

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen vuodeosaston ja sisätautien poliklinikan välillä

Alander, Annika
Luoma, Laura

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen
kehittäminen vuodeosaston ja sisätautien poliklinikan välillä

Annika Alander
Laura Luoma
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2017

Annika Alander ja Laura Luoma

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen vuodeosaston ja sisätautien poliklinikan välillä

Vuosi 2017 Sivumäärä 71

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sydämen vajaatoimintapotilaita ohjataan osastolla ja poliklinikalla. Tavoitteena oli luoda uusi toimintatapa potilasohjaukseen, jossa huomioidaan ohjausmenetelmät ja ohjaussisältö. Sen tarkoituksena oli määrittää, mitä asioita tulee ohjata ja missä vaiheessa. Kehittämistyö tehtiin yhdessä Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikan ja vuodeosaston työyhteisöjen kanssa juurruttamisen menetelmällä.

Työn tietoperusta muodostui sydämen vajaatoimintaa aiheuttavista tekijöistä, oireista ja hoidosta sekä potilaan ohjauksesta ja siihen vaikuttavista ohjausmenetelmistä. Lisäksi käsiteltiin sairaanhoitajan roolia potilasohjauksessa sekä potilaan ohjaukseen liittyviä lakeja, suosituksia ja määräyksiä.

Opinnäytetyö tehtiin hyödyntämällä laadullista tutkimusmenetelmää. Sen kehittämismenetelmäksi valittiin juurruttaminen. Aineistoa kerättiin teemahaastattelulla, joka litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Tulosten avulla työryhmä valitsi kehittämiskohteekseen tiedonkulun kehittämisen.

Työyhteisö kehitti tiedonkulkuaan ottamalla käyttöön sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen tarkistuslistan sekä osastolla että poliklinikalla. Tarkistuslista oli ennestään poliklinikalla käytössä. Tarkistuslista sisältää vajaatoimintaa pahentavia tekijöitä, lääkehoitoa, omaseuranta, ruokavaliota, liikuntaa ja lepoa, jatkohoitoa sekä muita asioita, joihin sairaus vaikuttaa. Kahden kuukauden kokeilujakson jälkeen uusi toimintamalli arvioitiin. Uudesta toimintatavasta tiedottaminen oli puutteellista, sillä se ei tavoittanut kaikkia työntekijöitä. Tarkistuslistan vähäisen käytön vuoksi palaute oli niukkaa. Uuden toimintamallin juurtumisesta ei ole näyttöä, sillä osastolla ja poliklinikalla ei ole ollut yhteisiä potilaita tarkasteltavana ajanjaksona.

Tutkimuksen aikana havaittiin tarve kehittää sama aihe käsittämään myös perusterveydenhuoltoa. Näin ollen seuraava kehittämissuositus olisi perusterveydenhuollon, poliklinikan ja osaston yhteistyön kehittäminen muun muassa potilasohjauksen ja kirjaamisen osalta.

Asiasanat: sydämen vajaatoiminta, potilasneuvonta, kehittäminen.

Annika Alander and Laura Luoma

The development of heart failure patient education between the ward and the internal medicine outpatient clinic

Year	2017	Pages	71
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to find out how heart failure patients are educated on wards and outpatient clinics. The aim was to create a new patient education method, based on educational guidelines and contents. The purpose was to define in which matters patients need education and when. The method was created in co-operation with Lohja hospital's internal medicine outpatient clinic and internal medicine ward's work communities, by using the method of dissemination.

The knowledge base for the thesis was formed based on the factors causing heart failure, its symptoms, treatment and methods of patient education affecting it. Additionally, nurses' roles and laws regarding patient education were addressed.

The thesis was made utilizing qualitative approach. Dissemination was chosen as the method of development. Data was collected through a theme interview which was then transcribed and analysed using the method of content analysis. Based on the results, development of information was chosen as the focus area by the thesis group.

As a method of improving information flow, the work community used a checklist for the education of heart failure patients, in both outpatient and ward settings. The checklist was previously used by the outpatient clinic. The checklist contains, amongst others, information about factors exacerbating heart failure, medication guidelines, self follow-up, dietary factors, exercise and rest. The method was evaluated after a two-month trial period. Information about the new method did not reach all workers. Due to the checklist's low level of use, the feedback turned out minimal. There was no proof of the dissemination of the new method, because the ward and the outpatient clinic did not have any shared patients during the period of review.

During the research, a need to improve patient education also in primary healthcare setting was discovered. Therefore, the next step would be to develop the co-operation of primary healthcare, outpatient clinics and wards, regarding patient education and documentation, amongst other things.

Keywords: heart failure, patient education, developing.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Toimintaympäristö	7
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	7
3.1	Sydämen vajaatoiminta	8
3.1.1	Sydämen vajaatoimintaa aiheuttavat tekijät	10
3.1.2	Sydämen vajaatoiminnan oireet	12
3.1.3	Sydämen vajaatoiminnan hoito	14
3.2	Potilaan ohjaus	21
3.2.1	Ohjausmenetelmät	22
3.2.2	Sairaanhoitajan rooli potilasohjauksessa	25
3.2.3	Lait, suositukset ja määräykset	26
4	Kehittämismenetelmät	29
4.1	Juurruttaminen	29
4.2	Juurtuminen käytännössä	33
4.3	Laadullinen tutkimus	34
4.3.1	Laadullisen tutkimuksen luotettavuus	34
4.3.2	Laadullisen tutkimuksen eettisyys	37
4.3.3	Haastattelu	38
4.3.4	Teemahaastattelu	39
4.4	Tiedonkeruuaineiston analyysi	41
4.4.1	Litterointi	41
4.4.2	Aineiston analysointi	42
4.5	Muutos kehittämistoiminnassa	42
5	Toteutus	43
5.1	Nykytilan kuvaus ja kehittämiskohteen valinta	44
5.2	Kehittämiskohteen tietoperusta	46
5.3	Uuden toimintatavan rakentaminen	50
6	Uusi toimintatapa	51
6.1	Toimintatavan kuvaus	51
6.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet	51
7	Kehittämistoiminnan arviointi	51
7.1	Muutosprosessi ja lopputuotoksen arviointi	52
7.2	Arviointituloksien raportointi	53
7.3	Eettiset kysymykset kehittämistyössä	54
8	Johtopäätökset ja pohdinta	55
	Lähteet	58
	Liitteet	64

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sydämen vajaatoimintapotilaita ohjataan osastolla ja poliklinikalla. Tavoitteena oli luoda uusi toimintatapa potilasohjaukseen, jossa huomioidaan ohjausmenetelmät ja ohjaussisältö. Uuden ohjauskäytännön haluttiin olevan selkeää, jotta potilas voi saada kaiken tarvittavan informaation ja ei jää ilman jotain tietoa. Sen tarkoituksena oli määritellä, mitä asioita tulee ohjata ja missä vaiheessa. Kehittämistyö tehtiin yhdessä Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikan ja vuodeosaston työyhteisön kanssa juurruttamisen menetelmällä. Haastattelun toteuttamisesta ja tulkitsemisesta on tutkimusmenetelmäosiossa kerrottu tarkemmin.

Aluksi kerrotaan sydämen toiminnasta ja sen vajaatoimintaan johtavista syistä sekä sen hoitokeinoista. Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa Euroopassa suunnilleen 1-2 % kaikista terveydenhuoltomenoista. Tauti onkin yksi tavallisimmista syistä sairaalahoitoon. (Harjola & Remes 2008.) Sydämen vajaatoiminta on yleinen sairaalaan tulon syy ja sairaalakustannusten lisääjä, mistä johtuen ohjausosaamista tulisi kehittää systemaattisesti terveydenhuollossa. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus vaatii hoitajalta asiaan perehtyneisyyttä, aikaa ja positiivista asennetta. Ohjauksen edellytyksenä on, että se perustuu tutkittuun tietoon. (Eriksson & Partanen 2005, 4-9.)

Tässä työssä vertaillaan erilaisia ohjauskeinoja ja niistä saatavia hyötyjä. Tutkimuksen (Eriksson & Partanen 2005) mukaan sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa olivat vähäiset, poikkeuksena kardiologian osastojen sairaanhoitajat. Hyvällä ohjauksella voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja saada hänet sitoutumaan omahoitoon. Hyvällä ohjauksella poistetaan myös sairauteen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Lopuksi pohditaan kehittämisprosessin aiheuttamaa muutosvastarintaa ja miten siihen voi vaikuttaa, sillä muutoksen aikaansaamiseksi pitäisi henkilökunta saada sitoutumaan oman työn kehittämiseen. Johto on avainasemassa muutosprosessissa, sillä tiedon puute, tulevat haasteet, oppimisesta selviytyminen ja epäluulo vaivannäöstä saatavaan hyötyyn sekä huoli omasta asemasta tai roolista luovat epävarmuutta. (Mattila 2008, 53.)

