen hyvinvointi ja arjessa selviytyminen. Omaiset ovat oleellinen tuki potilaan pyrkiessä sopeutumaan toimintakykynsä muutoksiin sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kiireetön keskustelu ja kuunteleminen parantavat selkeästi ikääntyneiden kotona selviytymistä. (Latvamäki 2006.) Tieto pitkäaikaisesta sydänsairaudesta koskettaa sekä potilasta että hänen omaisiaan. Heistä jokainen prosessoi uutta tilannetta omalla yksilöllisellä tavallaan, jota ohjauksella voidaan tukea, edistää, rohkaista ja opastaa. Erityisesti sairastamisen alkuvaiheessa on tarpeen käydä asioita läpi perusteellisesti, ja hoitajien tulee hoitotyössä varata aikaa luottamukselliseen keskusteluun. (Mäkijärvi ym. 2008, 130.) Asiakaslähtöisellä ohjauksella edistetään parhaiten iäkkään potilaan toipumista ja kuntoutumista, koska siinä huomioidaan potilaan toiveet, tavoitteet, sosiaalinen verkosto, voimavarat ja arvot (Haapaniemi 2008, 42).

Sydänpotilaan ohjaukseen sisältyy tietoa sairaudesta ja siihen sopeutumisesta, hoitovaihtoehdoista, sosiaaliturvasta, potilasjärjestöistä ja lääkehoidosta, yhteystiedot kysymysten varalle sekä ohjausta terveyttä edistävästä liikunnasta ja ruokavaliosta. Ohjaus on tuloksellisinta, kun siihen osallistuvat kaikki potilaan lähimmäiset, jotka kantavat vastuuta hänen hyvinvoinnistaan sairaalan ulkopuolella. (Leino 2007.) Paras ennuste ja merkittävästi alentunut riski uusiin sydäntapahtumiin on potilailla, jotka ovat saaneet mahdollisimman monipuolista ohjausta. Ohjauksen tulee sisältää ravitsemusneuvontaa, joka on oleellinen tekijä sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa ja sairauden etenemisen

hidastamisessa. Liikuntaohjaus tulee myös sisällyttää jokaisen sydänpotilaan ohjaukseen, koska pienelläkin fyysisellä aktiivisuudella on hyviä vaikutuksia verenpaineeseen ja veren rasva-arvoihin. Sydänpotilaan sosiaaliset tarpeet on syytä ottaa huomioon. Monilla sydänpotilailla on taipumusta masennukseen, minkä vuoksi tarvittaessa voidaan opastaa kognitiiviseen terapiaan, josta useat sydänpotilaat ovat hyötäneet yhdessä SSRI-lääkityksen kanssa. Ensisijaisen tärkeää on, että sydänpotilaiden ohjauksen tulee olla monipuolista koska sillä taataan paras ohjauksen vaikuttavuus. (Leon, Franklin, Costa, Balady, Berra, Stewart, Thompson, Williams & Lauer 2005.)

4 KOTIUTTAMINEN MONIAMMATILLISENA TIIMITYÖNÄ

4.1 Kotiuttaminen

Sydänpotilaan kotiuttamisella tarkoitetaan sairaalasta poislähtemistä ja sairaalahoidon päättymistä. Potilas voidaan kotiuttaa joko kotiin mahdollisen kotisairaanhoidon turvin, terveyskeskuksen vuodeosastolle tai hoitokotiin. Kotiuttaminen on jokaisella sydänpotilaalla ainutlaatuinen prosessi, johon vaikuttavat potilaan sairaudet ja suoritettavat toimenpiteet. Potilaan kotiuttamisen tavoitteena on mahdollistaa potilaalle ammattitaitoinen ja yksilöllinen jatkohoito. Onnistuneen kotiuttamisen mahdollistaa moniammatillisen tiimin toimiva yhteistyö, unohtamatta potilaan itsemääräämisoikeutta ja hänen omaisiaan. Kotiuttamisjärjestelyt aloitetaan aina mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta varmistetaan jatkohoidon asiakaslähtöisyys. (Ämmälä ym. 2008, 9.)

Onnistunut kotiuttaminen mahdollistaa sydänpotilaan optimaalisen toipumisen, sairaalapaikkojen ja voimavarojen tehokkaan käytön sekä jatkohoidossa työskentelevien tiedon potilaan tarpeista. Onnistuneen kotiuttamisen mittareita ovat potilaan tarpeiden tyydyttyminen, hänen selviytymisensä päivittäisistä toiminnoistaan tuen ja ohjeiden turvin, sairaalajakson lyheneminen, potilaiden ja perheiden tyytyväisyys ja uudelleen sairaalan joutumisen riskin väheneminen. (Koponen 2003, 20.)

4.2 Moniammatillinen tiimityö

Sydänpotilaan kotiuttamisprosessi käynnistyy HUS, Hyvinkään sairaalassa kotiuttamispäätöksellä, jonka lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan, omahoitajan ja omaisten kanssa. Lääkäri laatii kotiutettavalle sydänpotilaalle jatkohoitosuunnitelman (poliklinikka-ajat ja tutkimukset), kirjoittaa reseptit ja sairauslomatodistukset sekä potilaan epikriisin ja jatkohoitolähetteet sekä B- ja C-lausunnot. (Ämmälä ym. 2008, 4.) Kotiuttamispäätös tehdään

moniammatillisesti mutta aina lääketieteellisin perustein ja siinä varmistetaan sairauden tutkimisen sekä hoidon ja kuntoutumisen jatkuminen. Erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirtyminen toteutetaan sairauden hoidon, kuntoutumisen, toimintakyvyn, toipumisen, kotona selviytymisen ja siinä tarvittavan avun tarkemman selvittelytarpeen vuoksi. (Koponen 2003, 75.)

HUS, Hyvinkään sydänosastolla omahoitaja suunnittelee ja koordinoi potilaan kotiuttamista hoitajakson aikana. Hän neuvottelee kotiuttamisesta potilaan ja omaisten kanssa selvittäen heidän odotuksiaan ja toiveitaan hoidosta sekä palveluista kotiuttamisprosessissa ja jatkohoidossa. Omahoitaja konsultoi sairaalan muita hoitotiimin jäseniä ja kokoaa yhteen moniammatillisesti laaditut suunnitelmat potilaan jatkohoidosta ja kotiuttamispalveluista. Omahoitaja laatii hoitotyön yhteenvedon, joka toimii lähetteenä jatkohoitopaikkaan. Lisäksi hän tarkistaa, että lääkemääräykset ovat yhtenäiset eri asiakirjoissa ja reseptit kunnossa sekä eri terapeuttien, sosiaalityöntekijöiden ja muiden erityisammattiryhmien loppulausunnot ja yhteenvedot sekä jatkohoitosuunnitelma on tehty ja liitetty potilaan asiakirjoihin. (Ämmälä ym. 2008, 6.)

Omahoitaja voi ammattitaitoisella toiminnallaan huomattavasti edistää ikääntyneen potilaan sopeutumista ja selviytymistä kotiuttamisen jälkeen varaamalla aikaa kiireettömään keskusteluun ja kuunteluun kotiuttamisvaiheessa. Oleellista on kiinnittää huomiota psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin, jotta varmistetaan turvallinen ja onnistunut kotiuttaminen. (Latvamäki 2006.) Merkityksellistä on tiedottaa potilaalle koko kotiuttamisprosessin ajan sen etenemisestä, aikatauluista sekä mahdollisista muutoksista. Näin toimien mahdollistetaan potilaan orientoituminen kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymiseen ja sopeutumiseen. (Koponen 2003, 69.)

Sosiaalityöntekijä on tarvittaessa mukana sydänpotilaan kotiuttamisessa. Hyvinkäällä ja Järvenpäässä potilaan kotiuttamiseen osallistuu kotiutushoitaja, jonka toimenkuva on samanlainen kuin sosiaalityöntekijän. Sosiaalityöntekijä tekee kotiuttamisvaiheessa yhteistyötä potilaan, moniammatillisen tiimin,

omaisten ja kunnan viranomaisten kanssa. Sosiaalityöntekijä on potilaan kotiuttamisessa tiiviisti yhteistyössä, jos potilaalla on psykososiaalisia tai taloudellisia ongelmia (perheväkivaltaa, päihdeongelma, taloudellinen hyväksikäyttö), joihin tarvitaan sosiaalityön interventioita. Sosiaalityöntekijä on tarvittaessa mukana osaston moniammatillisissa yhteistyöpalavereissa. (Ämmälä ym. 2008, 7.)

Hyvinkään sairaanhoitoalueella kotihoitoon kuuluvat sairaanhoito ja avustaminen hygienian hoidossa sekä pukeutumisessa, lääkkeiden ottamisessa ja ruokailussa. Kunnat tarjoavat myös tukipalveluinaan ateria-, henkilöturva-, kylvetys-, pyykki- ja kuljetuspalveluita. Omahaohitaja on yhteydessä sosiaalityöntekijään silloin, kun kotiutuva potilas tarvitsee kotipalveluapuja, joita hän ei ole aiemmin saanut. (Ämmälä ym. 2008, 10.)

Osastonsihteerin tehtäviin kuuluu HUS, Hyvinkään sairaalan sydänpotilaan kotiuttamisprosessissa hoitaa mahdolliset ajanvaraukset potilaan laboratorio-, röntgen- ja muihin tutkimuksiin. Lisäksi hän tilaa potilaalle kuljetuksen jatkohoitopaikkaan, hoitaa sairaalasta uloskirjauksen sekä tarvittavat tallennukset sairaalan tiedostoon. (Ämmälä ym. 2008, 6–7.)

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolta jatkohoitoon siirtymisessä on monia haasteita, joiden minimoiminen edellyttää jokaiselta hoitoprosessiin osallistuvalla vastuuntuntoista työskentelyä potilaan turvallisen ja ammattitaitoisen jatkohoidon takaamiseksi. Potilaan kotiuttaminen sydänosastolta jatkohoitopaikkaan on oleellisen tärkeä osa hoitokokonaisuutta. Sydänpotilaan hoito ei pääty sairaalaan vaan jatkuu kotona kotisairaanhoidon turvin, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai hoitokodissa. Kotiuttamiseen tulee panostaa laadukkaalla ja huolellisella potilaanohjauksella. Jatkohoidon sujumisen varmistamiseksi tulee selvittää eri hoitomahdollisuuksia, jotta potilas saisi kaiken tarvitsemansa avun ja hoidon erikoissairaanhoidon hoitojakson jälkeen. Potilaan kotiuttaminen ja jatkohoitoon siirtyminen on moniammatillista tiimityötä, jossa jokaisen panos vaikuttaa potilaan kokemaan hoidon laatuun.

5 SYDÄNPOTILAAN JATKOHOITO JA KUNTOUTUS

5.1 Turvallinen ja asiakaslähtöinen jatkohoito

Sydänpotilaan jatkohoidolla tarkoitetaan potilaan sydänosastolla sairaalahoitajakson päättymisen jälkeistä aikaa, joka sisältää potilaan sydäntoimenpiteestä ja –tapahtumasta toipumista ja kuntoutumista. Tutkimuksessa keskitytään selvittämään sydänpotilaan jatkohoidon järjestämistä ja toteuttamista lyhytaikaisesti joko yksityisessä tai kunnallisessa hoitokodissa ennen kuin potilaan toimintakyky mahdollistaa hänen kotiin palaamisensa. Sydänpotilaan jatkohoitovaiheen ja kuntoutuksen valmistelu alkaa heti potilaan hakeutuessa hoitoon, jolloin luodaan mahdollisimman turvallinen ja rauhallinen hoitoympäristö, jossa otetaan huomioon potilaan fyysisen hoidon lisäksi myös hänen psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa. (Hämäläinen 2000, 1150.)

Jotta varmistetaan potilaan turvallinen ja jatkuva hoito hänen siirtyessään HUS, Hyvinkään sydänosastolta jatkohoitopaikkaan, tulee sairaalajakson aikana kaiken hoidon dokumentoinnin ja kirjaamisen olla huolellista. Jatkohoitopaikan tulee tietää potilaan henkilötiedot ja hänen sairaalahoitajaksonsa syy ja toimenpiteet sekä mahdolliset allergiat ja sairaalainfektiot. Ensisijaisen tärkeää potilaan yksilöllisen toipumisen ja kuntoutumisen varmistamiseksi on, että jatkohoitopaikka saa tiedon suunnitellusta jatkohoidosta ja kuntoutuksesta. Jatkohoitopaikan tulee saada hoitotyön yhteenveto, tutkimusten tulokset, röntgenlausunnot ja EKG, tiedot eri terapeuttien ja erityisammattiryhmien antamasta hoidosta ja jatkosuunnitelmista sekä tieto sydänpotilaan psyykkisestä tilasta. Oleellista on kertoa nykyinen lääkitys ja siirtopäivänä saadut lääkkeet ja kellonajat. Jatkohoidon sujumisen varmistaa myös tieto potilaan toimintakyvystä ja hänen käyttämistään apuvälineistä. Jatkohoidon laadun varmistamiseksi tulee antaa omahoitajan yhteystiedot ja läheisen tiedot. Potilaan jatkohoito vaarantuu, jollei ole olemassa hyvää hoitosuunnitelmaa ja omahoitajan tekemää hoitotyön yhteenvetoa. Näissä dokumenteissa tulisi olla

kirjattuna kaikki tarpeellinen tieto potilaan tarvitsemasta hoidosta sekä potilaan toimintakyvystä ja avun tarpeesta. (Ämmälä ym. 2008, 12–13.)

Sydänpotilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan lääkäri arvioi hänen yksilöllisen toipumis- ja kuntoutumistarpeensa. Sydänleikkaus on kuntouttava toimenpide, jonka tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ja elämälaadun parantaminen. Sydäntapahtumista ja sydänsairauksien toimenpiteistä toipuminen on yksilöllinen toipumisprosessi, johon vaikuttavat vaurion laajuus, ikä ja potilaan muut sairaudet. Toipuminen vie aikaa muutamasta viikosta useaan kuukauteen. Omalla aktiivisella toiminnallaan potilas voi edistää toipumistaan ja leikkauksen vaikuttavuutta toimintakykynsä. Sydänleikkauksessa rintakehä avataan yleensä keskeltä. Rintalastan luutuminen kestää 2-3 kuukautta. Haava-alueen ihon paraneminen puolestaan vie keskimäärin 2-3 viikkoa. (HYKS/HUS 2009, 8.) Rintakehän ja alaraajojen haavojen täydellinen paraneminen kestää noin 4-8 viikkoa, minkä vuoksi sydänpotilaan on syytä välttää rintakehään kohdistuvia voimakkaita rasituksia kuten punnerrusta ja painonnostoa (Hämäläinen 2000, 1154).