2 Toimintaympäristö

Toimeksiantajana toimi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), joka jaetaan eri sairaanhoitoalueisiin: HYKS-sairaanhoitoalue, Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan sekä Porvoon sairaanhoitoalue (HUS 2012c). HUS on 24 kunnan muodostama kaksikielinen kuntayhtymä, jonka tehtävä on tuottaa tarpeellisia erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluita (HUS 2016a). Se on Suomen suurin sairaanhoitopiiri, jonka suurin ja merkittävin sairaala on HYKS. HUS:n arvoja ovat HUS Strategian 2012-2016 mukaan luovuus ja innovatiivisuus, luottamus, korkea laatu, potilaslähtöisyys, yhdenvertaisuus, avoimuus, tehokkuus ja keskinäinen arvostus. (HUS 2012.)

Toimintaympäristönä toimi Lohjan sairaala. Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluu Lohjan lisäksi Karkkila, Vihti ja Siuntio. Sairaanhoitoalueella on kaksi sairaalaa: Lohjan sairaala ja Piloniemen sairaala. (HUS 2016b.) Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus suoritettiin Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikalla sekä sisätautien vuodeosastolla. Sisätautien poliklinikka on erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikka, jonne potilas saapuu usein avoterveydenhuollon lääkärin läheteellä. Poliklinikka toimii vain arkisin virka-aikaan. Ensikäynnillä potilaalle tehdään hoitosuunnitelma. Hoito on moniammatillista ja sen päättyessä siirtyy vastuu avoterveydenhuoltoon. (HUS 2016d.) Sisätautien vuodeosastolla 4A on yhteensä 12 potilaspaikkaa. Keskeisiä osastolla hoidettavia potilaita ovat sydäninfarkti-, sydämen vajaatoiminta- ja rytmihäiriöpotilaat. Lisäksi osasto toimii jatkohoitopaikkana joidenkin vaativimpien leikkauksien jälkeen. (HUS 2016e.)

Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2014) mukaan kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt huomattavasti viimeisten vuosikymmenien aikana, mutta siitä huolimatta sydän- ja verisuonisairausten aiheuttavat lähes puolet työikäisten kuolemista. Kaikista sydän ja verenkiertosairauksista sydämen vajaatoimintapotilaiden määrä on laskussa.

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

Tässä kappaleessa käsitellään sydämen vajaatoimintaa, sen aiheuttajia, oireita ja hoitoa. Lisäksi käsitellään potilaan ohjausta ja siihen liittyviä ohjausmenetelmiä. Sairaanhoitajan ohjaustaidot ovat merkittäviä potilaan elämäntapamuutosten saavuttamiseksi. Kaikkea toimintaa kuitenkin säädellään ja ohjeistetaan erilaisilla ohjeistuksilla ja asetuksilla. Tässä käsitellään tärkeimpiä lakeja, suosituksia ja määräyksiä.

3.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta on sairaus, jossa sydän ei pysty pumpaamaan riittävästi verta elimistöön. Se ei ole itsenäinen sairaus, vaan taustalla on aina joku verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus. (Lommi 2008b, 295.) Sydämen vajaatoiminta merkitsee henkilölle väistämätöntä elämänlaadun heikkenemistä ja jäljellä olevien elinvuosien vähenemistä (Iivanainen, Jauhainen & Syväoja 2010, 244).

Sydän on noin nyrkin kokoinen lihaksikas elin, jonka tehtävä on pumpata verta verisuonia pitkin kaikkialle elimistöön. Se koostuu kahdesta eteisestä ja kahdesta kammioista. Sydän yhdessä verisuonien kanssa tuo kudoksille hapettunutta verta ja kuljettaa pois jätetuotteita. Se sykkii sykleissä, vuoroin supistuen ja vuoroin veltostuen. (Iivanainen ym. 2010, 176-179.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen vajaatoimintaan. Akuutti vajaatoiminta syntyy nopeasti, on hengenvaarallinen ja vaatii yleensä sairaalahoitoa. Kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa sydämen toiminta on pysyvästi heikentynyt. Vajaatoiminnan vaikeusaste vaikuttaa suoraan potilaan oireiden määrään ja ennusteeseen. (Vauhkonen & Holmström 2012, 66-67.) Akuutissa vajaatoiminnassa oireet ja löydökset ilmaantuvat lyhyessä ajassa, yleensä vain parissa tunnissa. Akuutti vajaatoiminta voi olla kroonisen vajaatoiminnan pahenemisvaihe tai akuutin sepelvaltimo-oireyhtymän aiheuttama jatkuva iskemia eli sydänlihaksen hapenpuute. Sen voi aiheuttaa myös sydäninfarktin mekaaninen komplikaatio, laaja lihasvaurio, läppäviat, nopeat rytmihäiriöt, hypertensiivinen kriisi eli voimakas verenpaineen nousu ja sydänlihastulehdus. Äkilliselle oikean kammion vajaatoiminnalle on usein tunnusomaista hypotensio eli matala verenpaine ja hypoperfuusio eli riittämätön verenvirtaus, voimakas syanoosi eli vähäinen veren happimäärä ja kohonnut laskimopaine. Taudin kliininen kuva saattaa olla myös edellä mainittua lievempi etenkin, jos kyseessä on kroonisen vajaatoiminnan pahenemisvaihe. (Kupari 2008.)

Akuutin ja kroonisen vajaatoiminnan lisäksi tauti voidaan jakaa sydämen vasemman ja oikean puolen vajaatoimintaan. Tavallisesti sydämen vajaatoiminnassa toimintahäiriö löytyy vasemmasta kammioista. Se voi kuitenkin kehittyä myös molemmille puolille. Oikean kammion vajaatoiminta on paljon harvinaisempi. Akuutissa vajaatoiminnassa sydämen pumppaustoiminta häiriintyy äkillisesti. Jos vasemman kammion pumppauskyky jossain vaiheessa pettää, syntyy keuhkoihin voimakas verentungos, vaikeimmillaan keuhkopöhö eli nesteen kertyminen keuhkoihin. (Kettunen 2016.) Krooninen vajaatoiminta kehittyy useissa tapauksissa salakavalasti. Tauti on kuitenkin tunnistettavissa ilman oireitakin. Mikäli kammion toiminnassa tunnistetaan häiriö jo ennen kuin potilaalle on ehtinyt kehittyä vajaatoimintaan viittaavia oireita, on silloin kyseessä oireeton systolisen tai diastolisen toiminnan häiriö. Sydämen vajaatoiminnasta puhutaan vasta silloin, kun sydämen pumppaustoiminnan häiriö on jo niin vaikea, että potilas oireilee sen vuoksi. Sairaus muuttuu krooniseksi, kun diagnoosista on kulunut vähintään puoli

vuotta sekä sairaus ja oireet ovat pysyneet suunnilleen samana ainakin kolme kuukautta. Sydämen vajaatoiminta on monien yleisten sairauksien yhteinen loppuvaihe ja siksi tauti voidaankin luokitella vakavaksi kansanterveysongelmaksi. (Krooninen sydämen vajaatoiminta (CHF) 2016.)

Lisäksi tauti voidaan jakaa systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan. Systolisella vajaatoiminnalla tarkoitetaan pumppausvoiman heikkenemistä ja diastolisella kammion täyttymisen vaikeutta. Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen iskuvoima on huonontunut, eikä se jaksa työntää verta eteenpäin täydellä teholla. Diastolisessa vajaatoiminnassa sydänlihas ei kykene joustamaan normaalilla tavalla kammioden täytyessä verellä. Sydänlihas kuitenkin pumppaa sen verimäärän eteenpäin, joka sydämeen on ehtinyt. (Vauhkonen & Holmström 2012, 68-69.) Usein systolinen ja diastolinen vajaatoiminta esiintyvät yhdessä. Erityisesti systoliseen vajaatoimintaan liittyy usein diastolinen toimintahäiriö. Kun kammio supistuu huonosti, jää sen imuvaikutus vaimeaksi. Lisäksi monet supistumista lamaavat tilat, kuten sydänlihaksen iskemiat, heikentävät sydämen rentoutumista. Tilastollisesti diastolista vajaatoimintaa esiintyy vähintään yhtä paljain kuin systolista vajaatoimintaa. Systolisten vajaatoiminnan syntyä ja kulkua on kuitenkin tutkittu vain niukasti. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2008, 244.)

Nuorempien sydämen vajaatoimintapotilaiden kohdalla sairaus aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja vanhemmilla vajaatoiminta johtaa lopulta kyvyttömyyteen selvitä yksin. Potilaat tulevat usein riippuvaisiksi läheisten ja omaisten avusta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. (Iivanainen ym. 2008, 244.) Aikuisväestöstä sydämen vajaatoiminnan oireita esiintyy noin 0,4-2 %:lla. Vajaatoimintapotilaiden keski-ikä on tällä hetkellä yli 70 vuotta. Yleisesti riski sairastua sydämen vajaatoimintaan kasvaa ikääntyessä. Yli 65-vuotiaista oireellista tautia sairastaa suunnilleen 5 % ja yli 75-vuotiaista jopa 10 %. Oireettoman tai piilevän vajaatoiminnan esiintyvyyden on arvioitu olevan jopa kaksinkertainen. Sairaus on miehillä yleisempää kuin naisilla. Naisilla vajaatoiminta ilmenee hieman vanhempana ja usein kyseessä on diastolinen vajaatoiminta. On arvioitu, että sydämen vajaatoiminta aiheuttaa Euroopassa noin 1-2 % kaikista terveydenhuoltomenoista. Tauti onkin yksi tavallisimmista syistä sairaalahoitoon. Sydämen vajaatoiminnasta aiheutuvien sairaalahoitojen määrä kasvoi aina 1990-luvulle asti, mutta kääntyi sitten laskuun. Samalla tärkeimmät vajaatoimintaa aiheuttavat sairaudet, kuten koronnut verenpaine ja sydäninfarkti, vähentyivät. Myös tautien hoito on tehostunut viime vuosikymmeninä. Väestön ikääntymisen vuoksi sairaalahoitojen määrät ovat jälleen nousseet, mutta akuutin vajaatoiminnan kuolleisuus on vähentynyt juuri tehokkaan hoidon ansiosta. (Harjola & Remes 2008.)

Koska sydämen vajaatoiminta yleensä edustaa pitkälle edennyttä sydänsairautta ja potilaista suurin osa on iäkkäitä, voi taudin ennuste oireiden puhjettua olla epäsuotuisa. On arvioitu, että vajaatoiminnan vaikeaa muotoa sairastavista noin 30-50 % menehtyy ensimmäisen vuoden

aikana diagnoosista. Potilaat, jotka sairastavat taudin lievää muotoa, kuolevat arviolta viiden vuoden kuluessa ensimmäisten oireiden ilmaannuttua. Suurin syy kuolemille on äkillinen rytmihäiriö ja vajaatoiminnan vaikeutuminen. Ennusteeseen vaikuttavat monet tekijät, kuten taustalla oleva sydänsairaus, vajaatoiminnan vaikeusaste sekä vaste lääkehoitoon. Myös sairastuneen korkea ikä vajaatoiminnan puhjetessa sekä muut sairauden yleensä huonontavat ennustetta. Ennustetta voidaan arvioida muun muassa NYHA-luokalla, vasemman kammion supistumisvireyttä kuvaavalla ejektiofraktioarvolla sekä veren sydänperäisten hormonien pitoisuuksien mittauksilla. (Lommi 2008b, 296-298.) Ejektiofraktio (EF) kertoo kammion supistuskyvystä ja siinä esiintyvistä häiriöistä. Se on iskutilavuuden suhde loppudastolliseen tilavuuteen. Normaalilla, terveellä ihmisellä ejektiofraktio on yli 50 %. Se tarkoittaa, että yli puolet kammion diastoleessa (sydämen lepovaihe) sisältämästä verestä poistuu systolen (sydämen supistumisvaihe) aikana. Systolisessa sydämen vajaatoiminnassa ejektiofraktio on selvästi alentunut (40-50 %). Diastolisessa toimintahäiriössä EF on suhteellisen normaali (45-50 %). NYHA-luokitus kuvaa sydämen vajaatoiminnan vaikutusta suorituskykyyn. NYHA-luokkia on neljä. (Iivanainen ym. 2010, 252.)

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kuolleisuus on hyvin suuri, erityisesti iäkkäillä. Sairauden ennuste on huonompi miehillä kuin naisilla. Eräissä Rotterdamissa suoritetussa tutkimuksessa havaittiin, että noin kuuden vuoden seuranta-aikana noin 47 % vajaatoimintapotilaista kuoli. (Harjola & Remes 2008.)

3.1.1 Sydämen vajaatoimintaa aiheuttavat tekijät

Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, joka on syntynyt jostain sydämen toimintaan vaikuttavasta sairaudesta. Vajaatoiminnan synnä voi olla häiriintynyt sepelvaltimovirtaus, poikkeava sydämen rytmi, häiriö sydänläppien toiminnassa, rakennevika sydämessä, sydänlihaksen vaurioituminen tai jokin ulkoinen sydäntä voimakkaasti rasittava tekijä. Kyseessä ei siis ole itsenäinen sairaus, sillä sydämen vajaatoiminta on jonkin sydäntä rasittavan tekijän lopputulos. (Vauhkonen & Holmström 2012, 66.)

Sydämen toiminta ja verenkierron riittävyys vaikuttavat kudosten hapensaantiin. Hypoksia eli hapenpuute ilmenee aluksi lihasten heikkoutena ja väsymisenä. Se johtuu sydämen pumpaustoiminnan heikkenemisestä. Sairauden edetessä myös sisäelinten, kuten munuaisten toiminta saattaa heikentyä. Vajaatoiminnan alkuvaiheessa oireet saattavat puuttua kokonaan tai ilmetä vain voimakkaassa rasituksessa. Elimistö yrittää normalisoida vajavaista verenkiertoa monilla tavoilla. (Lommi 2008b, 296-297.) Se pyrkii normalisoimaan verenkiertoaan ja samalla turvaamaan hapensaannin sykkeen nopeutumisen, sydämen laajentumisen, sydänlihaksen paksuuntumisella sekä iskutilavuuden parantamisella. (Iivanainen ym. 2010, 245.)

Kehon ensimmäinen reaktio sydämen toimintahäiriöön on sykkeen nopeutuminen, mikä lisää sydämen minuuttitulavuutta ja elimistön hapensaantia tehokkaasti. Sykkeen nopeutuminen ei ole kuitenkaan lopullinen ratkaisu minuuttitulavuuden nostamiseksi, vaan elimistön on kehitettävä toinen mekanismi. Seuraavaksi sydänlihassolut venyvät, josta seuraa sydämen laajeneminen. Tämäkään ei ole pitkäaikainen ratkaisu. Tämän jälkeen elimistö kasvattaa sydänlihassoluja, jotta sydän jaksaa pumpata paremmin. Lisäksi elimistön keino parantaa minuuttitulavuutta on sydämen iskuutilavuuden (sydämen yhden sykäyksen aikana pumppaama verimäärä) parantaminen. Kun kaikki mekanismit pettävät, sydän ei toimi enää riittävällä teholla ja potilaalle kehittyy vajaatoiminnan oireita. (Iivanainen ym. 2010, 245.) Sairauden lievässä vaiheessa muutokset ovat hyödyllisiä, mutta sairauden edetessä ne käyvät riittämättömiksi ja osittain jopa haitallisiksi. Elimistön pyrkimys normalisoida verenkiertoa siis aiheuttaa oireettomuutta. Oireiden ilmaantuessa vajaatoiminta on edennyt siis pitkälle eikä elimistön sopeutumismekanismit enää riitä. (Lommi 2008b, 296-297.)

Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa vaurioita sydänlihassoluissa. Syy lihassolujen vaurioitumiseen ja kyvyttömyyteen toimia normaalisti voi olla esimerkiksi hapenpuute, poikkeava paine tai tilavuuskuormitus, myrkylliset aineet tai tulehdus. Vaurioituneet sydänlihassolut eivät uusiudu, vaan korvautuvat arpikudoksella. Arpikudos ei pysty osallistumaan supistumistoimintaan, jonka vuoksi terveet sydänlihassolut joutuvat lisääntyneeseen venytykseen ja kuormitukseen. Sydänlihassäikeen lisääntynyt venytys parantaa sydämen supistumiskykyä aluksi, mutta pitkään jatkuessa se vauhdittaa sydänlihassäiekimppujen uudelleen järjestymistä. Lopulta se johtaa vasemman kammion laajentumiseen. Sydämen vajaatoiminnan taustalta voi paljastua mikä tahansa verenkiertoelimistön sairaus. Eri sairauden kuormittavat ja vaurioittavat sydäntä eri tavoin. Tästä syystä vajaatoiminnan mekanismit jaetaan joko sydämen vasemman kammion täyttymisvaiheen tai supistumisvaiheen häiriöiksi. Sydämen diastolen ja systolen häiriöt voivat esiintyä samanaikaisesti, mutta toinen on yleensä vallitsevampi. (Lommi 2008b, 296-297.)