Sydäninfarktipotilailla on infarktia seuraavina viikkoina ja kuukausina lisääntynyt kuolemariski, joten on ensiarvoisen tärkeää, että hoito jatkuu saumattomasti sairaalavaiheen jälkeen. Ensimmäinen seurantakäynti on yleensä 3–4 viikon kuluttua kotiuttamisesta. (Heikkilä ym. 2000, 1152.) Psykososiaalisen tuen merkitys korostuu toipumisvaiheen ensimmäisten viikkojen aikana. Potilaalle ja lähiomaisille on hyvä neuvoa, mistä he saavat vastauksia esiin tuleviin kysymyksiin ja tarvittaessa tukea masennukseen ja rohkaisua pelkoihin. (Hämäläinen 2000, 1152.)

Asiakaslähtöinen jatkohoito edellyttää potilaan arvojen, toiveiden, voimavarojen ja tavoitteiden tuntemista. Riittävän ajan varaaminen keskusteluun ehkäisee merkittävästi sydänleikkauksen jälkeistä masennusta. Sydänpotilaan toipumista ja kuntoutumista edistävät myös riittävä uni ja lepo. (Haapaniemi 2008, 42.) Unen aikana sydänleikkauspotilaan aivojen energiavarastot uudistuvat, solut uusiutuvat nopeammin, kuona-aineita poistuu elimistöstä ja immunologiset

toiminteet elpyvät. Univaje puolestaan aiheuttaa kirurgisesta toimenpiteestä toipuvalla sydänpotilaalle verenpaineen häiriöitä, vastustuskyvyn heikentymistä, stressihormonitason nousua, glukoosin sietokyvyn heikentymistä sekä mono- ja fagosyyttien vähentymistä. (Randal S. Friese 2008.) Levon ja unen puute lisää deliriumia, jolloin on tilastollisesti kolminkertainen riski uudelleen intubointiin ja lisääntynyt kuolleisuusriski. Useille potilaille unen puutteesta seuraa hallusinaatioita ja harhoja. Unen puute lisää sydänpotilaiden komplikaatioiden määrää ja heikentää kognitiivisia taitoja sekä aiheuttaa desorientaatiota ja muistinmenetystä. Näiden seurauksena sydänpotilaan hoitajakso pitenee ja toipuminen hidastuu. (Bijwadia & Ejaz 2009, 27.) Sydänpotilaan leikkauksesta toipumisen, hänen asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisensä sekä kuntoutumisensa vuoksi on tärkeää, että sydänpotilaan lepo ja uni voidaan mahdollistaa hänen hoitoprosessinsa kaikissa vaiheissa ja hoitopaikoissa.

5.2 Kuntoutusprosessi

WHO:n määritelmässä kuntoutus sisältää laaja-alaisesti lääkinnällisten, sosiaalisten, ohjauksellisten ja ammatillisten toimenpiteiden kokonaisuuden, jolla pyritään kohentamaan yksilön toimintakyky parhaalle mahdolliselle tasolle, joka hänen katsotaan voivan saavuttaa. Sydänpotilaiden kohdalla tarkkaa rajaa hoidon, jatkohoidon, kuntoutuksen ja sekundaariprevention välille ei voida vetää, koska nämä kaikki toimenpiteet limittyvät toisiinsa. Kuntoutus on ennen kaikkea kokonaisvaltainen lähestymistapa, joka sisältää sydänpotilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Kuntoutuksesta voidaankin puhua potilaan ongelmien kokonaisvaltaisena lähestymisenä, jonka tulisi kuulua automaattisesti jokaisen potilaan hyvään hoitoon. Sydänpotilaiden kuntoutus ei ole pelkkää liikuntaa, vaan käsittää laaja-alaisesti ja yksilöllisesti potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. (Hämäläinen 2000, 1149.)

5.5 Kuntoutusprosessi

Kuntoutus on ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Ikääntyneiden kuntoutuksessa on tarpeen ottaa huomioon myös ympäristöulottuvuus ja sosiaalinen ulottuvuus. Lisäksi psyykkisellä hyvinvoinnilla on oleellinen merkitys ikääntyneen selviytymisessä ja kuntoutuksen vaikuttavuudessa. (Huusko, Strandberg & Pitkälä 2006, 59.) Kuntoutus on tavoitteellinen prosessi, jossa korostuu kuntoutuksen ammattilaisten erityisosaaminen. Sen perustana ovat potilaan tarkoin määritellyt tarpeet ja tavoitteena auttaa kuntoutujaa ylläpitämään elämänhallintaansa, joka on sairauden vuoksi uhattuna tai heikentynyt. Kuntoutus sisältää potilaan voimavaroja, toimintakykyä tai elämänhallinnan tunnetta lisääviä sekä toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä. (Voutilainen, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2004, 44.)

Akuuttihoidon jälkeen mahdollisimman nopeasti käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava jatkoahoito ovat tuloksellisia estäen tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumisen. Ikääntyneiden hoidossa tulee toteuttaa toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää työtapaa. Iäkkäiden kuntoutuksen kohdentamisen edellytyksenä on kuntoutustarpeiden ja –perusteiden yksilöllinen määrittäminen, jotta kaikille ikäihmisille taataan tulokselliset kuntoutuspalvelut. Maamme vanhuspoliittisena tavoitteena on tukea ikääntyneen hyvää elämänlaatua ja omatoimista selviytymistä toimintakyvystä riippumatta. Ikäihmisten määrän lisääntyessä on ensiarvoisen tärkeää kiinnittää erityistä huomiota hoidettavien kuntoutumiseen ja kuntouttavaan toimintaan. (Noro, Finne-Soveri & Björkgren 2005, 157.)

5.3 Kuntoutuksen avaintekijöitä

Sydänpotilaan kuntoutuksen yhtenä merkittävänä avaintekijänä on hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa toteutettava kuntouttava työote. Kuntouttavalla työotteella hoitotyössä tarkoitetaan potilaan tukemista, auttamista ja kannustamista omatoimisuuteen ja omien voimavarojen käyttöön.

Tavoitteena on toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen sekä aktiivisuuden ja vireyden säilyminen. (Holma 2003, 60.) HUS, Hyvinkään sairaalassa toteutetaan sydänpotilaan hoitotyössä kuntouttavaa työtettä. Kuntouttava työote on jokaisen hoitotyössä olevan päivittäinen tapa toteuttaa työtään. Sen perustana on potilaan ja työntekijän yhdessä toimiminen arjessa, jolloin potilas käyttää omia voimavarojaan työntekijän avustaessa häntä vain tarvittaessa. Kuntouttava työote on tavoitteellista yhteistyötä, jonka tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Tavoitteiden asettaminen tehdään yhdessä potilaan, hänen omaistensa ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Kuntouttava työote tulee ilmi hoitotyön interventioissa: potilaan auttamisessa päivittäisissä toimissa, peseytymisessä, ruokailussa, komplikaatioiden syntymisen ehkäisemisessä, ohjauksen antamisessa ja motivoimisessa potilasta toimimaan itse. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2005, 44–45.) Kuntouttava työote perustuu terveyslähtöiseen, tavoitteelliseen ja moniammatilliseen toimintaan, jossa tuetaan potilaan aktiivista osallistumista kuntoutusprosessiin, jotta hän pystyy elämään mahdollisimman itsenäisenä. Kuntoutuminen perustuu sekä hoidettavan että hoitajan sitoutumiseen. (Noro, Finne-Soveri & Björkgren 2005, 159.)

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolla tuetaan sydänpotilasta käyttämään olemassa olevia voimavarojaan toipumisen ja kuntoutumisen edistämiseksi. Sydänpotilaita rohkaistaan heidän vointinsa ja toipumisensa mukaan liikkumaan vaikkapa kävelemällä rollaattorin turvin tai ilman osaston käytävillä. Sydänpotilaan kuntoutuksen oleellisiin avaintekijöihin kuuluu säännöllinen liikunta. Noin tunnin kestävät kävelyretket ovat tuloksellisia kuntoutustapoja ylipainoisten sydänpotilaiden terveyden edistämiseksi. Päivittäin tapahtuvien kävelyretkien avulla sydänpotilaiden metabolinen oireyhtymä väheni amerikkalaisessa tutkimuksessa 59 %:sta 31 %:iin ryhmässä olevien keskuudessa. Kuntouttava kävelyliikunta pienensi tehokkaasti uusien sydänoireiden todennäköisyyttä sekä lievensi monia sydän- ja verisuonitautien ja uusien sydänoireiden riskiä lisääviä terveysongelmia. Kävelyliikunnan terveysvaikutuksia olivat HDL-pitoisuuden ja insuliiniainevaihdunnan paraneminen, triglyseridirasvan määrän pieneneminen sekä verenpaineen

aleneminen. (Ades, Savage, Toth, Harvey-Berino, Schneider, Bunn, Audelin & Ludlow 2009.) Liikunta parantaa sydämen pumppauskykyä ja energia-aineenvaihduntaa edistäen sydänpotilaan toipumista sekä kuntoutumista sydäntoimenpiteen jälkeen (Stolen 2003).

Liikunnalla on todettu olevan merkitystä iäkkään ihmisen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Hoitokotien henkilökunnan kuntouttava työote parantaa selkeästi vanhusten aktiivisuutta. Monisairaat ja huonokuntoiset hyvinkin iäkkäät ihmiset hyötyvät liikunnasta. Akuutisti sairastuneet liikuntaongelmista kärsivät vanhuksat hyötyvät intensiivisestä lihasvoiman parantamiseen tähtäävästä kuntoutuksesta. Terveysthuolto on avainasemassa iäkkäiden ihmisten liikunnallisen kuntoutuksen, varhaiskuntoutuksen ja neuvonnan kehittämisessä samoin kuin liikuntaryhmien järjestämisessä sairaille vanhuksille. (Huusko, Strandberg & Pitkälä 2006, 77, 100.) Säännölliset kuntouttavat arkiset askareet kuten kotityöt, portaiden kävely ja käveleminen parantavat oleellisesti sydänpotilan fyysistä toimintakykyä. Ohjatun kuntouttavan harjoittelun on todettu lisäävän sydänpotilaan hapenottokykyä 11 %:sta 36 %:iin; suurin parannus oli huonokuntoisimmilla potilailla. Kuntoutuksen vaikuttavuus paransi potilaiden elämänlaatua ja auttoi iäkkäitä ihmisiä elämään itsenäisesti. Liikunnallisen kuntoutuksen ansiosta sydänpotilaan syke ja systolinen verenpaine laskivat sekä lihasvoima parani. (Leon, Franklin, Costa, Balady, Berra, Stewart, Thompson, Williams & Lauer 2005.) HUS, Hyvinkään sairaalasta jatkohoitoon siirtyvien potilaiden toimintakyvyn ylläpidon ja paranemisen mahdollistamiseksi on tarpeen varmistaa, että jatkohoitopaikkaa tarjoavassa hoitokodissa toteutetaan kuntouttavaa työtettä.

5.4 Omaisen ja kuntoutus

Iäkkään potilaan ja hänen omaistensa on mahdollista omalla aktiivisuudellaan ja oma-aloitteisuudellaan eri tavoin edistää potilaan kuntoutumista. Oleellisen tärkeää on, että potilas on itse aktiivinen ja hoitoon sitoutunut. Omaiset edistävät iäkkään potilaan kuntoutumista myötävaikuttamalla

kuntoutusprosessiin tukemalla häntä kuntoutumistavoitteiden saavuttamisessa. (Haapaniemi 2008, 34.) Omaiset ovat potilaalle korvaamattoman tärkeä voimavara ja kiinteä osa hänen elämäänsä. Omainen on yhteistyökumppani auttamalla hoitajia ymmärtämään potilaan taustaa ja käyttäytymistä. Onnistunut yhteistyö omaisten kanssa on rikkaus, josta hyötyvät kaikki osapuolet. (Voutilainen ym. 2004, 77.) HUS, Hyvinkään sairaalassa sydänpotilaan omaiset saavat olla tiiviisti läsnä potilaan kuntoutumisprosessissa tarjoamalla ensiarvoisen tärkeän apunsa ja tukensa potilaan kuntoutusprosessin etenemiseksi.

Sydänpotilaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vuoksi on oleellista, että potilas sitoutuu lääkehoitoonsa ja elintapamuutosten toteuttamiseen, joista tärkeimmät ovat tupakoinnin lopettaminen ja liikunnan lisääminen. Tärkeää on myös mahdollisen depression varhainen tunnistaminen sekä riittävä psykologinen ja sosiaalinen tuki. Näiden elintärkeiden elämäntapamuutosten toteuttamiseen sydänpotilas tarvitsee omaistensa avun ja tuen. (Vanhanen & Penttilä 2007.)

6 HOITOKODIT SYDÄNPOTILAAN JATKOHOITOPAIKKANA

6.1 Yksityinen ja kunnallinen hoitokoti

Hoitokotien toiminta on yrityspohjaista ja niiden pääasiallisia toimialueita ovat eri asiakasryhmien asumispalvelut (Hiironen 2007, 18). Yksityisten sosiaali- ja asumispalvelujen valvonnasta annetun lain mukaan yksityisen palvelun tuottajan, joka ammattitoimintaa harjoittamalla antaa ympärivuorokautisia asumis- ja hoitopalveluja asiakkaan oman kodin ulkopuolella, on haettava lääninhallitukselta lupa ennen toiminnan aloittamista ja toiminnan olennaista muuttumista. Yksityistä hoitokotipalvelua tarjoavalla toimintayksiköllä tulee olla palveluista vastaava henkilö, joka vastaa siitä, että palvelutoiminta täyttää sille asetetut vaatimukset. Palvelujen vastuuhenkilöllä tulee olla tehtävänsä hoitamiseen soveltuva pätevyys ja riittävä käytännön kokemus vastaavanlaisesta toiminnasta. Toimintayksikössä tulee olla toiminnan edellyttämä henkilöstö. Henkilöstöä tulee olla riittävästi palvelujen tarpeeseen ja hoidettavien lukumäärään nähden. Toimintayksikössä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009, 1.) Yksityiset hoitokodit tarjoavat laajemman valinnanvapauden ja asiakaslähtöisemmän palvelukokonaisuuden verrattuna kunnallisiin palveluntuottajiin. Yksityiset hoitokodit menestyvät tulevaisuuden terveystalvemarkkinoilla tarjoamalla palvelujaan joustavasti, kustannustietoisesti, nopeasti ja laadukkaasti. (Partanen 2003, 29.)

Sosiaali- ja terveystalvuiden oleellisen tärkeänä tehtävänä yhteiskunnassamme on perustavien sosiaalisten oikeuksien toteuttaminen ja hoivan ja hoidon tarpeeseen vastaaminen. Perustuslaissa mainitaan, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvut, joita kunnat järjestävät lakisääteisinä palveluina kuntalaisilleen. Järjestämisvastuu on velvoitettu kunnille. Hoiva- ja hoitopalveluita annetaan kunnissa yksilölliseen harkintaan ja tarpeen arviointiin perustuen kunnan budjetoinnin mukaisesti, ja vanhusten hoiva- ja hoitopalveluita annetaan osana yleisiä sosiaali- ja

terveyspalveluita. (Kautto, Häkkinen, Laine, Parkkinen, Parpo, Tuukkanen, Vaarama, Vihriälä & Volk 2006, 11.)