Kroonisen vajaatoiminnan yleisimmät syyt länsimaissa ovat kohonnen verenpaineen aiheuttama sydänlihaskivaskulaarinen vaurio sekä sepelvaltimotauti. Sydämen vajaatoimintapotilaista noin puolella on sepelvaltimotautia, puolella kohonnut verenpaine ja 80 %:lla on jompikumpi tai molemmat. Akuutin sydäninfarktin saaneista potilaista noin 25 % sairastuu sydämen vajaatoimintaan sairaalahoitoa aikana. Muutamien vuosien sisällä sairastuneiden määrä on lisääntynyt huomattavasti. Muita tärkeitä kroonisen sydämen vajaatoiminnan aiheuttajia ovat sydänlihaksen sairaudet ja läppäviat. Yleisimpiä läppävikoja ovat mitraaliläppävika sekä aorttaläppävika. Sairaudet jotka harvemmin aiheuttavat sydämen vajaatoimintaa ovat sydänlihaksen tulehdus- ja kertymäsairaudet (entsyymivajauksesta aiheutuneet sairaudet) sekä synnynnäiset sydänviat. Tavalliset syyt oikean kammion vajaatoimintaan ovat oikeaan kammioon paikantuva sydäninfarkti, uusiutuva keuhkoveritulppa, krooninen keuhkosairaus ja idiopaattinen eli sisäsyntyinen

keuhkovaltimoiden verenpainetauti. Noin kolmasosalla sydämen vajaatoimintapotilaista taudin laukaisevana tekijänä on sepelvaltimokohtaus ja kolmasosalla rytmihäiriö, yleisimmin eteisvärinä. Kroonisen vajaatoiminnan pahenemiseen voi johtaa puutteellinen hoitomyöntyvyys. (Harjola & Remes 2008.) Nuorilla ihmisillä sairauden syyksi paljastuu usein sydänlihassairaus, synnynnäinen sydänvika tai sydänlihastulehdus. Joskus vajaatoiminta saattaa kehittyä tulehdusten, aineenvaihduntahäiriön, myrkyllisten aineiden sydänvaikutusten tai rintakehän alueen sädehoidosta. Sydäntä voi vaurioittaa myös huumeiden käyttö sekä alkoholin pitkäaikainen liikkakäyttö. (Lommi 2008b, 296-297.)

Suuri osa potilaista sairastaa jotain taudin liitännäissairautta, joka pahentaa sydämen pumpaushäiriötä ja lisää vajaatoiminnan oireita. Lisäksi noin 25 % sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista sairastaa diabetesta. Yleisiä liitännäissairauksia ovat myös anemia, krooniset keuhkosairaudet, munuaisten ja maksan sairaudet sekä kilpirauhasen toimintahäiriö. (Lommi 2008b, 296-297.)

3.1.2 Sydämen vajaatoiminnan oireet

Sydämen vajaatoiminnan oireet ovat seurausta elimistön puutteellisesta hapensaannista ja veren keräytymisestä elimistön eri osiin. Taudin tavallisin oire, rasituksessa ilmenevä hengenahdistus, johtuu muun muassa verentungoksesta keuhkolaskimoissa, keuhkokudoksen jäykistymisestä ja keuhkoputkien limakalvoturvotuksesta. Rasituksessa ilmenevälle hengenahdistukselle voi tosin olla muitakin syitä, kuten rasitusastma, liikalihavuus ja keuhkoveritulppa. Makuuasennossa esiintyvä hengenahdistus johtuu kuitenkin lähes poikkeuksetta vajaatoiminnasta. (Iivanainen ym. 2010, 249.) Joillain vajaatoimintapotilailla lihasten voimattomuus ja väsyminen ovat taudin pääasiallisia oireita. Rasituksessa väsyminen tai uupuminen ei johdu vain pienentyneestä minuuttivirtauksesta ja lihasten verenkierron heikentymisestä. Syynä voi olla rakenteelliset ja biokemialliset muutokset luurankolihasissa. Väsymys voi johtua myös usein myöhäisemmässä vaiheessa ilmaantuvasta masennuksesta tai liiallisen diureettihoidon aiheuttamasta hypovolemiasta eli veren määrän vähyydestä. (Kupari 2008.)

Taudille yleistä on korkea kaulalaskimoiden paine, josta seuraa pullotus kaulalaskimoissa. Laskimopaineen suuruus kertoo paljon sydämen kammioiden paineesta. Oikean kammion painetta voidaan arvioida sydämen lähellä olevista kaulalaskimoista. Keskuslaskimon painetta voidaan arvioida tutkimalla potilaan sisemmän ja uloimman kaulalaskimon veritäyteisyyttä. Jos potilas istuu suorassa kulmassa ja hänen kaulalaskimonsa näkyvät koko ajan veritäyteisinä, on se merkki keskuslaskimopaineen selvästä kohoamisesta. Korvanipukan heiluminen sykkeen tahdissa voi olla merkki erittäin korkeasta laskimopaineesta. (Iivanainen ym. 2010, 249-251.)

Vajaatoiminnan oireet erottuvat toimintahäiriön sijainnin mukaan. Vasemman ja oikean puolen vajaatoiminnan oirekuva on hyvin erilainen. Vaikka oikean puolen vajaatoiminta on harvinaisempi, on sillä silti monia oireita. Syynä oikean puolen vajaatoimintaan on veren patoutuminen laskimoihin eli laskimokongestio. Tyypillisiä oireita oikean puolen vajaatoiminnalle ovat nestekertymästä johtuva painonnousu, alaraajojen turvotukset, suurentunut maksa ja perna, vatsan alueen aristus, joka johtuu maksan turpoamisesta, ascites eli neste vatsaontelossa, ruokahaluttomuus, laihtuminen, ylävatsan turvotus, jossa syynä suoliston turpoaminen, pahoinvointi sekä kaulalaskimoiden laajentuminen merkinä kohonneesta keskuslaskimopaineesta. (Iivanainen ym. 2010, 249-251.) Kroonisessa vajaatoiminnassa rinta- sekä vatsaonteloon saattaa kertyä nestettä. Keuhkopussissa oleva neste oireilee painaumanä ja heikentyneinä hengityksinä rintakehän alaosissa, tavallisesti oikealla puolella. Sairauden tuomat turvotukset ilmaantuvat kävelevällä potilaalla ensin jalkateriin ja vuodepotilaalla ristiselkään. Tällöin potilaalla on 3-5 litraa ylimääräistä nestettä kehossa. Turvotus on pois painettavaa, joten siihen auttaa hierominen. Lisäksi se jakautuu tasaisesti kehon molemmille puolille. (Kupari 2008.)

Vasemman puolen vajaatoiminnan syynä on keuhkokongestio eli veren patoutuminen keuhkoihin. Tavalliset vasemman puolen vajaatoiminnassa esiintyvät oireet ovat dyspnea eli hengenahdistus (hengitysfrekvenssi vähintään 20/min), yleinen väsymys, heikentynyt rasituksen-sieto ja lihasten väsyminen fyysisen rasituksen aikana, alaraajojen taipumus turvota, takykardia (syke levossa 90-200/min), rytmihäiriöt, ihon sinerrys, kalpeus ja viileys, palpitaatio eli tykyttely, hapennälkä ja ortopnea eli vaikea hengenahdistus. (Iivanainen ym. 2010, 249-251.) Ortopnealla tarkoitetaan makuuasennossa ilmaantuvaa hengenahdistusta. Se alkaa välittömästi henkilön käydessä pitkälle ja loppuu jälleen pystyasennossa. Yleinen tapa helpottaa ortopneaa on laittaa pään alle lisää tyynyjä ja vaikeassa tapauksessa potilas pystyy nukkumaan vain istuma-asennossa. (Kupari 2008.)

Merkkejä keuhkojen verentungoksesta ja keuhkopöhostä ovat sydänyskä, kosteat rakkularahinat, vaikeutunut hengitys ja hengitysapulihasten käyttö, vaaleanpunaisen verensekaisen vaahdon yskiminen, tukehtumisen pelko sekä levottomuus. (Iivanainen ym. 2010, 251.) Vasemman puolen vajaatoimintapotilaalle on tyypillistä yöllinen kohtauksittainen hengenahdistus. Tällöin potilas herää pahaan hengenahdistukseen, yskänärästytykseen ja tuskaiseen oloon. Tukehtumisen tunteen vuoksi istumaan nousu on välttämätöntä ja auttaa noin 20-30 minuutissa. Keuhkopöho on seurausta keskeisen veritilavuuden kasvusta makuuasennossa. Sairauden vaikein hengenahdistuksen muoto on alveolaarinen keuhkopöho eli keuhkorakkuloihin kertynyt neste. Siinä keuhkolaskimopaine kohoaa nopeasti ja johtaa nesteen tihkumiseen hiusuonista keuhkorakkuloihin. Alveolaarinen keuhkopöho aiheuttaa raskasta, rohisevaa, kiihtynyttä ja vinkuvaa hengitystä. Potilas istuu ja käyttää apuhengityslihaksiaan sekä saattaa yskiä veren-

sekaista vaahtoa. Iho on väriltään harmahtava sekä on usein kalpea vähäisen veren happipitoisuuden vuoksi. (Kupari 2008.)

Lievemässä sydämen vajaatoiminnassa potilas voi näyttää ulkoisesti terveeltä. Huomion saattaa kiinnittää tavallista työläämpi hengitys, nopea syke sekä ihon viileys ja sinerrys raajojen ääreisosissa. Pitkälle edenneessä kroonisessa vajaatoiminnassa lihasten ja ihonalaisen rasvan kato voi olla merkittävää. Lisäksi potilaan hengitys saattaa tuoksua asetonilta, mikä viittaa kiihtyneeseen kataboliaan eli hajottavaan aineenvaihduntaan. (Kupari 2008.)

3.1.3 Sydämen vajaatoiminnan hoito

Sydämen vajaatoiminta on vakava sairaus, jota on mahdollista ennaltaehkäistä. Sairaudesta voi parantua kokonaan vain, jos vajaatoiminnan syy voidaan poistaa. (Iivanainen ym. 2010, 244.)

Sitoutuminen terveellisiin elämäntapojen noudattamiseen ja lääkehoitoon vähentää sydämen kuormitusta ja vajaatoiminnan oireita. Samalla se ehkäisee sairauden etenemistä. Kun potilas ohjauksen ja tuen kautta oppii itse vaikuttamaan sairauteensa, hänen elämänlaatunsa paranee. (Lommi & Partanen 2011, 326.)

Sydämen vajaatoiminnan hoito on monimuotoista. Se käsittää lääkehoidon, elintapaohjauksen ja valikoidusti laitehoitoa ja kajoavia toimenpiteitä. Hoitomuoto perustuu potilaan oireisiin, sydänsairauden laajuuteen sekä taustalla oleviin verenkiertoelimistön sairauksiin. Tauti tulee diagnosoida perusteellisesti, jotta hoito voidaan kohdentaa oikein ja välttyään tarpeettomilta hoidoilta. Hyvä hoito voi lievittää vajaatoiminnan oireita, parantaa potilaan suorituskykyä ja ehkäistä sydänsairauden etenemistä. Hoidon suunnittelussa kirurgisen hoidon mahdollisuudet tulee arvioida, sillä erityisesti sepelvaltimotaudin ja läppävikojen hoidossa siitä on hyötyä. Tahdistin hoidon tarve tulee arvioida, etenkin jos potilaalla on vasemman kammion epätahtista supistumista, sydänsairauteen liittyvää henkeä uhkaavaa sydänsairaus tai johtoratajärjestelmän sairautta. Pienellä osalla potilaista ainoa varteenotettava hoitovaihtoehto on sydämensiirto. (Lommi, Nieminen & Harjola 2008.)

Ennen lääkehoidon aloitusta potilaalle on tehtävä sydämen kaikukuvaus ja selvitettävä vajaatoiminnan syntymekanismi. Myötävaikuttavat sairaudet tulee olla tunnistettu ja hoidettu. Lääkehoidon tavoitteena on lievittää taudin oireita, parantaa potilaan elämänlaatua, ehkäistä sydänvian pahenemista ja parantaa ennustetta. On muistettava, että oireita helpottava hoito ei aina paranna ennustetta ja toisaalta ennustetta parantava hoito ei aina lievitä oireita tehokkaasti tai paranna elämänlaatua. Oikea lääkehoito valitaan potilaskohtaisesti. Sydämen

vajaatoiminnan hoitoon kuuluu olennaisesti syysairauden hoito sekä laukaisevien ja parantavien tekijöiden hoito. Perustauti, joka alun perin johti sydämen vajaatoimintaan, pyritään mahdollisuuksien mukaan hoitamaan. Esimerkiksi sepelvaltimoiden ahtaumat hoidetaan pallo-laajennuksella tai ohitusleikkauksella, verenpainetauti elintapojen muutoksella ja lääkehoidolla, läppäviat kirurgisesti ja eteisvärinä sähköisellä rytminsiirrolla. Vajaatoimintaa pahentavia tekijöitä ovat edellä mainittujen lisäksi muun muassa munuaisten vajaatoiminta, anemia ja keuhkoveritulppa. (Iivanainen ym. 2010, 252-253.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytettävät lääkeryhmät ovat diureetit eli nesteenoistolääkkeet, ACE:n estäjät, AT1-salpaajat, beetasalpaajat, digitalis ja muut inotrooppiset eli sydämen lyöntivoimaa lisäävät lääkeaineet. (Iivanainen ym. 2010, 252-253.) Diureetit jaetaan tiatsideihin eli pitkävaikutteisiin nesteenoistajiin, loop-diureetteihin eli lyhytvaikutteisiin nesteenoistajiin ja spironolaktoneihin eli kaliumia säästäviin diureetteihin. Nesteenoistolääkkeet poistavat elimistöön kertynyttä ylimääräistä nestettä samalla keventäen sydämeen kohdistuvaa kuormitusta. Diureetit lievittävät tehokkaimmin ja nopeimmin hengenahdistusta ja turvotuksia. Koska diureetit lisäävät natriumin eritystä virtsaan, vettä poistuu tehokkaammin elimistöä. Tiatsidit ja loop-diureetit vaikuttavat munuaisten eri osissa, joten niiden yhteiskäytöstä saadaan lisää tehoa. Pitkävaikutteisia nesteenoistolääkkeitä käytetään oireiden ollessa lieviä ja kun arvioidaan, että nesteenoistotarve on vähäinen. Loop-diureetit ovat tehokkaampia ja soveltuvat tilanteisiin, joissa nesteenoiston tarve on suuri ja vaikutus halutaan nopeasti. Suun kautta annettu tabletti alkaa vaikuttaa 30-60 minuutissa ja laskimonsisäinen ruiske muutamassa minuutissa. Lääkkeen seurauksena virtsaa erittyy 1-2 litraa. Monien eri diureettien samanaikainen käyttö on mahdollista, sillä pienillä annoksilla vältetään tehokkaasti haittavaikutuksia. (Iivanainen ym. 2010, 253-254.)

Nesteenoistolääkkeiden annostuksen kanssa tulee olla varovainen, sillä ne aiheuttavat minuuttitilavuuden pienenemistä ja verenpaineen laskua. Painon seuranta on olennainen osa nesteenoistolääkitystä. (Iivanainen ym. 2010, 253-254.) Diureetteja pidetään tällä hetkellä kroonisen sydämen vajaatoiminnan ensimmäisenä lääkinnällisenä hoitokeinona. On tutkittu, että diureetit laskevat kaulalaskimoiden painetta ja keuhkojen verentungosta. Nesteenoistolääkkeet vähentävät potilaan painoa samalla parantaen yleisvointia. Diureettien on myös todettu parantavan sydämen toimintaa ja vajaatoiminnan oireita. Yhdessä diureettien tuomat hyödyt vaikuttavat selvästi potilaan hyvinvointiin. Ne lievittävät perifeeristä eli kehon ääreisosien turvotusta nopeasti, muutamasta tunnista muutamaan päivään. (Faris, Flather, Purcell, Poole-Wilson & Coats 2012, 3.)

ACE:n estäjät lievittävät taudin oireita tehokkaasti ja vähentävät sairastavuutta ja kuolleisuutta systolisessa vajaatoiminnassa. Ne laajentavat verisuonia ja sillä tavoin vähentävät verenkierron vastusta ja sydämen kuormitusta. Potilaan verenpaine on ennen lääkityksen aloittamista tarkistettava hypovolemian varalta, sillä lääkkeellä on verenpainetta alentava vaikutus. Verenpaineen laskun vuoksi ACE:n estäjien haittavaikutuksena saattaa esiintyä heikotusta ja huimausta. Lisäksi kuivaa ärsytysyskää saattaa esiintyä. (Iivanainen ym. 2010, 253-256.)

Angiotensiinireseptorisalpaajat eli AT1-salpaajat toimivat toissijaisena vaihtoehtona ACE:n estäjille. AT1-salpaajat vaihdetaan ACE:n tilalle, mikäli lääkityksestä seuraa sivuvaikutuksia, kuten yskää. AT1-salpaajien paremmasta tehokkuudesta ei ole kunnolla näyttöä, joten siksi sitä pidetään yleensä toisena vaihtoehtona. (Iivanainen ym. 2010, 253-256.)