6.2 Hoitokodin tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen on asumismuoto, jossa asukas saa tarvitsemaansa hoivaa, apua ja palveluja ympäri vuorokauden. Toiminta sisältää yövalvonnan tai ainakin tehokkaan varallaolojärjestelmän. Tavallisessa palveluasumisessa asukas saa tarvitsemaansa tukea, apua ja palveluja itsenäisen asumisen mahdollistamiseksi. Sekä tavallisen että tehostetun palveluasumisen asukkaiden yksilöllinen avun tarve määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Aiemmin laitoshoidon toteutettiin aina kunnallisissa vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla. Tulevaisuuden suuntaus on, että tehostettu palveluasuminen tarjoaa potilaille varteenotettavan hoitovaihtoehdon. Niiden palveluista saadaan luotua asiakkaalle hänen yksilöllisiä tarpeitaan vastaava saumaton kokonaisuus, joka muuttuu hänen toimintakykynsä muuttuessa. (Voutilainen ym. 2004, 50.)

Lääninhallituksen toimintaluvan saamiseksi tehostettua palveluasumista tarjoavan hoitokodin tulee järjestää asiakkaalleen palvelukokonaisuus, johon kuuluvat asuminen ja jokapäiväiseen selviytymiseen liittyvät palvelut. Jokapäiväiseen palveluasumiseen liittyviin palveluihin kuuluvat henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät palvelut. Palveluiden tulee olla henkilökunnan antamia, esimerkiksi pelkkä turvahälytysjärjestelmä ei riitä. Hoitokoti voi tarjota asiakkailleen sekä pitkäaikais- että lyhytaikaishoitopaikkoja. Laitoshoidon ja palveluasumisen erona on asiakkaan mahdollisuus päättää sijoituspaikasta. Palveluasumista ovat sekä palvelutalot että ryhmäasumiseen kuuluvat asumispalvelut. Palveluasumisyksikön nimi voi olla hoitokoti, palvelutalo, palvelukoti, pienkoti tai hoivakoti. Tehostetussa palveluasumisessa on henkilökunta paikalla ympäri vuorokauden. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009, 2.)

7 HOITOKODIN KOKONAISPALVELUT

7.1 Hoitokodin palvelut ja palvelun laatu

Hoitokotien tarjoamia palveluita ovat ympärivuorokautinen valvonta, kokonaisvaltainen hoiva ja huolenpito, terveellinen, monipuolinen ja maukas ruoka (5 ateriaa päivässä), siivous- ja vaatehuoltopalvelu, hoito- ja palvelusuunnitelma, lääkehoidon toteutus, terveydentilan seuranta, omalääkärijärjestelmä, virkistystoiminta ja kuntoutus sekä asiointiapu. Hoitokodit tarjoavat sekä lyhyt- että pitkäaikaishoitoa asiakkailleen. Lyhytaikaista hoitopalvelua tarjotaan vanhuksille myös, jotta omaishoitaja voi levätä tärkeässä mutta vaativassa työssään. Useiden hoitokotien palvelutarjontaan kuuluu mahdollisuus jatkohoitoon ja kuntoutukseen, jolloin sairaalasta kotiutunut voi viettää toipilasaikaansa ammattitaitoisen henkilökunnan seurannassa ja valvonnassa. Henkilö siirtyy omaan kotiin, kunnes itsenäinen selviytyminen arjen askareissa on turvallista ja mahdollista.

Hoitokodissa asiakkaalle tulee kertoa hänen oikeutensa ja antaa ne mielellään hänelle myös kirjallisesti. Asiakkaalla on oikeus tulla hoidetuksi yksilöllisesti ja kunnioittavasti. Hänelle tulee kertoa hoitokodin palveluista ja maksuista myös kirjallisesti hänen niin halutessaan. Asiakkaalla on oikeus hallita omia rahojaan tai valita joku toinen, johon voi luottaa, sekä oikeus yksityisyyteen ja omaan omaisuuteen huoneessaan jos siitä ei ole haittaa muiden asiakkaiden turvallisuudelle tai terveydelle. Lisäksi hänen tulee saada ohjausta voinnistaan, lääkityksestään ja hänellä tulee olla oikeus keskustella hoitavan lääkärinsä kanssa. Asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä lääkityksestään ja hoidoista. (Medicare 2009.)

Hoitokodin palvelun laatu muodostuu prosessin, toiminnon, tuotteen, organisaation, järjestelmän ja hoitohenkilökunnan kyvystä täyttää asiakkaan palvelulle asettamat vaatimukset ja niihin kohdistuvat odotukset. Vaatimukset perustuvat lainsäädäntöön, määräyksiin, sopimuksiin tai erikseen määriteltyihin

asiakkaan tarpeisiin. (Holma 2003, 14.) Laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaan palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Palvelun laatu muodostuu rakenne- ja prosessitekijöistä sekä palvelun lopputuloksesta. Palvelun laadun rakennetekijöitä ovat henkilökunnan määrä ja rakenne, johtamis- ja työnjakokäytännöt sekä hoitoympäristö. Palvelun laadun prosessitekijöitä ovat kaikki asiat, jotka liittyvät palveluprosessiin ja sen laatuun vaikuttaa kaikki palvelussa toteutettu toiminta. Palvelun lopputuloksen laatu muodostuu palveluille asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 51.)

Hyvälaatuisessa palvelussa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet, omaisten odotukset ja toteutetaan hoitotyön eettisiä ohjeita sekä näyttöön perustuvaa hoitotyötä noudattaen lakeja ja asetuksia. Hyvää hoitotyön palvelun laatua ovat asiakkaiden mielestä palvelujen lähestyttävyyden ja joustavuuden, palvelujen käytön helppouden ja palvelujen hyvän saavutettavuuden. Palvelun laatuun vaikuttavat myös hoitajien ammattitaito ja asiantuntemus, palvelujen luotettavuus, turvallisuus, hoitajien ymmärtäminen asiakasta kohtaan, ystävällisyys, palveluhalukkuus sekä palvelun vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin. (Holma 2003, 14–15.) Potilaat arvostavat laadukkaassa hoitokodin palvelussa hoitohenkilökunnan kokonaisvaltaista lähestymistä. Hoidon tulisi olla vaikuttavaa ja tehokasta, mutta inhimillistä, myötätuntoista ja näyttöön perustuvaa. Potilas toivoisi henkilökunnan tukevan häntä sekä ajavan hänen etujaan ja oikeuksiaan. (National Nursing Research Unit 2008.)

HUS, Hyvinkään sairaalan mahdollisissa yhteistyöneuvotteluissa hoitokotien kanssa on tarpeen kiinnittää huomiota näihin palvelun laatuun vaikuttaviin tekijöihin, jotta varmistetaan hoitokodin palvelun hyvä laatu. Sydänpotilaiden tulee jatkohoidossaan saada asiantuntevaa, ammattitaitoista, luotettavaa, turvallista ja yksilöllistä hoitoa. Sopimusneuvotteluissa on hyvä määritellä yhdessä sopimuskumppaneiden välillä palvelun laatuodotukset.

7.2 Hoitopalveluketju

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänpotilaan hoitopalveluketju alkaa potilaan hakeutuessa hoitoon ja päättyy potilaan palatessa takaisin kotiin. Hoitopalveluketju sisältää kokonaisvaltaisen hoitoprosessin eri vaiheineen, hoitopaikkoineen ja interventioineen. Tavoitteena on taata tämän palveluketjun saumaton jatkumo sydänpotilaan jokaisessa palveluketjun vaiheessa. Toimiva yhteistyö sekä kunnallisten että yksityisten hoitokotien kanssa mahdollistaisi sydänpotilaan entistä nopeamman siirtymisen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon, jolloin sydänosaston toiminta tehostuisi. Hoitopalveluketjun tavoitteena on yhdistää eri organisaatiot, yksityinen ja kunnallinen sektori sekä niiden hoitopalvelut asiakaskeskeiseksi palvelukokonaisuudeksi. (Koponen 2003, 18).

Saumattoman hoitopalveluketjun edellytyksenä on työntekijöiden moniammatillinen ja käytännönläheinen yhteistyö, jotta voidaan mahdollistaa hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuus. Saumattoman palveluketjun tavoitteena on asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukainen hoito ja palvelu. Muutos järjestelmälähtöisistä palveluista kohti asiakaslähtöistä saumatonta palveluketjua vaatii eri ammattiryhmiltä uudenlaista ajattelutapaa ja yhteisen vastuun lisääntymistä yhteiskuntarakenteessa. (Voutilainen ym. 2004, 52–53.)

Kuntien haasteena on saada yksityisistä ja julkisista toimijoista muodostuva palveluketju toimimaan saumattomana kokonaisuutena, asiakkaan tarpeita kuunnellen. Tavoitteena tulee olla asiakkaan elämän näkeminen ainutlaatuisena kokonaisuutena, jolloin sosiaali- ja terveystaloudissa korostuvat ennaltaehkäisevyys ja kuntouttavuus. (Haho 2008.)

8 HOITOKODIN KOKONAISSURSSIT

8.1 Hoitokodin kokonaisresurssien määritelmä

Hoitokodin kokonaisresurssit muodostuvat henkilöstöresursseista, tilaresursseista ja välineressursseista. Resurssien eri osa-alueista muodostuu hoitotyön palvelun laatu potilaalle. (Holma 2003, 63.) Tässä tutkimuksessa selvitetään hoitokotien kokonaisresurssit, joten jokaisesta hoitokodista selvitetään henkilöstöresurssit, tilaresurssit ja välineressurssit. Tutkimuksessa keskitytään selvittämään sydänpotilaan hoitotyön kannalta merkityksellisiä resurssitekijöitä.

8.2 Hoitokodin henkilöstöresurssit

Hoitokodin henkilöstöresurssit muodostuvat henkilökunnan määrästä ja laadusta. Hoitotyön henkilöstöresursseihin kuuluvat kaikki henkilöt, jotka jollakin tavalla osallistuvat potilaan hoitoketjuun. Jokaisen henkilöstöön kuuluvan työpanos vaikuttaa omalta osaltaan sydänpotilaan kokemaan palvelun laatuun. Jokaisen hoitokodin työntekijän palvelun ja työn laadusta muodostuu hoidon kokonaislaatu. Jokainen, joka työskentelee hoitokodissa, on omalta osaltaan hoitotyöntekijä. Siistijä varmistaa hoitopalvelun siisteyden ja puhtauden sydänpotilaalle. Kokki huolehtii potilaan ravitsemuksesta, vaikuttaen omalla työpanoksellaan sydänpotilaan saamaan hoitoon ja sen laatuun. Jokaisella hoitokodin henkilökuntaan kuuluvalla on oma erityisosaamisen alueensa sekä siihen tarvittava ammatillinen koulutus, joka antaa hänelle oikeuksia, tietoja, taitoja sekä vastuuta omasta osaamisestaan.

Hoitokodissa tulee huomioida asiakkaiden määrä, heidän toimintakykynsä ja hoitotarpeensa mitoitettaessa henkilökunnan määrää hyvän, yksilöllisen ja turvallisen hoidon takaamiseksi jokaiselle (Voutilainen ym. 2004, 119). Henkilöstön mitoittamisessa on asiakkaiden fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen

ja sosiaalisen toimintakyvyn ja hoitoisuuden oltava suunnittelun lähtökohta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Hoitokodissa tulee henkilöstöresurssien olla toiminnan mukaiset. Henkilöstöä tulee olla riittävästi palvelujen tarpeeseen ja hoidettavien lukumäärään nähden. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009, 2.)

Onnistuneessa henkilöstömitoituksessa huomioidaan asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet ja varmistetaan riittävä määrä ammattitaitoista henkilökuntaa tuottamaan määrältään, laadultaan sekä vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille inhimillisesti ja kustannustehokkaasti. Kaikessa hoitotyössä tulee noudattaa keskeisiä ihmisarvon turvaavia eettisiä periaatteita, jotka ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Sydänpotilaan hoitotyön toteuttamiseen tarvitaan laillistettuja ja päteviä hoitotyön ammattilaisia, jotta jatkohoito toteutuu lääkärin laatiman jatkohoitosuunnitelman mukaisesti. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä antaa ohjeet henkilöstöresurssien lainvoimaisuudesta ja pätevydestä suorittaa tehtävänsä. Lain tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. (Kela Lakipalvelu 2009.) Henkilöstön määrää ja tehtäväkannetta suunniteltaessa on noudatettava ammatillisen henkilöstön kelpoisuutta ja ammatinharjoittamisoikeutta koskevassa lainsäädännössä määritellyjä kelpoisuusvaatimuksia ja otettava huomioon sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suositukset. Henkilöstön osaaminen on varmistettava suuntaamalla tavoitteellinen täydennyskoulutus arvioitujen osaamistarpeiden mukaisesti ja

noudattamalla sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutussäädöksiä ja -suosituksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalueen hoitokotien henkilöstöresurssit, jotta saadaan selville onko hoitokodeilla riittäviä henkilöstöresursseja toteuttaa sydänpotilaan jatkohoitoa ammattitaitoisesti ja potilasturvallisesti. Oleellisen tärkeää on varmistaa, että henkilöstöresurssit vastaavat sydänpotilaan hoitotarpeita asianmukaisen koulutuksen osalta, jotta sydänpotilaan jatkohoito toteutettaisiin ammattitaitoisesti, asiakaslähtöisesti ja turvallisesti potilaan toipumista ja kuntoutumista edistäen.

8.3 Hoitokodin tilaresurssit

8.3.1 Hoitokodin esteettömyys ja turvallisuus

Hoitokotien tilaresurssien tulee olla sydänpotilaan jatkohoitoon sopivat ja potilaan terveyttä sekä hyvinvointia edistävät. Esteettömyys tarkoittaa hoitotilan soveltuvuutta esimerkiksi liikuntaesteisille ja aistivammaisille ihmisille. Esteetömyssä ympäristössä ei ole portaita eikä tasoeroja, jotta pyörätuolilla liikkuminen on mahdollista. Esteetömyssä hoitoympäristössä tuotteiden, palvelujen ja rakennetun ympäristön on oltava toimivia, helppokäyttöisiä ja helposti saavutettavia. Hyvin suunniteltu esteetön ympäristö ylläpitää ja edistää fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, vähentää apuvälineiden tai avustajan tarvetta ja pienentää tapaturmariskejä. Se lisää omatoimisuutta ja tasa-arvoisuutta. Esteetömyyttä ja turvallisuutta voidaan parantaa hoitokodin muutostöin ja apuvälinein. Tehostetun palveluasumisen hoitokodeissa tavoitteena on, että asukashuoneet, yhteistilat ja käytävät ovat esteetömiä ja turvallisia, jotta toimintakyvyltään heikkokuntoinenkin vanhus voisi olla ympäristössään täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Turvallisuuden edistäminen on tärkeä osa palveluasumisyksiköiden ja laitosten toimintaa ja vastuu turvallisuudesta on palvelun tuottajilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 40–

41.) HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolta jatkohoitoon tulevista potilaista suurin osa kävelee ilman apuvälinettä tai rollaattorin turvin, mutta joskus kotiutetaan jatkohoitoon myös pyörätuolilla liikkuvia. Hoitokodin esteettömyyden kartoittaminen on tärkeää, jotta tiedetään, millaisin apuvälinein liikkuva sydänpotilas voidaan kotiuttaa hoitokotiin jatkohoitoon.

Hoitokodin turvallisuutta voidaan lisätä hyödyntämällä uutta teknologiaa. Liiketunnistus- ja hälytysjärjestelmät lisäävät turvallisuutta ja liikkumisvapautta myös ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa hoitokodeissa. Hyvin suunniteltu ja turvallinen hoitoympäristö lisää vanhusten kokonaisvaltaista hyvinvointia, edistää terveyttä ja parantaa toimintakykyä. Esteetön, turvallinen ja viihtyisä hoitoympäristö tukee vanhuksen fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä itsenäisyyttä kompensoimalla toimintakyvyn rajoitteita. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 42–43.)

8.4 Hoitokodin välineresurssit

Hoitokodin välineresursseihin määritellään kuuluviksi kaikki välineet, laitteet ja tekniikka, jotka mahdollistavat ja helpottavat potilaan hoitotyötä. Hoitotyön välineitä ovat kalusteet (vuode, potilaspöytä) ja potilaan hygienian hoitamisen välineet (suihkutuoli, suihkulavetti, vuodepesuvälineet, siirtolakana, henkilönostin, vaipat, pesuaineet, partakoneet ym.). Hoitotyössä tarvittavia välineitä ovat myös verenpainemittari, stetoskooppi, ruiskut, neulat, lääkkeet sekä tietokoneet ja turvalaitteet. Lisäksi hoitotyön välineresursseihin kuuluvat apuvälineet, joilla helpotetaan ja mahdollistetaan potilaan liikkumista ja kuntoutumista kuten rollaattorit, kävelykepit, pyörätuolit ja WC:n korokeistuimet. (Iivanainen & Jauhiainen 2006, 133–137.)

HUS, Hyvinkään sairaalan sydänpotilaiden tulee saada laadukasta ja ammatillisesti pätevää jatkohoitoa, joka toteutetaan asianmukaisia hoitotyön välineitä käyttäen. Sydänpotilaan hoitotyössä oleellisen tärkeitä hoitotyön välineitä potilaan terveydentilan seuraamiseksi ovat henkilövaaka,

verenpainemittari, lämpömittari, EKG-laite ja lisähappilaitteet (happimaski, happiviikset, happinenä, CPAP-laite, happirikastin). Sydänpotilaiden jatkohoidossa on tarpeen varautua myös mahdolliseen elvytystilanteeseen elvytysvälineillä, joita ovat defibrillaattori, EKG-laite, nieluputki, maski ja hengityspalje, seinä- tai kuljetushappi, intubaatiovälineet, suoniyhteyden avaamisvälineet, infuusionesteet ja lääkkeet (adrenaliini, amiodaroni, lidokaiini, morfiini, diatsepaami). Lisäksi tulee olla varattuna elvytyslomake ja kynä elvytystilanteen huolellista kirjaamista varten. Hoitotyön välineiden ja tekniikan toimivuudesta tulee huolehtia määräajoin suoritettavilla huolloilla sekä toimintakunnon tarkastuksilla. (Ikola 2007, 54–55.)

Henkilövaaka on poikkeuksellisen tärkeä hoitoväline hoidettaessa sydämen vajaatoimintapotilasta koska sen avulla saadaan tarkkailtua mahdollista nesteen kerääntymistä elimistöön. Sydämen vajaatoimintapotilailla saattaa nesteen kertyminen olla hyvin nopeaa. Hengenahdistus saattaa kehittyä muutamassa tunnissa niin vaikeaksi, että sairaalahoito on tarpeen. Hitaasti pahenevaa hengenahdistusta edeltävät yleensä painon nousu ja kudosturvotusten ilmaantuminen. Vakavan tilanteen ennakoimiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi painon mittaaminen ja ihon pingottuneisuuden säännöllinen seuraaminen ovat tarpeen. Vähittäinen nesteen kertyminen elimistöön johtaa painon nousuun ja turvotuksiin. Neste kerääntyy ensisijaisesti alaraajoihin. Turvotus voidaan yleensä todeta ennen kuin hengenahdistusoire puhkeaa. Painon seurannan tarkoituksena on arvioida nestetasapainoa ja sydämen vajaatoiminnan tilaa. Yli kilon painonnousu vuorokaudessa antaa viitteitä nesteen kertymisestä elimistöön. Vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan painoa tulee seurata päivittäin. (Mäkijärvi ym. 2008, 325–327.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään hoitokotien hoitotyön välineresurssit, jotta voidaan mahdollistaa sydänpotilaiden turvallisuus ja hoidon laatu myös jatkohoidossa.

9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Hyvinkään sairaanhoitoalueella toimivien yksityisten ja kunnallisten hoitokotien palvelut ja kokonaisresurssit sydänpotilaiden jatkohoidolle. Tavoitteena on saada tietoa hoitokodeista, jotka ovat kiinnostuneita yhteistyöstä sydänosaston kanssa sekä tarjoamaan jatkohoitopaikkaa sydänpotilaille.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Onko hoitokoti kiinnostunut yhteistyöstä Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa?
2. Mitä palveluja hoitokoti tarjoaa sydänpotilaille ja millainen tulee sydänpotilaan toimintakyvyn olla?
3. Millaiset ovat hoitokodin henkilöstöresurssit?
4. Millaiset ovat hoitokodin tilaresurssit?
5. Millaiset ovat hoitokodin välineresurssit?

10 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

10.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen toteuttaminen aloitetaan selvittämällä kohderyhmään valitut, Hyvinkään sairaanhoitoalueella toimivat yksityiset ja kunnalliset hoitokodit. Yksityiset hoitokodit selvitetään hyödyntämällä Etelä-Suomen lääninhallituksen ympärivuorokautista, tehostettua palveluasumista tuottavien yksityisten asumispalveluyksiköiden rekisteriä. Jokaisen yksityisen, ympärivuorokautisia sosiaali- ja asumispalveluja tuottavan, tulee anoa toiminnalleen lupa lääninhallitukselta. Jokainen luvan saanut palvelun tuottaja merkitään lääninhallituksen rekisteriin. Kunnalliset palveluyritykset selvitetään kunnan omien internetsivustojen kautta sekä soittamalla kuntien vanhusten asumis- ja hoitokotipalveluista vastaaville.

10.2 Tutkimuslomake ja tutkimuskirjeet

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa päätetään tutkimuksessa selvittävät asiat ja esitettävät kysymykset sekä laaditaan tutkimuksessa käytettävä tutkimuslomake. Osaston ammattilaisten osallistuminen ja työpanos kysymysten pohdintaan ja laadintaan on tärkeää tutkimuksen toteuttamiselle ja onnistumiselle, jotta kohderyhmiltä kysytään oleellisia kysymyksiä ja selvitetään sydänpotilaan kotiuttamisen ja jatkohoidon kannalta merkityksellisiä asioita. Tutkimuksessa käytettävä tutkimuslomake kopioidaan HUS:n viralliselle logopaperille luottamuksen herättämiseksi. Lisäksi laaditaan tutkimuslomakkeen kanssa postitettava saatekirje, joka myös luottamuksen herättämiseksi vastaanottajassa kopioidaan HUS:n viralliselle logopaperille. Sekä saatekirjeen että tutkimuslomakkeen toimivuus ja ymmärrettävyys testataan etukäteen luotettavalla, kohderyhmää vastaavalla henkilöllä. Tutkimuslomakkeen testaamisen jälkeen tehdään tutkimuslomakkeeseen tarvittavat muutokset, jotka havaitaan ja saadaan selville tutkimuslomakkeen testaamisessa.

Tutkimuslomakkeesta toteutetaan tietokoneeseen lomakeversio, jota täytetään puhelinhaastattelun aikana. Näin toimien vältytään saatujen tietojen moninkertaiselta tallentamiselta sekä nopeutetaan tutkimusprosessia.

Tutkimuslomake (LIITE 1) ja saatekirje (LIITE 2) postitetaan kohderyhmään kuuluvien hoitokotien vastaaville henkilöille etukäteistutustumista varten. Näin toimien varmistetaan, että hoitokodin toiminnasta vastaava on perehtynyt aiheeseen sekä tehnyt päätöksen mahdollisesta yhteistyöstä Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa ennen puhelimitse tapahtuvaa yhteydenottoa ja haastattelua. Saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksesta ja sen tavoitteista sekä kehoitetaan etukäteen tutustumaan lähetettävään tutkimuslomakkeen. Saatekirjeessä kerrotaan, että tutkimuksen toteuttaa sairaanhoitajaopiskelija opinnäytetyönään HUS, Hyvinkään sairaalan toimeksiannosta. Hyvän eettisen tutkimustavan mukaisesti saatekirjeessä kerrotaan, että tutkimuksessa luottamuksellisesti kerrotut tiedot tulevat ainoastaan HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston käyttöön ja jokaista tutkimukseen osallistuvaa sitoo vaitiolovelvollisuus.

Saatekirjeessä luvataan ottaa seuraavalla viikolla yhteyttä puhelimitse ja selvittää heidän kiinnostuksensa yhteistyöhön sydänosaston kanssa. Postitusvaihe toteutetaan lähettämällä tutkimuslomake ja saatekirje ensin yksityisille hoitokodeille, jonka jälkeen näihin otetaan luvatusi yhteyttä puhelimitse. Kun sovitut yhteydenotot ja henkilökohtaiset tutkimushaastattelut puhelimitse yksityisiin hoitokoteihin suoritetaan, postitetaan myös kunnallisille hoitokodeille tutkimuslomake saatekirjeineen. Haastateltava kohdehenkilö on hoitokodin johtaja tai hoitokodin toiminnasta vastaava. Tällä varmistetaan, että haastateltavalla kohdehenkilöllä on riittävät valtuudet tehdä hoitokodin yhteistyösuunnitelmia sekä –päätöksiä. Tutkimusmateriaalin postitus ja puhelinhaastattelut tapahtuvat kahdessa erässä, jotta varmistetaan jokaiseen hoitokotiin sovittu yhteydenotto luvatusi muutaman päivän kuluttua postin saapumisesta kohdehenkilölle.

Tutkimushaastattelujen suorittamisen jälkeen haastateltaville hoitokodin johtajille ja vastaaville tutkija lähettää tiedotekirjeen (LIITE 3), jossa kerrotaan yhteistyöprojektin etenemisaikataulusta. Puhelinhaastattelujen jälkeen useita haastateltavia kiinnostaa projektin aikataulu, jolla sydänosastolla tullaan etenemään sydänpotilaan jatkohoidon yhteistyöprojektissa. Tähän tiedon tarpeeseen halutaan vastata tiedottamalla, että yhteistyöprojekti tulee etenemään elo-syyskuussa.

10.3 Aineiston keruu ja analyysi

Jokaisen asumispalveluyksikön vastaavalle soimitaan henkilökohtaisesti ja haastatellaan hänet tutkimuslomaketta, puhelinta ja tietokonetta tutkimusvälineinä käyttäen. Puhelinhaastattelulla varmistetaan, että saadaan jokaisen kohderyhmään kuuluvan hoitokodin johtajan vastaus tutkimuksen merkityksellisimpään kysymykseen eli kiinnostaako hoitokotia yhteistyö HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa. Tutkimusvälineenä käytetään puhelinta sekä tietokonetta mahdollistaen tutkimuslomakkeen täyttämisen ja haastattelun toteuttamisen samanaikaisesti.

Tutkimuksen aineisto on koossa sen jälkeen kun kohderyhmään kuuluvien vastuuhenkilöiden puhelinhaastattelut on toteutettu. Tutkimuksessa edetään analysoimalla tutkimusaineistoa käyttäen analyysimenetelmänä sisällönanalyysia, joka on toimiva laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkija pyrkii löytämään toiminnan logiikan tai tyypillisen kertomuksen tutkimusaineistosta. Tämän jälkeen tutkimusaineisto pelkistetään karsimalla, tiivistämällä sekä pilkkomalla tutkimusongelman kannalta turha tieto pois ja säilyttämällä tutkimuksen kannalta oleellinen aineisto. Tutkimusaineisto tulee lokeroida selkeiksi kokonaisuuksiksi, joista muodostuu tutkimuksen käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Koossa olevan ja jäsennellyn tutkimusaineiston avulla tutkija syventää ymmärrystään tutkimuksen merkityskokonaisuuksista. (Vilka 2005, 140.)

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytetään amerikkalaista mallia aloittaen aineiston pelkistämisestä. Haastatteluissa selvitetään tutkimusongelman tai – tehtävän mukaiset kysymykset, jonka jälkeen tunnistetaan tutkimuksen kannalta kiinnostavat sekä merkitykselliset asiat, jotka nostetaan esiin aineistosta ja kootaan yhteenveto ja tutkimustulokset. Analyysimallit toimivat tutkijalle työvälineinä tulkintaprosessin systematisoinnissa sekä estämässä epätieteelliset tulkinnat ja yhteenvedot. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101–102.) Tutkimuksen aineiston käsittelyssä edetään siten, että ensin kohderyhmään kuuluvat hoitokodit jaetaan aineiston keruun jälkeen kahteen ryhmään sen mukaan, onko hoitokoti kiinnostunut mahdollisesta yhteistyöstä vai ei. Tämän jälkeen lähdetään analysoimaan saatuja tutkimustuloksia siten, että nostetaan tutkimuskysymysten kannalta merkitykselliset ja kiinnostavat asiat esille. Tämän tutkimustuloksen merkitykselliset asiat ovat hoitokotien kokonaispalvelut ja – resurssit, jotta aineistosta voidaan analysoida ne hoitokodit, joilla on riittävät resurssit (henkilöstö-, tila- ja välineresurssit) sydänpotilaan ammattitaitoiseen ja turvalliseen jatkohoitoon sekä yhteistyöhön Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa. Lopuksi kootaan tutkimustulokset sekä tarkastellaan tutkimustuloksia tehden niistä johtopäätöksiä tutkimuksen hyödynnettävyydestä ja merkityksestä tutkimuksen toimeksiantajalle.