Beetasalpaajahoito lievittää vajaatoiminnan oireita ja parantaa potilaan ennustetta kaikenasteisessa systolisessa vajaatoiminnassa. Lääkkeen avulla jatkuva sympaattinen ärsytys huonosti supistuvassa sydänlihaksessa vaimenee. Beetasalpaajat saattavat pahentaa vajaatoiminnan oireita hetkellisesti, sillä lääkkeet laskevat verenpainetta ja hidastavat sykettä. Beetasalpaajahoito aloitetaan kolmantena lääkityksenä diureettien ja ACE:n estäjien jälkeen, kun vajaatoiminta on saatu hallintaan. Liian alhainen syketaajuus, toisen tai kolmannen asteen eteis-kammiokatkos ilman tahdistinhoitoa, systolinen verenpaine alle 90 mmHg ja vaikeahoitoinen keuhkoastma ovat beetasalpaajahoidon vasta-aiheita. Lääkitystä ei tule lopettaa äkillisesti, sillä se lisää iskemian ja rytmihäiriöiden vaaraa. (Iivanainen ym. 2010, 253-256.)

Digitalisglykosidit lisäävät sydämen supistumisvireyttä. Lääkkeellä on valtimoita ja laskimoita laajentava vaikutus. Vajaatoiminnan hoidossa digitalista käytetään eteisvärinäpotilailla yhdessä beetasalpaajien kanssa. Lääkkeiden yhteiskäyttö hidastaa nopeaa kammiovastetta. Lisäksi lääkettä käytetään NYHA-luokituksen 3 ja 4-ryhmien potilailla muun tehokkaan lääkityksen ohella. Digitalisen hoitoannokset ovat pieniä. Lääkkeen käytön vasta-aiheita ovat WPW-oireyhtymä sekä toisen-kolmannen asteen eteis-kammiokatkos ilman tahdistinta. (Iivanainen ym. 2010, 253-256.)

Muita sydämen vajaatoiminnassa käytettäviä lääkeaineita ovat nitraatit, kalsiuminestäjät, kalsiumineristäjät ja antitromboottinen eli tukoksia estävä lääkitys. Nitraatteja käytetään joskus muun lääkityksen ohella, etenkin vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa. Niiden verisuonia laajentava vaikutus keventää sydämen kuormitusta. Akuutissa tai vaikeutuneessa kroonisessa vajaatoiminnassa nitraatit auttavat hengenahdistukseen. Kalsiumin estäjiä käytetään vajaatoimintaan liittyvän hypertension eli kohonneen verenpaineen hoidossa ja potilaille, joille beetasalpaaja ei angina pectoris-oireiston eli rasisurusrintakivun vuoksi sovi. Antitromboottis-

ta lääkitystä käytetään vajaatoimintapotilaalla kroonisen tai uusiutuneen eteisvärinän hoitoon. Myös aiemmin sairastettu valtimoveritulppa, aivoinfarkti tai syvä laskimoveritulppa ovat antikoagulaatiohoidon eli hyytymisenestohoidon aiheita. Varfariinilääkitykselle on myös monia muita syitä. Joskus käytössä saattaa olla myös asetyylilisäyhappo (ASA), etenkin jos potilas sairastaa ateroskleroosia eli valtimonrasvoittumistautia. (Iivanainen ym. 2010, 253-256.) Levosimendaani, kauppanimeltä Simdax, on vaikean kroonisen sydämen vajaatoiminnan lyhytkestoisessa hoidossa käytettävä lääke. Sitä käytetään, kun tavanomainen hoito ei enää ole riittävää tai jos tarvitaan inotrooppista tukea eli lisää lyöntivoimaa sydämeen. Simdax on kalsiumherkistäjiin kuuluva inotrooppinen lääke. Se lisää supistumisvoimaa sydänlihaksessa, jotta sydämen minuuttitilavuus nousee. (Duodecim lääketietokanta 2016.)

Osa sydämen vajaatoiminnan hoitoa on sen omahoito. Omahoito käsittää potilaan itse tekemiä muutoksia ja toimia, jotka vaikuttavat oireisiin, sairauden etenemiseen ja ennusteeseen. Suurimmat muutokset potilaan sairastuttua vajaatoimintaan ovat muutokset fyysisessä suorituskyvyssä ja totuttelu uuteen elämäntilanteeseen. Omahoitoa on potilaan vastuunotto lääkkehoidosta sekä elintapojen mahdolliset muutokset. Taudin ja potilaan hyvinvoinnin kannalta omahoidossa tulee pyrkiä tekemään arkielämän valintoja, jotka helpottavat oireita ja estävät sydänsairauden etenemistä. Potilasta opastetaan liikunnasta, ravitsemuksesta, nesteiden ja suolan käytöstä, alkoholin käytöstä sekä tupakoinnin lopettamisesta. (Lommi 2015.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavalle suositellaan vähäsuolaista ruokavaliota, koska suolan natrium sitoo nestettä elimistöön ja rasittaa näin sydäntä. Ihminen saa ruuan mukana reilusti enemmän suolaa, kuin mikä on vuorokauden tarve ja siksi käytännössä suolan käyttö pitäisi puolittaa. Suolan lisäksi ruokavaliossa on tärkeää välttää liiallista nesteiden kertymistä elimistöön sekä ylipainon kertymistä. Nesteitä kertyy juomien lisäksi ruuan nestepitoisuudesta. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan ihmisen sydämen pumppausteho on alentunut eikä se täten enää jaksa kierrättää suurta nestemäärää, vaan nestettä jää elimistön kudoksiin ja keuhkoihin. Liiallinen neste näkyy turvotuksina ja hengenahdistuksina. Suositeltava vuorokauden kokonaisnestemäärä on 1,5-2 litraa. (Partanen 2011, 332-333.)

Terveellisen ruokavalion noudattaminen, erityisesti vähäsuolaisen, on sydämen vajaatoiminnan hoidossa oleellista (Käypä hoito 2014). Ruokavalion tulisi olla siis vähäsuolaista, vähärasvaista, runsasenergistä ja monipuolista. Vajaatoimintaa sairastavalla syke lyö nopeammin ja hengitys on tiheämpää, jolloin rasvakudos kuluu aineenvaihdunnan yhteydessä ja sen vähentyessä myös lihasproteiinit alkavat kulua aineenvaihdunnassa. Vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastava ei tämän takia saa aloittaa nopeaa laihdutusta, vaan se pitää tehdä lääkärin

ohjeiden mukaan ja hyvin maltillisesti. Laihdutusta ei kuitenkaan suositella akuutin vajaatoiminnan aikana. (Lommi 2015.)

Nestetasapainoa ja sydämen kuormitusta tarkkaillaan painon seurannan avulla. Pienessä ajassa nopea painon nousu tarkoittaa nesteen kertymistä elimistöön. 1-2 kilon painonnousu muutaman vuorokauden aikana kertoo nesteen kertymisestä elimistöön, ei lihomisesta. Lihominen näkyy noin 0,5-1 kilon painonnousuna viikossa. Ihminen ei voi lihoa päivässä muutamaa kiloa, vaikka söisi kuinka paljon. Painoa tulee seurata vähintään kerran viikossa. Vaikeassa vajaatoiminnassa painoa tulee seurata päivittäin ja se on hyvä mitata aina aamulla samalla tavalla eli mieluiten kutakuinkin samanlaisissa vaatteissa, samalla va'alla ja rakko tyhjennettynä. Näin saadaan vertailukelpoinen tulos. Nesteen nopea kertyminen elimistöön pitäisi hoitaa heti joko lisäämällä nesteenpoistolääkettä lääkärin antamien ohjeiden mukaan tai ottamalla yhteyttä hoitajaan tai lääkäriin. (Partanen 2011, 332-333.)

Alkoholia tulisi välttää, sillä sen runsas käyttö vahingoittaa sydäntä. Alkoholi vaikuttaa sydämen supistustapahtumiin sekä lihottaa. Joskus sydämen vajaatoiminta johtuu runsaasta alkoholin käytöstä. Silloin hoitona on alkoholin käytön lopetus. Tupakointi supistaa ääreisverenkierron toimintaa. Lisäksi se nostaa verenpainetta sekä aiheuttaa kroonista tulehdusta hengitysteihin, joka saattaa aiheuttaa keuhkohtaumatautia. Se puolestaan pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Tupakoimattomuutta suositellaan sydänsairauksia sairastaville ja sitä voidaan tukea nikotiinivalmisteilla. (Lommi 2015; Käypä hoito 2017.)