11 TUTKIMUKSEN TULOKSET

11.1 Hoitokodin kiinnostus yhteistyöhön ja taustatiedot

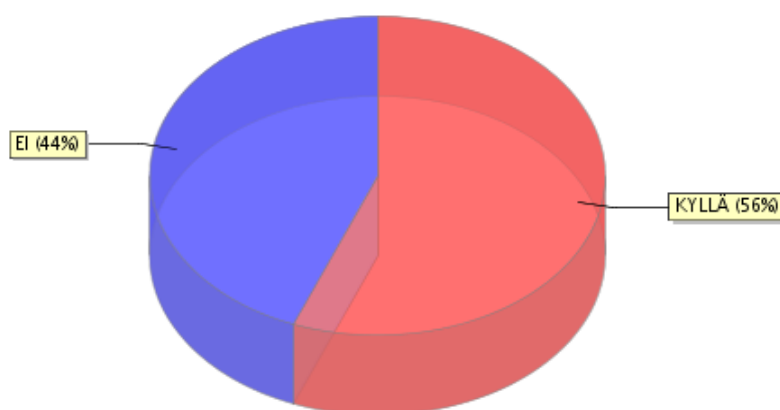
Tutkimuksen aluksi selvitettiin hoitokotien kiinnostus yhteistyöhön HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa. Kaikkien Hyvinkään sairaanhoitoalueella sijaitsevien kunnallisten ja yksityisten hoitokotien johtajat haastateltiin henkilökohtaisesti puhelimitse. Haastattelusoitto tehtiin kaikkiaan 26 hoitokotiin, joista 25 hoitokotia osallistui tutkimukseen koska yksi vielä rekisterissä ollut oli juuri lopettanut toimintansa. Tutkimuksessa mukana olleista yksityisiä hoitokoteja oli 15 ja kunnallisia hoitokoteja oli 10.

Hoitokodeista yli puolet eli 14 ilmoitti olevansa kiinnostuneita tekemään yhteistyötä sydänosaston kanssa. Näistä hoitokodeista oli kunnallisia hoitokoteja 3 ja yksityisiä hoitokoteja 11. Hoitokodeista alle puolet eli 11 ilmoitti, etteivät ole kiinnostuneita tarjoamaan sydänpotilaille jatkohoitoa. Näistä kunnallisia hoitokoteja oli 7 ja yksityisiä 4. Tutkimustuloksen mukaan yhteistyömahdollisuuteen kielteisesti vastanneet olivat hoitokoteja, joiden toiminta tai tilat eivät soveltuneet lyhytaikaisesti sijoitettavien sydänpotilaiden jatkohoitoa. Muutama hoitokoti ilmoitti hoitavansa vain dementia- vanhuksia tai pitkäaikaispotilaita ja joissakin hoivakodeissa ei ollut ympärivuorokauden henkilökuntaa paikalla, joten ne eivät tämän vuoksi voineet ottaa sydänpotilaita jatkohoitoon.

Meillä on kaikki vakituisia ja pitkäaikaisia vammaispotilaita. Tilat eivät nyt mahdollista tällaista yhteistyötä. Valitettavasti. Meille kaikki tulevat kunnallisen työryhmän kautta vakituisiksi asukkaiksi. Meillä ei ole ympärivuorokautista valvontaa. Lisäksi kaikki asukaspaikat on varattu dementia- vanhuksille.

Hoitokodit, jotka olivat kiinnostuneita tarjoamaan sydänpotilaille jatkohoitoa (N=14), pitivät mahdollista yhteistyötä mielenkiintoisena ja haastavana.

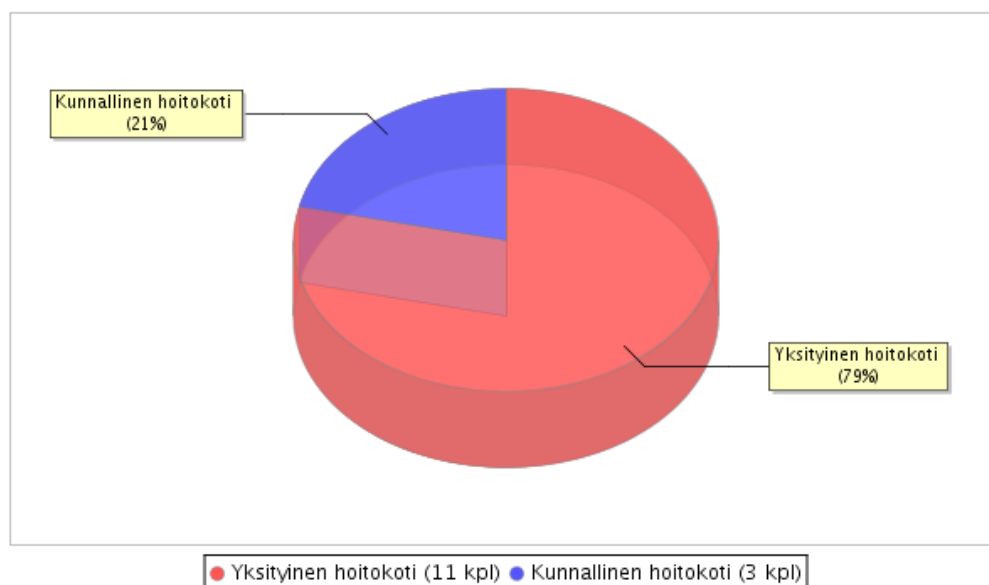
Totta kai olemme yhteistyömahdollisuudesta kiinnostuneita. Tällainen yhteistyö kuulostaisi upealta. Olemme palaveeranneet sosiaali- ja terveysjohtajan kanssa ja yhdessä hänen kanssaan päättäneet, että lähdemme mielellämme yhteistyöhön. Olemme todella kiinnostuneita. Yritysideamme on ollut tarjota nimenomaan jatkohoitopaikkoja. Pidimme palaverin ja olimme yksimielisesti sitä mieltä, että olemme erittäin kiinnostuneita yhteistyöstä.



KUVA 1. Hoitokotien kiinnostus yhteistyöhön (N=25).

KYLLÄ-vastajat (14 hoitokotia): yksityisiä 11 ja kunnallisia 3.

EI-vastajat (11 hoitokotia): yksityisiä 4 ja kunnallisia 7.



KUVA 2. Yhteistyöstä kiinnostuneet hoitokodit; yksityinen vai kunnallinen?

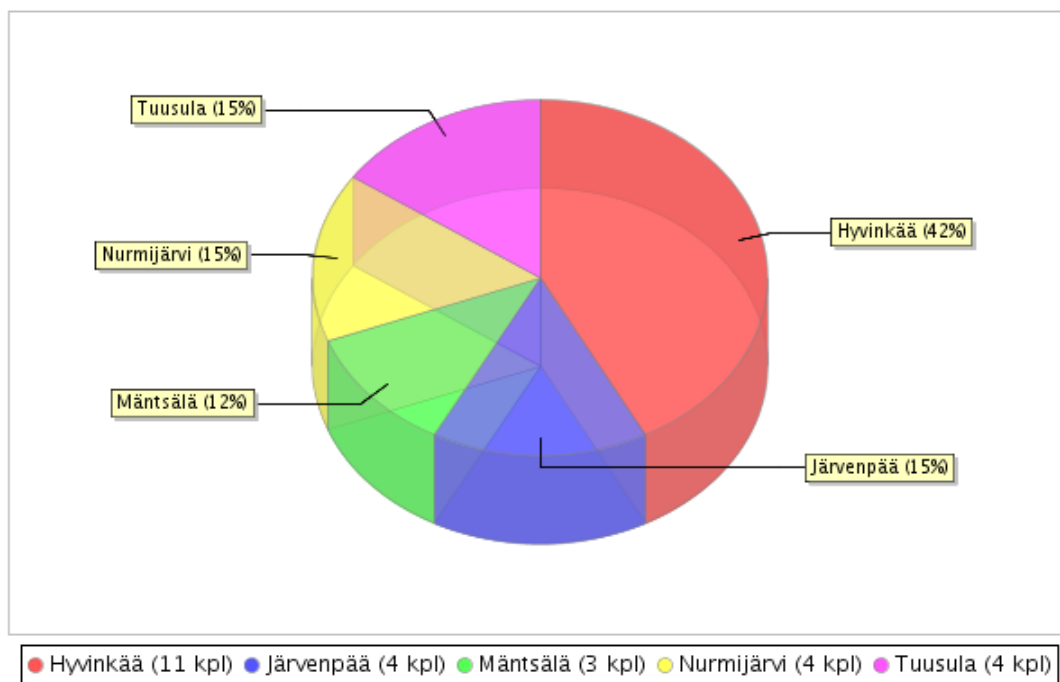
11.1.1 Hoitokodin yhteystiedot ja sijaintikunta

Jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta sekä kiinnostuneelta että kiinnostumattomalta hoitokodilta tiedusteltiin yhteystiedot, joihin kuuluvat hoitokodin nimi, y-tunnus, osoite postinumeroineen ja postitoimipaikkoinen, hoitokodin vastaavan nimi, yhteyshenkilön nimi sekä asema hoitokodissa. Kaikki tutkimuksessa haastatellut olivat hoitokodin toiminnasta vastaavia/johtajia, jotta heillä oli tarvittavat valtuudet tehdä tutkimuksen kannalta oleellinen päätös kiinnostuksesta mahdolliseen yhteistyöhön HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa.

Perusteluna päätökselle tiedustella jokaiselta hoitokodilta nämä yhteystiedot on, että ne lisäävät luottamusta suoritettua tutkimusta kohtaan ja toimivat dokumentteina tutkimukseen osallistuneista hoitokodeista sekä keneltä on saatu tutkimuksen vastaukset, pitäen sisällään myös tutkimuksen kannalta oleellisimman vastauksen eli kiinnostuksen mahdolliseen yhteistyöhön. Jokainen henkilökohtaisesti käyty puhelinhaastattelu tallennettiin ja dokumentoitiin haastateltavien luvalla yhteystietoineen ja toimitettiin yhteenvetoinen elokuussa 2009 HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolle. Näitä yhteystietoja, joissa ilmenee jokaisen hoitokodin vastaukset erikseen, ei tulla koskaan julkaisemaan missään vaan ne on tarkoitettu ainoastaan Hyvinkään sairaalan sydänosaston tietoon ja käyttöön. Tutkimuksen hyvän etiikan noudattamiseksi kaikki hoitokodit ovat kaikissa julkisissa raporteissa anonyymeinä eikä yhdenkään yksittäisen tutkimukseen osallistuneen hoitokodin tietoja ole tunnistettavissa eikä saatavissa vaan ne on hävitetty sopimuksen mukaisesti.

Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluvat viisi kuntaa ovat Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. Tutkimukseen osallistuneista hoitokodeista Hyvinkäällä sijaitsi 11 hoitokotia, joista yksityisiä oli kuusi ja kunnallisia viisi hoitokotia. Järvenpäässä sijaitsi viisi hoitokotia, joista yksityisiä oli neljä ja kunnallisia yksi hoitokoti. Järvenpäässä sijaitsi myös yksityinen hoitokoti, joka oli lopettanut toimintansa toukokuussa 2009. Mäntsälässä

tutkimukseen osallistuneista hoitokodeista sijaitsi kaksi, joista toinen oli yksityinen ja toinen kunnallinen hoitokoti. Nurmijärvellä sijaitsi neljä hoitokotia, joista kaksi oli yksityisiä ja kaksi kunnallisia hoitokoteja. Tuusulassa tutkimukseen osallistuneista hoitokodeista sijaitsi neljä, joista kolme oli yksityisiä hoitokoteja ja yksi kunnallinen hoitokoti.



KUVA 3. Hoitokotien sijaintikunnat (N=26).

11.2 Hoitokodin kokonaispalvelut

Hoitokodin kokonaispalveluista selvitettiin hoitokodin asiakkaat (miehiä, naisia vai molempia), hoitokodin asiakkaiden toimintakyky, hoitokodin palvelut asiakkailleen sekä lääkehoitopalvelut.

11.2.1 Hoitokodin asiakkaat

Hoitokodin kokonaispalveluista ensimmäisenä kysyttiin, onko hoitokodin asiakkaana naisia, miehiä vai molempia, jotta saatiin tietää, kenelle hoitokoti tarjoaa hoitopalveluaan. Kaikki yhteistyöstä kiinnostuneet 14 hoitokotia tarjosivat palvelujaan sekä miehille että naisille. Tästä haastattelukysymyksestä

alkaen tutkimustuloksia tullaan tarkastelemaan vain yhteistyöstä kiinnostuneiden 14 hoitokodin osalta, koska niiden kanssa haastattelut jatkuivat loppuun saakka jokaisen haastattelukysymyksen osalta.

11.2.2 Hoitokodin asiakkaiden toimintakyky

Tutkimuksessa selvitettiin hoitokodin asiakkaiden toimintakykyä, jotta saatiin selville, minkä kuntoisia sydänpotilaita hoitokodeilla on valmiuksia jatkohoita. Tutkimuksessa kysyttiin, tarjoaako hoitokoti palvelujaan asiakkaalle, joka on toimintakyvyltään vuodepotilas, pyörätuolilla avustettuna liikkuva, pyörätuolilla itsenäisesti liikkuva, ilman apuvälinettä kävelevä, rollaattorin avulla kävelevä tai täysin omatoiminen. Hoitokodeista neljä voi ottaa asiakkaikseen vuodepotilaita, 10 voi ottaa asiakkaikseen pyörätuolilla avustettuna liikkuvan ja 11 hoitokotia itsenäisesti pyörätuolilla liikkuvan. Lisäksi hoitokodeista 13 tarjoaa hoitopalvelua rollaattorilla liikkuville ja 10 täysin omatoimisesti liikkuville asiakkaille.

11.2.3 Hoitokodin palvelut asiakkailleen

Sydänpotilaiden jatkohoidosta kiinnostuneista hoitokodeista kaikki 14 hoitokotia tarjosivat potilailleen ympärivuorokautista valvontaa, siivouspalvelua, vaatehuoltoa, ateriapalvelua, hygienian hoidossa avustamista sekä haavanhoitoa. Sydänpotilailla saattaa olla erityistarpeenaan näistä nimenomaan haavanhoitopalvelu, koska ohitusleikkauksessa olleilla sydänpotilailla on rintalasta sahattu auki ja heillä on leikkaushaava rintalastan päällä ja säären sekä reiden alueella jalassa, josta verisuonisiirrännäinen on otettu potilaalle. Useissa haastatteluissa haavanhoito-osaamista kartoitettaessa johtajat mainitsivat, että heidän hoitokodissaan työskentelee kirurgisia sairaanhoitajia. 7 hoitokotia tarjosi asiointipalvelua, joka sisältää mm. lehden ostamisen, kaupassa asiointia, potilaan omien asioiden hoitamista puhelimitse yms. asiakaslähtöistä palvelua.

11.2.4 Hoitokodin lääkehoitopalvelut

Sydänpotilaan siirtyessä HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosastolta jatkohoitoon, hänellä saattaa olla eri lääkkeenantotavoin annettavia lääkityksiä. Hän mahdollisesti tarvitsee ACE:n estäjiä, aspiriinia, verenpainelääkkeitä, statiineja, nesteenoistolääkkeitä, beetasalpaajia ja antibiootteja suun kautta. Useat sydänpotilaat tarvitsevat hepariinilääkityksen sekä diabetesta sairastavat sydänpotilaat tarvitsevat insuliinin injektiona ihon alle. Lisäksi joillakin jatkohoitoon menevillä sydänpotilailla saattaa olla tulehduksen vuoksi antibioottilääkitys tai sydämen vaaatoimintapotilailla nesteen kerääntymisen vuoksi diureetit laskimon sisäisesti iv-lääkityksenä.