Liikunnalla on suuri merkitys sydämen vajaatoimintaa sairastavalle. Se parantaa potilaan elämänlaatua, sairauden oireita ja perifeerisiä muutoksia, kuten heikentynyttä ääreisverenkiertoa, keuhkojen ja keuhkoverisuoniston muutoksia, luurankoli hasten muutoksia sekä autonomisen hermoston ja sisäeritystoiminnan muutoksia. Harrastamalla liikuntaa suorituskyky paranee ja sen myötä rasitushengenahdistus ja lihasheikkous vähenevät. Arkiaskareet alkavat sujua helpommin, kun ei tule niin helposti hengenahdistusta. Liikunta siis vaikuttaa pääasiassa sydämen ulkopuolelle. Se ei paranna sydäntä, mutta ei myöskään heikennä sen supistusvoimaa. Taudin pahentuessa myös lihasmassa pienenee, mutta liikunnalla voidaan sekin estää. (Kiilavuori 2011a, 96-97.)

Liikunnan aloittamiselle voi kuitenkin olla vasta-aiheita. Joskus on syytä tehdä potilaalle raskauskoe ennen liikunnan aloittamista, jotta nähdään sen vaikutus potilaan sykkeeseen ja verenpaineen käyttäytymiseen. Raskauskokeen jälkeen suunnitellaan, minkälaista liikuntaa potilas voi suorittaa. Sairauden vaikeusasteesta ja muista sairauksista riippuen voi olla, että liikunta pitää kuitenkin kieltää kokonaan. (Kiilavuori 2011b, 98-99.) Liikunta vähentää vaja-

toiminnan oireita sekä siitä johtuvaa sairaalahoidon tarvetta. Vaikuttavin liikunnan muoto on kestävyysliikunta, mutta lihas-, intervalli- ja hengitysharjoittelu ovat myös hyödyllisiä. Liikunta sopii isolle osalle potilaista, mutta sen merkitystä korostetaan aivan liian vähän. Sillä on vaikutusta moneen elintoimintaan, jotka ovat tautia sairastavilla häiriintyneet. On havaittu, että liikunta parantaa rasituskestävyyttä suuresti ja suorituskykyä jopa 10-30 %:lla. Huonon suorituskyvyn omaavat henkilöt hyötyvät liikunnan tuomista hyödyistä eniten. Liikunta parantaa lihasten aerobista energiantuotantokykyä sekä aktiivista lihasten verenkiertoa rasituksessa. Jotta liikunnasta on hyötyä, on sen oltava säännöllistä. Säännöllisen liikunnan lopettaminen johtaa vaikutusten menettämiseen muutamassa viikossa tai kuukaudessa. Vajaatoiminnan ollessa krooninen sairaus, on jo potilaiden elämänlaadun kannalta tavoitteellista motivoida potilas itsenäiseen liikkumiseen. (Kiilavuori 2015.)

Kun sydämen vajaatoiminta ei ole enää parannettavissa, eikä potilaan elämää pystytä enää hoidolla pidentämään, turvaututaan palliatiiviseen hoitoon. Se on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten moniammatillista, aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivinen hoito käsittää oireenmukaisen, tuskaa lievittävää ja vähentävää sekä helpottavaa hoitoa. Hoidossa kivun ja muiden oireiden lievitys on keskeistä. (Käypä hoito 2017.) Suomen palliatiivisen hoitoyhdistyksen (SPHY 2016) mukaan palliatiivinen hoitonäkemyksensä hyväksyy elämän rajallisuuden ja hoidossa tavoitellaankin mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta.

Sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiivisten hoitojen aloitus voi viivästyä, sillä lopun hyväksyminen saattaa olla vaikeaa. Palliatiivinen hoito tulisi kuitenkin aloittaa tarpeeksi varhain. Hoitoon sisältyy potilasta haittaavien sairauden oireiden lievitys sekä omaisten tukeminen. Palliatiivisessa hoidossa kuolemanprosessia vältetään pitkittämästä turhaan. Kun vajaatoiminta on edennyt pitkälle ja potilas oireilee jo levossa, on ennuste tunnetusti huono. WHO määrittelee palliatiivisen hoidon kärsimystä lievittävänä ja ehkäisevänä sekä potilaan ja hänen omaistensa elämänlaatua parantavana hoitona. Hoitoa annetaan koko sairauden ajan, sillä se sisältää kivun ja muiden haittaavien oireiden lievityksen sekä omaisten tukemisen. Lääkärin on tuotava tilanteen vakavuus esille tavalla, jonka potilas voi vastaanottaa ja hänen omaisensa voivat ymmärtää. (Tilvis & Antikainen 2015.)

Omahoidon ohjaus on hyvin keskeistä, sillä se parantaa sairauden hallintaa ja vähentää kuolleisuutta sekä hoidosta syntyviä kustannuksia. On tärkeää saada potilas ymmärtämään, mistä sairaus johtuu, minkä takia se oireilee ja millainen ennuste sillä on. Hyvä omahoidon ohjaus auttaa potilasta paremmin sitoutumaan hoitoonsa ja näin ollen parantaa hänen omaa hyvinvointiaan ja hidastaa taudin pahenemista. Eri potilailla oireet ilmenevät erilailla, jo-

ten jokaisen potilaan on hyvä oppia tunnistamaan omat vajaatoiminnan merkit. (Kvist, Kemppainen, Kiema & Miettinen 2013.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon voidaan vaikuttaa paljon elintavoilla ja siksi potilaan ohjaus on ensiarvoisen tärkeää. Myös lääkehoidosta huolehtiminen kuuluu olennaisena osana sairauden hoitoon. Potilasta ohjeistetaan oman lääkehoidon toteutuksessa ja erityisesti nesteenpoistolääkkeen joustavassa käytössä. (Kvist ym. 2013.) Potilasta tulee ohjata lääkehoidon lisäksi muun muassa nestetasapainon seurannassa, painon hallinnassa ja suolan käytössä. Ohjauksesta annettaessa huomioidaan potilaan ikä ja kyky omaksua asioita. Tarvittaessa myös omaiset voidaan ottaa ohjaukseen mukaan. (Lommi & Partanen 2011, 326.)

Sydämen vajaatoiminnan kirurginen hoito liittyy suurimmaksi osaksi syysairauden hoitoon. Kirurgisia hoitovaihtoehtoja ovat muun muassa sepelvaltimoiden pallolaajennus ja stentin asettaminen, sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, läppäleikkaukset, sydämen mekaaniset apupumput, sydämentahdistin ja sydämensiirto. Apupumppua ja sydämensiirtoa käytetään hoitokeinona hyvin vaikeassa vajaatoiminnassa vain silloin, kun kaikki muut hoitokeinot on jo käytetty. Ideaalinen sydämensiirtopotilas on alle 60-vuotias sekä suhteellisen hyväkuntoinen. Lääkityksen kehittyessä sydämensiirrot ovat vähentyneet huomattavasti viimeisten vuosien aikana. (Iivanainen ym. 2010, 256.) Vajaatoimintatahdistin tukee sydämen toimintaa ja samalla helpottaa taudin oireita. Se saa sähköisten impulssien avulla aikaan sydänlihaksen supistumisen ja mahdollistaa eri lokeroiden samanaikaisen toiminnan. Sen avulla sydämen toiminta on tehokkaampaa ja se jaksaa pumpata verta elimistöön. (Biotronik 2009.) Sydämen apupumppua käytetään, mikäli potilas on maksimaalisesta lääkehoidosta huolimatta hengenvaarassa eikä muita hoitovaihtoehtoja ole käytettävissä. Koska elinluovuttajien määrät ovat pysyneet suunnilleen samassa, tullaan apupumppuun hoitovaihtoehtona päätyämään entistä useammin. Sitä voidaan käyttää siltana sydämensiirtoon, siltana toipumiseen tai lopullisena hoitona sydämensiirron sijasta. (Jokinen ym. 2011.)

Sydämensiirto hoitovaihtoehtona on aiheellinen tapauksissa, joissa vajaatoimintaa ei voida parantaa eikä oireita helpottaa lääkehoidoilla, laitehoidoilla tai kirurgisilla toimenpiteillä. Sen avulla hoidetaan vain hyvin pientä osaa vaikeasta sydämen vajaatoiminnasta kärsivistä potilaista. Suomessa sydämensiirron saa vuosittain vain 10-20 potilasta. Kun potilaalla on oireita jo vähäisessä rasituksessa tai levossa ja hän on hengenvaarassa, voidaan sydämensiirtoa harkita. Vasta-aiheena on muun muassa muu sairaus, joka olennaisesti heikentäisi potilaan elämän ennustetta tai mahdollisuuksia menestyksellisen sydämensiirron jälkihoitoon. (Lommi 2008a.)