Tutkimuksen mukaan suun kautta lääkehoitoa tarjoavat kaikki 14 hoitokotia ja injektiona lihakseen i.m. ja ihon alle s.c. hoitokodeista 11. Laskimonsisäisen lääkehoidon tarjosi yksi hoitokoti. Useiden hoitokotien johtajat kertoivat, että heillä on valmiudet ja halukkuutta tarvittaessa päivittää iv-lääkitysluvat ja –osaaminen. Lisäksi muutamat johtajat kertoivat, että he tekevät iv-lääkityksien osalta tälläkin hetkellä yhteistyötä kotisairaalan kanssa, josta sairaanhoitajat käyvät toteuttamassa hoitokodin potilaille iv-lääkehoidon.

11.3 Hoitokodin henkilöstöresurssit

Tutkimuksessa kartoitettiin hoitokotien henkilöstöresursseja kysymällä haastatelluilta hoitokotien johtajilta/vastaavilta henkilökunnan kokonaismäärästä, koulutuksesta sekä henkilökunnan elvytyskoulutuksesta.

11.3.1 Henkilöstön kokonaismäärä

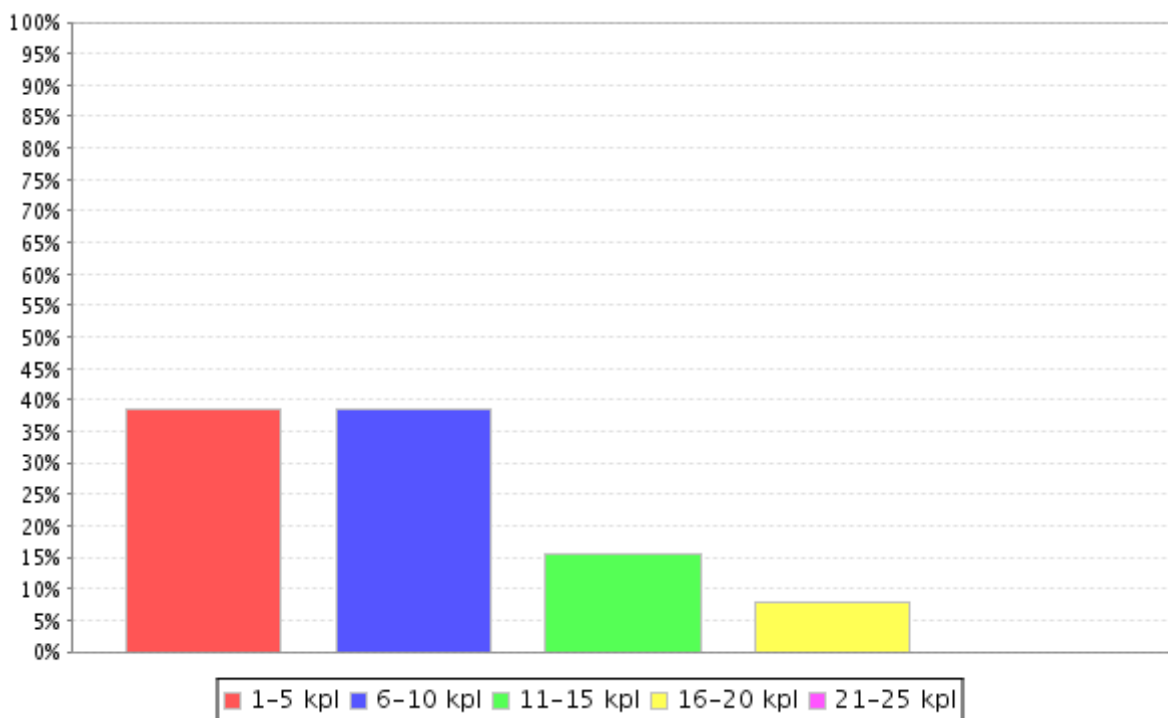
11.3.1 Henkilöstön kokonaismäärä

Henkilökunnan kokonaismäärää kartoitettaessa vastausvaihtoehdot olivat 1–5, 6–10...26–30 henkilöä. Tutkimuksen yhdessäkään hoitokodissa ei ollut kokonaishenkilömäärä 1–5 henkilöä eikä 21–25 henkilöä. Puolestaan 6–10 henkilöä oli neljässä hoitokodissa ja 11–15 henkilöä oli neljässä hoitokodissa. Kokonaishenkilömäärä oli kahdessa hoitokodissa 16–20 henkilöä ja yhdessä 26–30 henkilöä. Hoitokodeista kolme ilmoitti tutkimushaastattelussa kokonaishenkilömääräkseen yli 30 henkilöä.

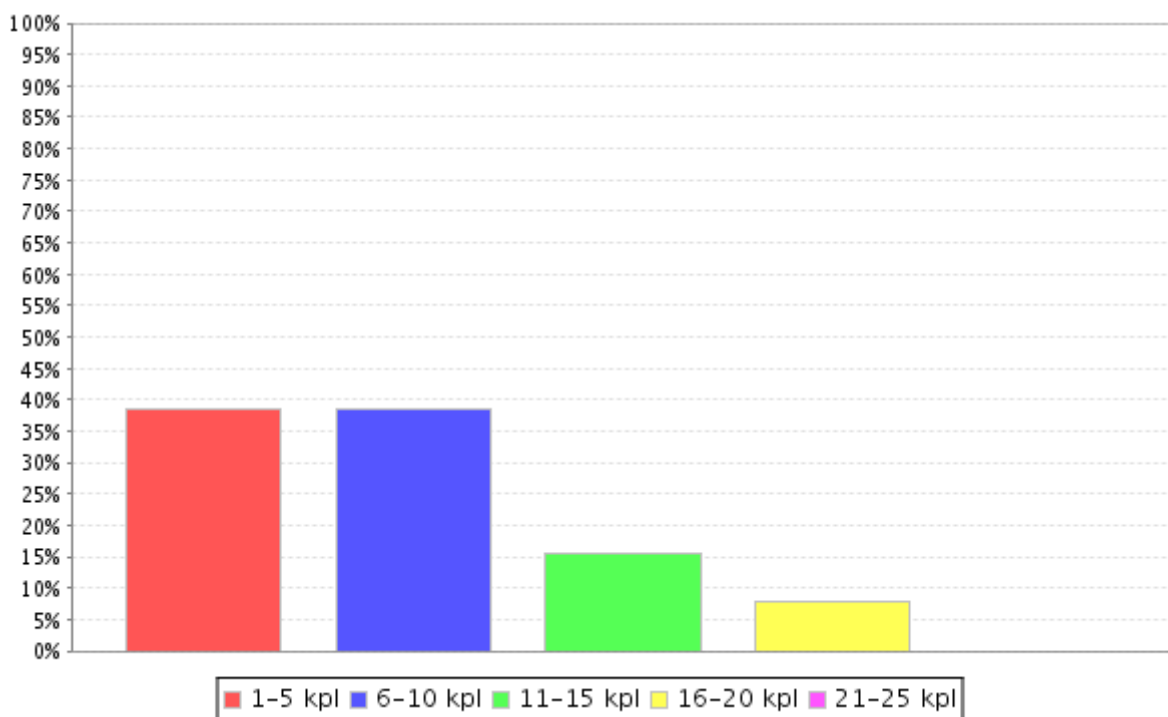
11.3.2 Henkilöstön koulutus

Hoitokotien henkilökunnan koulutustaso oli tutkimuksen kannalta tärkeä kysymys kartoittaessa hoitokotien kokonaisresursseja ja valmiuksia toteuttaa sydänpotilaan ammattitaitoista ja turvallista jatkohoitoa. Tutkimuksen mukaan hoitokodeista neljällä oli sopimus lääkärin kanssa säännöllisistä käynneistä hoitokodissa ja 10 hoitokodilla oli lääkäri käytössä tarvittaessa sekä tekemään potilaskäyntejä että konsultoimaan hoitokotia ympäri vuorokauden puhelimitse. Suurin osa hoitokotien henkilökunnasta on sairaanhoitajia. Tutkimuksessa saatiin selville, että hoitokodeista viidessä oli sairaanhoitajia 1–5 sekä 6–10. Sairanhoitajia oli 11–15 kolmessa hoitokodeista ja yhdessä oli 16–20 sekä yhdessäkään hoitokodeista ei ollut 21–25 sairaanhoitajaa.

Hoitokodeissa oli koulutukseltaan runsaasti myös perus- ja lähihoitajia. Hoitokodeista viidessä oli perus- ja lähihoitajia 1–5 ja 6–10. Lisäksi perus- ja lähihoitajia oli kolmessa 11–15 kpl sekä yhdessä 16–20. Muuta koulutusta henkilökunnalta kysyttäessä yksi haastateltu hoitokodin johtaja mainitsi heillä olevan keittiössä ateriapalvelusta huolehtimassa kokki ja yhdessä hoitokodissa työskenteli fysioterapeutti sekä kahdessa oli laitosapulainen. Terveystenhoitajia eikä sosiaalityöntekijöitä ei ollut yhdessäkään tutkimukseen osallistuneista hoitokodeista. Koulutukseltaan sekä sairaanhoitajia että perus- ja lähihoitajia hoitokodeissa oli saman verran.



KUVA 4. Sairaanhoitajien määrä hoitokodeissa (N=14).



KUVA 5. Perus-/lähihoitajien määrä hoitokodeissa (N=14).

11.3.3 Henkilöstön elvytyskoulutus

Sydänpotilaan jatkohoitoa kartoitettaessa on tärkeää varmistaa, että hoitokodin henkilökunta on saanut elvytyskoulutuksen, päivittänyt osaamistaan sekä ovat elvytystaitoisia. Sydänpotilaiden hoitotyössä on keskiarvoa suurempi mahdollisuus joutua elvyttämään koska näillä potilailla terveysongelma on nimittäin sydämessä. Hoitokodissa tulee varautua ja olla valmiudet elvyttää, jotta jatkohoito on sydänpotilaalle turvallista. Tutkimuksen mukaan kaikkien 14 hoidokodin kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat olivat saaneet elvytyskoulutuksen ja olivat elvytystaitoisia. Hoitokodeissa elvytyskoulutukset haastateltavien mukaan päivitettiin säännöllisesti elvytystaidon ylläpitämiseksi.

*EA-koulutukset päivitetään vuosittain.
Juuri päivitimme EA-koulutuksemme.
Tänä keväänä toteutimme EA-päivityskoulutuksen.
Kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla on elvytyskoulutus.*

11.4 Hoitokodin tilaresurssit

Hoitokodin tilaresursseista tutkimuksessa kartoitettiin hoitokodin asiakaspaikkojen määrä ja kuinka monta asiakaspaikkaa hoitokodeissa olisi varattavissa sydänpotilaille sekä hoitokodin tilojen esteettömyys ja turvallisuus.

11.4.1 Hoitokodin asiakaspaikkojen määrä.

Hoitokodin tilaresursseja tutkittaessa kysyttiin haastattelussa, montako asiakaspaikkaa hoitokodissa on ja montako asiakaspaikkaa hoitokoti voisi varata sydänpotilaille. Tutkimuksen mukaan hoitokodeissa on kaikissa yli viisi asiakaspaikkaa. Hoitokodeista kolmessa oli 6–10 asiakaspaikkaa ja neljässä oli 11–15 asiakaspaikkaa. Lisäksi 21–25 potilaspaikkaa oli neljässä hoitokodissa ja yli 25 potilaspaikan hoitokoteja oli kolme.

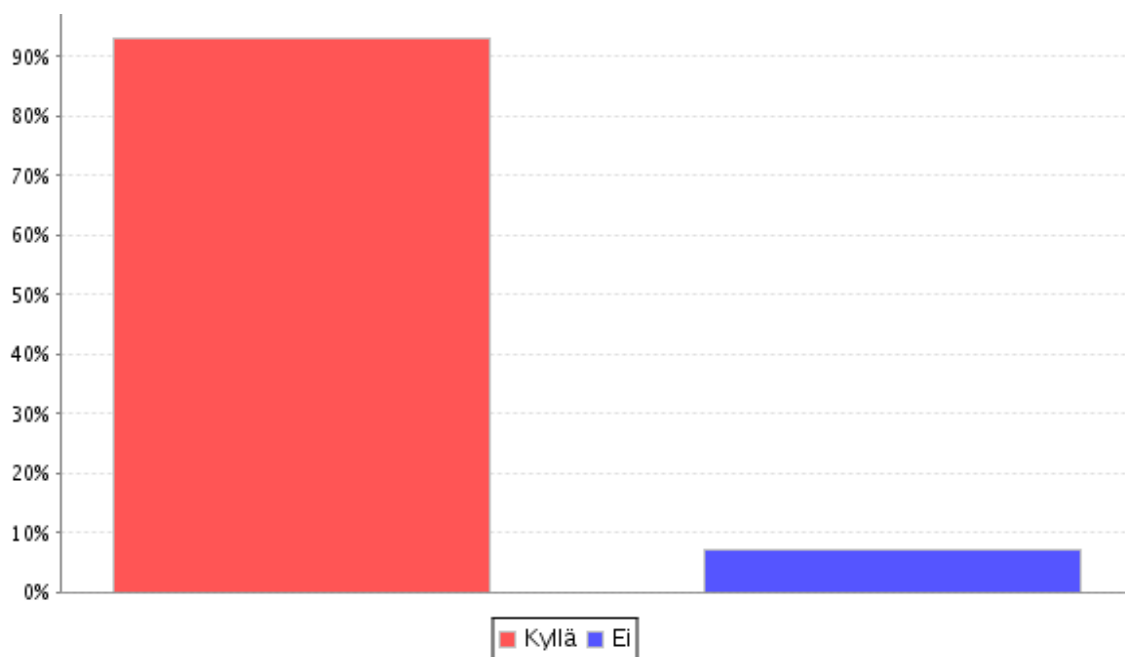
11.4.2 Asiakaspaiikkoja varattavissa sydänpotilaille

Tutkimuksessa saatiin selville, että sydänpotilaille 11 hoitokodilla olisi mahdollisuus varata 1–5 asiakaspaiikkaa. Yksikään hoitokoti ei ilmoittanut voivansa varata haastattelussa olleen vaihtoehdon 6–10 eikä 16–20 potilaspaikkaa. Hoitokodeista kaksi ilmoitti voivansa varata sydänpotilaille 11–15 potilaspaikkaa sekä yksi hoitokodeista voisi varata yli 20 asiakaspaiikkaa.

11.4.3 Hoitokodin esteettömyys

Hoitokodin esteettömyys tutkittiin kysymällä haastatelluilta johtajilta, onko pyörätuolilla liikkuminen hoitokodissa mahdollista. Hoitokodeista 13:ssa tilat olivat esteettömät ja niissä oli mahdollisuus liikkua pyörätuolilla ja yksi hoitokoti ilmoitti, ettei heidän tiloissaan pyörätuolilla liikkuminen ole mahdollista.

Hoitokoti on rakennettu 2003 ja potilastarpeet sekä esteettömyys on otettu tällöin huomioon.



KUVA 6. Hoitokotien esteettömyys (N=14).

11.4.4 Hoitokodin turvallisuus

Tutkimuksessa selvitettiin hoitokotien turvallisuutta kysymällä, onko hoitokodissa käytössä turvapuhelin, turvaranneke, ulko-ovien valvontalaitteet, automaattinen paloilmoitin, automaattinen sammutusjärjestelmä tai muita turvallisuutta lisääviä tekijöitä. Hoitokodeista neljässä oli käytössään turvallisuutta takaamassa turvapuhelin ja kolmessa oli turvaranneke. Puolestaan ulko-ovien valvontalaitteet olivat käytössä neljässä hoitokodissa ja automaattinen paloilmoitin oli yhdessä hoitokodissa. Automaattista sammutusjärjestelmää ei ollut käytössä yhdessäkään tutkimuksessa mukana olleista hoitokodeista. Muita hoitokodeissa käytössä olevia turvallisuuslaitteita olivat kameravalvonta (1), Miratel-soittokellojärjestelmä (1), hälytysmatto (1) sekä kutsukellot (3).

Henkilökunta on aina läsnä.

Hoitokodissamme turvallisuusvälineenä on käytössä Miratel-soittokellojärjestelmä, johon on liitettävissä hälytysmatto.

Kutsukellot ovat asiakkaidemme käytössä.

Langaton hälytyskellojärjestelmä on käytössä.

11.5 Hoitokodin välineresurssit

Hoitokodin välineresursseja tutkimuksessa selvitettiin kysymällä hoitokodin käytettävissä olevat sydänpotilaan hoidon kannalta merkitykselliset hoitovälineet sekä elvytysvälineet.

11.5.1 Hoitokodin hoitotyön välineet

Tutkimustuloksen mukaan kaikilta 14 hoitokodilta löytyivät verenpainemittari, lämpömittari ja henkilövaaka. Suihkutuoli oli käytössä 12:ssa hoitokodissa. Potilaiden käyttöön oli mahdollisuus antaa rollaattori kahdeksassa hoitokodissa ja pyörätuoli 10:ssä hoitokodissa.

11.5.2 Hoitokodin elvytysvälineet

Hoitokotien elvytysvälineitä kartoitettaessa tutkimuksen mukaan defibrillaattoria ei ollut käytössä yhdessäkään tutkimukseen osallistuneista hoitokodeista. Maski ja hengityspalje oli kahdessa hoitokodissa sekä EKG-laite oli yhdessä hoitokodissa. Lisähappilaitteet olivat käytettävissä neljässä hoitokodissa

*Voidaan hankkia kaikki tarvittavat välineet.
EKG-laitteet ovat hoitokodissamme käytettävissä.
Tarvittaessa voimme investoida uusiin laitteisiin, jotta palvelumme vastaa sydänpotilaiden tarpeita.*

11.6 Hoitokodin kommentteja ja kysymyksiä

Viimeinen kysymys oli avoin ja mahdollisesti haastateltavan vapaan kommentoimisen tai kysymisen tutkimukseen liittyvistä aiheista. Useat haastatellut hoitokotien johtajat ilmoittivat olevansa valmiita panostamaan kaikkiin hoitokodin kokonaispalvelun resurssitekijöihin. Asiakaslähtöinen asenne tuli hyvin ilmi hoitokodeista koska niissä pidettiin tärkeänä henkilökunnan lisäkoulutusta, välinehankintoja sekä tilojen kunnostamista vastaamaan sydänpotilaiden hoidon erityistarpeita.

Henkilökuntamme olisi kiinnostunut osallistumaan sairaalan järjestämiin koulutuksiin ja päivittämään/ylläpitämään/lisäämään koulutus- ja osaamistasoaan.

Mahdollinen yhteistyö kiinnostaa. Meillä on laajennussuunnitelmiakin jo tehty, jotta saadaan muutama lisäpaikka.

Olemme innostuneita mahdollisesta yhteistyöstä ja valmiita sekä investoimaan laitteisiin että kouluttamaan henkilökuntaa, jotta palvelumme on korkealaatuista.

Meillä on kotisairaanhoidolupa, joten voimme huolehtia tarvittaessa jatkohoidosta myös potilaan kotona.

Odotamme mielenkiinnolla mahdollista yhteistyötä.

12 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

12.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Hyvinkään sairaanhoitoalueen sekä kunnallisten että yksityisten hoitokotien kiinnostusta yhteistyöhön HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa. Tutkimuksessa saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin, joten näiltä osin tutkimuksen tuloksiin voidaan olla tyytyväisiä.

Tutkimuksessa saatiin jokaiselta kohderyhmään kuulavalta hoitokodin johtajalta vastaus heidän mahdollisesta kiinnostuksestaan yhteistyötä kohtaan HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa, joten tältä osin tutkimustulokseen voidaan olla tyytyväisiä. Haastattelumenetelmänä puhelinhaastattelun valinta pelkän kirjevastauksen sijaan oli onnistunut ja sen avulla saatiin jokaisen haastateltavan kanssa luotua vuorovaikutteinen keskustelu hoitokodin kokonaisresursseista. Puhelinhaastattelujen ansiosta tutkija sai ilmiöstä syvemmän, laajemman ja luotettavamman ymmärryksen.

Huomiota herättävää hoitokotien kiinnostuksen jakautumisen osalta on ero yksityisten ja kunnallisten hoitokotien välillä. Tutkimuksen mukaan yhteistyö HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa kiinnosti kaikkiaan 14 hoitokotia, joista yksityisiä hoitokoteja oli 11 ja kunnallisia kolme. Yksityiset hoitokodit ovat tutkimuksen mukaan kunnallisia hoitokoteja huomattavasti kiinnostuneempia tarjoamaan jatkohoitopaikkoja sydänpotilaille. Syynä tulokseen tutkimuksessa tuli esille, että kunnalliset hoitokodit ovat selkeämmin profiloituneita erilaisille asiakasryhmille, jotka on määritelty kunnallisella tasolla, eikä hoitokodin johtajalla ollut valtuuksia lähteä luomaan uusia palvelukonsepteja. Lisäksi monissa kunnallisissa hoitokodeissa koettiin, ettei heillä ole enää resursseja ottaa vastaan yhtään lisää potilaita eikä uusia potilasryhmiä. Yksityisten hoitokotien kiinnostuksen taustalla puolestaan on uusi

ja ammatillisesti haastava potilasryhmä sekä mielenkiintoinen yhteistyömahdollisuus HUS, Hyvinkään sairaalan kanssa.

Hoitokotien kokonaisvaltaiset palvelut ovat monipuoliset. Kaikkien yhteistyöstä kiinnostuneiden palveluasenne oli asiakasmyönteinen ja palvelualtis. Muutaman hoitokodin johtajat totesivat, että jos sydänpotilaat tarvitsevat vieläkin laajempaa palvelutarjontaa, niin he ovat valmiit räätälöimään palvelut heidän tarpeitaan vastaaviksi. Tällainen palveluasenne tarjoaa hyvät mahdollisuudet neuvotella sydänpotilaan jatkohoitoon vastaamaan yksilöllisiä tarpeita ja toiveita.

Sopimusneuvotteluissa on tarpeen käydä mahdollisimman yksityiskohtaisesti molempien sopimusosapuolien (Hyvinkään sairaalan sydänosasto ja hoitokoti) tarpeet, toiveet ja odotukset yhteistyölle. Yhteistyön sujuvuuden kannalta on selkeää, että yhteistyökumppanuuden vahvistamiseksi laaditaan kirjallinen yhteistyösopimus, johon kirjataan kaikki yhteistyöhön liittyvät asiat ja aihealueet.

Hoitokotien elvytyskoulutus ja -osaaminen oli tutkimuksen mukaan hyvä. Kaikkien hoitokotien koko henkilöstö oli elvytystaitoisia ja elvytyskoulutukset oli päivitetty asianmukaisesti. Tältä osin tutkimustulosta voidaan pitää riittävänä sydänpotilaiden jatkohoidon osalta. Hoitokotien elvytysvälineistö oli tutkimustuloksen mukaan melko heikko, koska defibrillaattoria ei ollut yhdessäkään hoitokodissa. Maski ja hengityspalje löytyi kahdesta hoitokodista. EKG-laite kuului yhden hoitokodin hoitovälineistöön. Lisähappilaitteet löytyivät neljästä hoitokodista. Kehittämisehdotuksena tältä osin voidaan hoitokotien kanssa neuvoteltaessa pitää yhtenä sopimuksen solmimisen edellytyksenä elvytysvälineistön hankintaa ja käyttökoulutusta.

Tutkimustuloksesta voidaan päätellä, että Hyvinkään sairaanhoitoalueen hoitokodeissa on kiinnostusta yhteistyöhön HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston kanssa. Henkilökunnan koulutustaso antaa valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen. Hoitokotien henkilöstön elvytysosaaminen oli hyvä sydänpotilaiden jatkohoitoon. Kehittämisaikoina pidetään iv-lääkityksen osalta

tarvittavien lupien ja koulutusten järjestämistä hoitokotien sairaanhoitajille, jotta sydänpotilaiden lääkitys näiltäkin osin voidaan mahdollistaa hoitokodeissa.

Sydänpotilaan jatkohoidon turvallisuuden parantamiseksi olisi hoitokotien tarpeen hankkia riittävät ja asianmukaiset elvytysvälineet ja niiden käyttökoulutus.

12.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon tutkijan puolueettomuus tutkittavaan aiheeseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Tutkijan ei ole tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi suotavaa olla osa tutkimaansa yhteisöä tai toimintakulttuuria (Vilkkä 2005, 160). Tutkimusta voidaan tältä osin pitää luotettavana ja eettisesti hyvän tutkimusetiikan mukaisena koska tutkijalla ei ole mitään sidonnaisuuksia kumpaankaan mahdolliseen yhteistyökumppanuuden sopijapuoleen eli hänellä ei ole sidoksia yhteenkään tutkimuksen hoitokotiin eikä Hyvinkään sairaalan sydänosastolle. Tutkija valitsi aiheen puhtaasti sen ajankohtaisuuden vuoksi sekä omasta mielenkiinnostaan sydänsairauksien hoitotyöhön. Tämän puolueettomuuden ansiosta tutkija voi tarkastella tutkimustulosta luotettavasti mutta kriittisesti.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksen kesto, aikataulu ja tutkimusprosessin ja -tuloksen raportointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Tutkimusaikataululla on merkitystä siihen, miten syvälle tutkittavassa asiassa tai ilmiössä tutkijan on mahdollista päästä. Pidemmän prosessin etuna on, että tutkija voi tarkastella jokaista keräämäänsä aineistokokonaisuutta rauhassa ja siten saada mahdollisesti tarkempaa merkityssuhteiden tulkintaa kuin lyhyellä aikavälillä. (Vilkkä 2005, 99–100.) Kehittyneiden tutkimusmenetelmien lisäksi on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää, että tutkijalla on ollut riittävästi aikaa tutkimusprosessiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142). Tutkimusprosessi kaikkienensa on kestänyt noin kaksi vuotta. Tänä aikana tutkija on syventänyt ymmärrystään sydänpotilaan hoitopolkuun ja sydänsairauksien hoitotyöhön

perehtymällä laajasti aiheeseen liittyvään teoriaan sekä valitsemalla työharjoittelupaikat sydänpotilaiden hoitotyön parista.

Tutkimushaastattelut toteutettiin niiden luotettavuuden varmistamiseksi mahdollisimman lyhyellä aikavälillä vastauksiin vaikuttavien muuttuvien tekijöiden minimoimiseksi. Kaikkien hoitokotien johtajat haastateltiin kahden viikon aikana toteuttamalla puhelinhaastattelut niin, että kaikki kunnalliset hoitokodit haastateltiin saman viikon aikana ja kaikkien yksityisten hoitokotien puhelinhaastattelut saman viikon aikana, jotta varmistettiin tutkimusaineiston sekä –tuloksen luotettavuus ja käyttökelpoisuus.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus on toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja huolellisesti sekä muiden ammattilaisten saavutuksia kunnioittaen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133). Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on pyritty varmistamaan raportoinnin avoimuudella ja tutkimusprosessin yksityiskohtaisella kuvauksella sekä dokumentoinnilla. Tutkija julkistaa tutkimustulokset työn julkistamisen loppuseminaarissa, joka on kaikille avoin tilaisuus. Tutkija toimitti HUS, Hyvinkään sairaalaan yksityiskohtaisen tutkimusraportin sekä luottamuksen takaamiseksi että tutkimustuloksen mahdollisimman nopean hyödynnettävyyden varmistamiseksi. Haastatteluun osallistuneet hoitokodit pysyvät täysin tunnistamattomina julkisessa ja kaikille avoimessa tutkimusraportissa hoitokodeille annetun lupauksen mukaisesti ja hyvää eettistä käytäntöä toteuttaen. Muiden ammattilaisten saavutuksia tutkija on kunnioittanut merkitsemällä tutkimuksessaan käyttämiensä lähteiden ja tutkimusten lähdeviitteet mahdollisimman huolellisesti. Tutkimuksessa on käytetty teorialähteinä ainoastaan tuoreita tutkimustuloksia ja lähteitä (kaikki lähteet ovat 2000-luvulta) tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa aineiston keruumenetelmä, tutkimuksen kohderyhmän valinta ja tutkimusaineisto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Aineiston keruumenetelmänä käytettiin henkilökohtaisia puhelinhaastatteluja, joista jokainen dokumentoitiin tallentaen tietokoneelle tutkimuslomake. Jokainen haastattelu on dokumentoitu yhteystietoineen ja vastauksineen sekä toimitettu

haastateltavien luvalla ja yhteisellä sopimuksella Hyvinkään sairaalan sydänosastolle. Tutkimusaineiston luotettavuus voidaan varmistaa ja tarkistaa koska jokaisen haastattelun kulku voidaan yksityiskohtaisesti selvittää näistä dokumenteista, jotka ovat Hyvinkään sairaalan sydänosastolla ja joita ei ole enää tutkijan hallussa vaan ne on hävitetty sopimuksen ja hyvän tutkimusetiikan mukaisesti.

Tutkimuksen hyvän eettisen toteuttamisen varmistamiseksi tutkimushaastatteluja tehtäessä haastattelijan tulee olla perehtynyt tutkimuksen aihepiiriin, tutkimusongelmaan ja tutkimuksen tavoitteisiin. Haastattelijan on tärkeää myös tietää tutkimukseen liittyvä vaitiolovelvollisuus. Haastattelutilanteen aluksi haastattelijan on vielä tarpeen varmistaa, että haastateltava on tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta, vapaaehtoisuudesta ja hän on edelleen suostuvainen haastatteluun. (Vilkkä 2005, 111–112.) Tutkimuksessa toimittiin näiden eettisten kysymysten osalta mahdollisimman vastuullisesti koska tutkija oli syvällisesti ja pidemmän tutkimusprosessoinnin ajan perehtynyt tutkimuksen aihepiiriin, tutkimusongelmiin ja sen tavoitteisiin. Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi tutkija lähetti jokaiselle haastateltavalle etukäteen haastattelulomakkeen sekä saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja tavoitteista. Tutkija suoritti jokaisen puhelinhaastattelun itse toimien eettisesti oikein ilmoittamalla ennen jokaisen haastattelun alkua, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että haastateltavalla on oikeus keskeyttää tutkimushaastattelu missä vaiheessa tahansa haastattelua sekä halutessaan hänellä on oikeus olla vastaamatta haastattelukysymyksiin.

Tutkimusprosessia ja tutkijaa ei voida erottaa toisistaan arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä koska luotettavuuteen vaikuttaa ennen kaikkea tutkijan rehellisyys, valinnat ja ratkaisut (Vilkkä 2005, 158). Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on noudattaa tutkimusprosessissa rehellisyyttä, tutkimustyössä ja tulosten tallennuksessa yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa on luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseksi tutkija arvioinut omaa

tutkimustoimintaansa sekä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa pyrkinyt toimimaan mahdollisimman rehellisesti, puolueettomasti ja avoimesti.

12.3 Opinnäytetyöprosessin kulku ja arviointi

Opinnäytetyöprosessi on ollut monin tavoin antoisa ja mielenkiintoinen. Siihen on nivoutunut ammatillinen kasvu ja uravalinnan vahvistuminen sekä ymmärryksen syventyminen tutkittavaan aiheeseen. Opinnäytetyöprosessin edetessä minulle on vahvistunut halu työskennellä tulevaisuudessa sairaanhoitajana nimenomaan sydänpotilaiden ja sydänsairauksien hoitotyön parissa. Haluan sairaanhoitajana käyttää hyödyksi kaikkea ilmiöstä oppimaani ja syventämäni tietoa, joka antaa minulle valmiudet toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

Opinnäytetyöskentelyn aikana olen tutkinut ja opiskellut laajasti sydänsairauksia, sydänpotilaan hoitotyötä, sydänpotilaan kotiuttamisprosessin vaiheita ja hoitokotien palvelun laadun osatekijöitä. Olen kokenut, että näillä alueilla on tapahtunut selkeää ammatillista kasvua ja kehitystä koska olen perehtynyt laajasti erilaisiin lähteisiin sekä tutkimuksiin. Mielenkiintoista oli perehtyä eri lähteiden ja tutkimusten sekä tekemieni henkilökohtaisten puhelinhaastattelujen avulla hoitokodin palvelun laadun osatekijöihin, jotka ovat moninaisia ja haastavia. Tätä oppimaani voin käyttää hyödyksi, jotta voin tarjota sairaanhoitajana toimiessani mahdollisimman ammattitaitoista, yksilöllistä ja laadukasta hoitotyön palvelun laatua tuleville potilaille työssäni.

Opinnäytetyöni ansiosta perehdyin sydänpotilaan kotiuttamisprosessin eri vaiheisiin saaden ymmärrystä sen onnistuneen toteuttamisen edellytyksistä. Toimiessani tulevaisuudessa sydänpotilaiden hoitotyössä tulen kiinnittämään huomiota siihen, että hoidan oman osuuteni sairaanhoitajana mahdollisimman huolellisesti ja ammattitaitoisesti, jotta omalla työpanoksellani takaan sydänpotilaan turvallisen ja saumattomasti jatkuvan jatkohoidon.

Opinnäytetyöprosessin aikana tietoni sydänpotilaan ohjauksen sisällöstä ja merkityksestä lisääntyi. Ymmärrän ohjauksen oleellisen merkityksen sydänpotilaan toipumisen ja kuntoutuksen edistäjänä sekä hoitoon sitouttajana. Tietoni ja ymmärrykseni lisääntymisen ansiosta valmiuteni toteuttaa onnistunutta ja tuloksellista sydänpotilaan ohjausta osana kotiuttamisprosessia ovat parantuneet huomattavasti. Olen potilasohjaukseen entistäkin motivoituneempi, koska tiedän annettavan ohjauksen lisäävän potilaan tyytyväisyyttä ja turvallisuudentunnetta sekä elämänlaatua, jotka ovat erittäin palkitsevia lopputuloksia sairaanhoitajan työssä.

Minulle oli alusta alkaen selvää, että haluan toteuttaa opinnäytetyöni yksin. Perheellisenä opiskelijana aikataulujen sovittaminen parityöskentelyyn olisi saattanut olla monimutkaista. Opinnäytetyön tekeminen ja siihen ajan organisointi oli ajoittain haastavaa yksinkin työskennellessä. Yksin työskentely oli myös palkitsevaa, koska tällöin jouduin väistämättä perehtymään opinnäytetyön jokaiseen yksityiskohtaan. Tämän ansiosta sain muodostettua parhaan mahdollisen kokonaiskuvan ilmiöstä, tutkimusprosessin jokaisesta vaiheesta sekä tutkimustuloksista.

Aihevalintaan olen ollut erittäin tyytyväinen, koska se on ajankohtainen, mielenkiintoinen, työelämälähtöinen ja merkityksellinen sydänpotilaan jatkohoitopaikkojen selvittämiseksi. Opinnäytetyöprosessin edetessä ilmiöstä löytyi jatkuvasti uusia ja näköalaa aiheeseen laajentavia tutkimustuloksia. Motivaationi aiheeseen säilyi koko opinnäytetyöprosessin ajan korkeana, koska tuntui mielekkäältä kartoittaa hoitokotien kiinnostusta sydänpotilaan jatkohoitoon ja yhteistyöhön sydänosaston kanssa. Odotan mielenkiinnolla mahdollisesti toteutuvaa yhteistyötä kunnallisen ja yksityisen sektorin välillä. Se olisi Hyvinkään sairaanhoitoalueella urauurtava, mutta myös tulevaisuuden ja uuden ajattelumallin mukainen palveluratkaisu. Ammattitaitoisella ja sydämellisellä HUS, Hyvinkään sairaalan sydänosaston ja hoitokodin yhteistyöllä voitaisiin tulevaisuudessa tarjota sydänpotilaan jatkohoitoon laatua ja tuloksia – sydänpotilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sydänosaston toiminnan kehittämiseksi.

LÄHTEET

- Ades, Philip A.; Savage, Patrick D.; Toth, Michael J.; Harvey-Berino, Jean; Schneider, David J.; Bunn, Janice Y.; Audelin, Marie C. & Ludlow, Maryann 2009. High-calorie-expenditure exercise. A new approach to cardiac rehabilitation for overweight coronary patients. American Heart Association. *Circulation* 2009; 119(20): 2650–2652.
- Bijwadia, Jagdeep S. & Ejaz, Muhammad S. 2009. Sleep and critical care. University of Minnesota. *Critical Care* 2009 15:25–29.
- Blek, Tiina 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 2007: Vol. 5 (4).
- Brilakis, Emmanouil S.; Herdandez, Adrian F.; Dai, David; Peterson, Eric D.; Banerjee, Subhash; Fonarow, Gregg C.; Cannon, Christopher P. & Bhatt, Deepak L. 2009. Quality of care for acute coronary syndrome patients with known atherosclerotic disease. American heart association. *Circulation* 2009; 120:560–567.
- Davies, Nigel 2000. Patients´and carers´ perceptions of factors recovery after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 32(2):318–326.
- Etelä-Suomen lääninhallitus 2009. Ympäri vuorokautisten yksityisten sosiaalipalvelujen lupaehdot –esite.
- FinOHTA 2007. FinOHTAn raportti: Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Stakes. Impakti* 2007/6:21.
- Friese, Randall S. 2008. Sleep and recovery from critical illness and injury. A review of theory, current practice and future directions. University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX. *Crit Care Med* 2008 Vol. 36;no. 3.
- Haapaniemi, Hannele 2008. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajan näkökulmasta. Turun yliopisto/hoitotieteen laitos/vaitoskirjat.
- Haho, Päivi 2008. KIMPASSA havaitsimme – tutkimushankkeen yhteenveto. Viitattu 11.11.2009. www.kimppa.fi.

- Heikkilä, Juhani; Huikuri, Heikki; Luomanmäki, Kimmo; Nieminen, Markku S. & Peuhkurinen, Keijo 2000. Kardiologia. Duodecim.
- Hiironen, Marja-Liisa 2007. Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena. Ikääntyvien, kuntapäättäjäiden ja hoivayrittäjien näkökulma. Jyväskylän yliopisto/vaitoskirjat.
- HUS/HYKS Meilahden sairaala/sydän- ja thoraxkirurgian klinikka. Tulossa sydänleikkauseen. Potilasohje 2009. Helsinki.
- Holma, Tupu 2003. Laatusuorituksen arkeen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Holma, Tupu; Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi 2005: Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava; Ulla – Finne-Soveri & Harriet (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu.
- Huusko, Tiina; Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu 2006. Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Vanhustyön keskusliitto.
- Hämäläinen, Helena 2000. Kardiologia. Duodecim.
- Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Ikola, Kaisu 2007. Elvytys ja elvytetyn hoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Jokinen, Janne 2009. Sydänkirurgian pitkäaikaisvaikutukset – tasapainottelua elinaikahyödyn, kirurgisen riskin ja elämänlaadun välillä. Väitöskirja Kuopio. Kuopion yliopisto/lääketieteellinen tiedekunta 23.10.2009. www.uku.fi/vaitokset.
- Kaartinen, Maija 2005. Suomalaisten uusi sydänkirja. Taskut ja purjeet täyteen; läppäsairaudet. Keuruu: Otava.
- Kautto, Mikko; Häkkinen, Unto; Laine, Veli; Parkkinen, Pekka; Parpo, Antti; Tuukkanen, Jorma; Vaarama, Marja; Vihriälä, Vesa & Volk, Raija 2006. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Stakes; sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.
- Kela Lakipalvelu 2009. www.edilex.fi. Viitattu 10.4.2009.
- Kivelä, Antti 2008. Milloin sepelvaltimoihin kajotaan. Sydänsairaudet. Duodecim. Suomen Sydänliitto ry.
- Koponen, Leena 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto/hoitotieteen laitos. Tampere: pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Kummel, Maika 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimopotilaiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toiminakykyyn. Turku: väitöskirja. Turun yliopisto.
- Kuukasjärvi, Pekka; Malmivaa, Antti & Mäkelä, Marjukka 2005. Sepelvaltimotaudin kajoavan hoidon vaikuttavuus. FinOHTAn raportti 25/2005. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Käypä hoito 2009. Viitattu 17.10.2009. www.kaypahoito.fi.
- Latvamäki, Erja 2006. Ikääntyneiden yksin asuvien henkilöiden selviytyminen kotona sairaalasta pääsyn jälkeen. Turku. pro gradu. Turun yliopisto/hoitotieteen laitos.
- Leino, Katriina 2007. Potilaan ohjauksen ihannemalli. Sydän- ja thoraxkirurgian klinikka. HUS, Meilahti. Viitattu 9.9.2009. www.hus.fi.
- Leino-Kilpi, Helena 2009. Terveysten edistämisen etiikka. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Leon, Arthur S.; Franklin, Barry A.; Costa, Fernando; Balady, Gary J.; Berra, Kathy A.; Stewart, Kerry J.; Thompson, Paul D.; Williams, Mark A. & Lauer, Michael S. 2005. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. American Heart Association. *Circulation* 2005; 111:369-376.
- Mangano, Dennis T. 2002. Aspirin and mortality from coronary bypass surgery. *The New England journal of medicine*. Vol. 347:1309-1317.
- Mediacare 2009. Nursing homes and residents rights. U.S. Department of Health & Human service. Viitattu 15.11.2009. www.hhs.gov/nursing.
- Mustajärvi, Pertti & Ellonen, Markku 2008. Sydämen rytmihäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. www.terveyskirjasto.fi. 3.9.2009.

- Mustajärvi, Pertti 2009. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim.
www.terveyskirjasto.fi. Viitattu 3.9.2009.
- Mäkijärvi, Markku; Kettunen, Raimo; Kivelä, Antti; Parikka, Hannu & Yli-Mäyry, Sinikka 2008. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- National Nursing Research Unit 2008. High quality nursing care – what is it and how can we best ensure its delivery? Viitattu 3.12.2009.
www.kcl.ac.uk/nursing/nnr/policy.
- Nieminen, Markku S. 2005. Suomalaisten suuri sydänkirja. Ei jaksa pumpata; sydämen vajaatoiminta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Noro, Anja; Finne-Soveri, Harriet & Björkgren, Magnus 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Stakes.
- Nurminen, Marja-Leena 2007. Lääkehoito. Porvoo: WSOY Oy.
- Partanen, Ismo 2003. Terveyspalvelut. Toimialaraportti. Toimiala Infomedia.
- Partanen, Juhani 2005. Suomalaisten suuri sydänkirja. Muljahtaa, lepattaa ja värisee; sydämen rytmihäiriöt. Keuruu: Otava.
- Pietilä, Anna-Maija; Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi 2002. Terveiden edistäminen. Juva: WS Bookwell Oy.
- Reunanen, Antti 2000. Kardiologia. Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Viitattu 5.12.2009. www.stm.fi.
- Stolen, Kira Q. 2003. Liikunnan vaikutukset sydänlihaksen toimintaan ja aineenvaihduntaan dilatoivaa kardiomyopatiaa sairastavilla potilailla. Turku: väitöskirja. Turun yliopisto. www.utu.fi.
- Strandberg, Timo 2005. Suomalaisten uusi sydänkirja. Tukokset pois; valtimotaudit. Helsinki: Otava.
- Suomen Sydänliitto 2009 a. Viitattu 11.8.2009. www.sydanliitto.fi.
- Suomen Sydänliitto 2009 b. Saumaton hoito ja ohjaus varmistavat onnistuneen kotiutumisen. www.sydan.fi/verkkolehti 3/09.
- Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 11.10.2009. www.terveyskirjasto.fi.

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vanhanen, Hannu & Penttilä, Riitta 2007. Avokuntoutus on nykyaikainen tapa auttaa sydänpotilasta elämään sairautensa kanssa. Sydänliiton verkkolehti.www.sydan.fi/laakariliite 3/07.
- Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. 2004. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes.
- Ämmälä, Kirsti; Saxelin, Ilmo; Brander, Pirkko; Ylivaara, Taina; Klemola, Kirsti; Rautionaho, Anne & Niskanen, Tuula 2008. Kotiuttamisprosessi Hyvinkään sairaalan sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosastolla –esite. Hyvinkää 19.11.2008.