3.2 Potilaan ohjaus

Hoitotiede määrittelee ohjauksen olevan osa ammatillisista toimintaa, hoito- tai opetustilannetta. Ammatillisena toimintana pidetään tilannetta, jossa potilaan kanssa keskustellaan hänen elämäntilanteestaan tai oppimisestaan tavoitteiden mukaisesti sekä tuetaan ja ohjataan häntä prosessoimaan tilannettaan. Se voi olla tavoitteiden mukaan etenevää ongelmanratkaisua ja selviytymistä tai oppimista kokemusten kautta. Tieteellisestä näkökulmasta katsottuna ohjaus ei ole ohjaajalähtöistä vaan se kuvaa, millaista ohjauksen tulisi olla. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250-253.)

Rinnakkaiskäsitteitä ohjaukselle ovat muun muassa opetus, neuvonta, terveysneuvonta ja tiedon antaminen (Kyngäs, kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 5). Opetus on valmiiksi suunniteltuja toimintoja, joiden avulla ohjaaja luo oppimiskokemuksia ohjattavalle ja joilla pyritään vaikuttamaan ohjattavan käyttäytymiseen. Neuvonnassa ohjaajan ja ohjattavan suhde ei ole tasa-arvoinen, vaan ohjaaja antaa valmiita ohjeita ja ratkaisuja ohjattavalle. Neuvonnassa annetaan ohjattavalle sitä tietoa, mitä ohjaaja itse pitää tärkeimpänä. Tiedon antamisessa korostuu käsiteltävä asia, koska siinä käytetään paljon kirjallista materiaalia, jossa asiat on kerrottu lyhyesti ja ytimekkäästi. Myös vuorovaikutus on vähäisempää kuin neuvonnassa ja ohjauksessa. Ohjaus puolestaan perustuu kaksisuuntaiseen vuorovaikutukseen, jonka tavoitteet luodaan yhdessä. Siinä ei anneta suoria vastauksia, vaan autetaan ohjattavaa tekemään itse valinnat tarkentavien kysymysten, rohkaisun, kuuntelemisen jne. avulla. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252-254.)

Ohjauksen tarkoituksena on saada ohjattavan elämänlaatu ja selviytymiskyky paranemaan muutosten kautta. Tavoitteena on saada ohjattava itse ottamaan vastuu terveydenhoidostaan ja hyvinvoinnistaan. Asioita, joissa muutosta voidaan saada aikaan, ovat asenteet, tunteet, käytös, sosiaaliset suhteet ja kyky tehdä päätöksiä. Ohjaus edistää ohjattavan terveyttä ja toimintakykyä, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista. Se myös voimaannuttaa ja vaikuttaa kansantalouteen, kun sairaspäiviä ei enää kerry ja lääkkeitä ei tarvitse niin paljoa terveyden kohentua. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255-256.)

Tutkimuksessa Sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta (Eriksson & Partanen 2005) käy ilmi, että yleisesti ottaen sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa olivat vähäiset, poikkeuksena kardiologian osastojen sairaanhoidajat. Sairaanhoidajista kolmannes arvioi osaamisensa riittäväksi, kardiologisilla osastoilla lähes puolet arvioi osaamisensa riittäväksi. Puutteita koettiin eniten lääkehoidossa ja parhaiten koettiin osaavan ruokavalio-ohjaus ja omaseuranta. Riippumatta siitä, missä sairaanhoidajat työskentelevät, on osaamisessa puutteita. Ammatillinen peruskoulutus ja pelkkä käytännön hoitotyö eivät takaa ohjauksessa tarvittavaa osaamista, vaan työpaikkojen tulisi järjestää siihen liittyvää lisäkoulutusta. Sydämen vajaatoiminta on yleinen sairaalaan tulon syy ja sairaalaku-

tannusten lisääjä. Sen vuoksi ohjausosaamista tulisi kehittää systemaattisesti terveydenhuollossa. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaus vaatii hoitajalta asiaan perehtyneisyyttä, aikaa ja positiivista asennetta. Ohjauksen edellytyksenä on, että se perustuu tutkittuun tietoon. (Eriksson & Partanen 2005, 4-9.)

Oppimiseen vaikuttaa oppimistyyli ja oppimiskäsitys. Oppimiskäsitys voi olla hyvin erilainen ohjattavalla ja ohjaajalla. Ohjaajan oppimiskäsitykseen voi vaikuttaa omat kouluajan ja kotikasvatuksen muodostamat roolimallit ammatillisen oppimiskäsityksen lisäksi. Ohjaajan tulisi tiedostaa oma oppimistyylinsä ja oppimiskäsityksensä, jotta hän saa ohjattavan ymmärtämään uuden tiedon ja taidon mahdollisimman hyvin. Ohjaaja voi siis olla vain tiedonjakaja, hyvin vuorovaikutuksellinen ohjaaja tai jotain siltä väliltä. Ohjaajan roolia määrittelee pitkälti ohjaukseen johtaneet syyt ja ohjattavan oma valmius. Tärkeintä kuitenkin on vuorovaikutuksellisuus. (Eloranta & Virkki 2011, 50-51.)

Ihmisillä on erilaisia oppimistyyliä ja jotta potilas voisi hyötyä ohjauksesta mahdollisimman paljon, sen pitäisi olla monipuolista ja ohjaajan ja ohjattavan suhde pitäisi olla vuorovaikutteinen. Ihmiset havainnoivat asioita eri kanavia pitkin. Asioita voi oppia auditiivisesti (kuulemalla, puhumalla, keskustelemalla), visuaalisesti (lukemalla, näkemällä, mielikuvilla) sekä kinesteettisesti (tekemällä, kokemalla, tuntemalla). Toiset oppivat paremmin, kun käytetään näitä muotoja yhtä aikaa ja toiset tiedostavat hyötyvänsä paremmin jostakin yhdestä tavasta, esimerkiksi vain näkemällä. Koska ohjaaja ei useinkaan voi tietää toisen oppimistyyliä erityisen hyvin, on hyvä hyödyntää ohjaustilanteessa näitä kanavia mahdollisimman monipuolisesti. Yleensä ihmiset eivät opi vain yhdellä tavalla, vaan näitä tyyliä sekoittaen. (Eloranta & Virkki 2011, 50-53.) Sydämen vajaatoimintapotilaiden oppimistyyleistä tehdyn tutkimuksen (Boyde, Tuckett, Peters, Thompson, Turner ja Stewart 2009) mukaan suurin osa hyötyy useamman ohjausmuodon käytöstä, vajaa viidennes potilaista kertoo oppivansa lukemisen ja kirjoittamisen avulla ja vain pieni osa auditiivisten tai kinesteettisten ohjausmuotojen avulla.

3.2.1 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmiä on monia ja eri ihmiset omaksuvat asioita eri tavalla. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa potilaan kyky omaksua asioita ja päämäärä, mihin ohjauksella pyritään. Useamman ohjausmuodon käyttö auttaa potilasta paremmin muistamaan ohjauksessa läpikäytyjä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Ohjausmenetelmiä ovat muun muassa yksilöohjaus, ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus, joita tarkastellaan lähemmin tässä kappaleessa. Jotta tavoitteet olisivat realistiset, tulisi ne aina tehdä yhdessä potilaan kanssa. Potilas on tyytyväisempi ja sitoutuu paremmin hoitoonsa, kun hän voi vaikuttaa niihin itse. Tavoitteet myös auttavat itsehoidon arvioinnissa. Ne eivät kuitenkaan saa olla liian korkealle asetettuja,

koska ne ovat osa ihmisen hyvinvointia ja heijastuvat psyykkiseen hyvinvointiin. Tavoite motivoi, kun se on hallittavissa eli esimerkiksi ylipainoiselle ei aseteta tavoitteeksi painon pudotusta, vaan mieluummin ruokavaliomuutoksia kuten, että käytetään kasvirasvaa eläinrasvan sijaan ja kävellään lyhyet asiointimatkat. Ruokavaliomuutokset kuitenkin myös tähtäävät sinne painon pudotukseen. (Kyngäs ym. 2007, 75-77.)

Yksilöohjaus on yleensä suullista ohjausta, joka perustuu kahdenkeskiseen vuorovaikutukseen. Siinä potilas pääsee itse kyselemään asioita, tarkentamaan ohjeita ja keskustelemaan, mutta se vaatii ohjaajalta paljon aikaa. Keskustelun tueksi voidaan antaa myös oheismateriaalia. Oppimisen kannalta yksilöohjaus on usein tehokkain menetelmä. Ohjaajalta vaaditaan hyvää kuuntelutaitoa, jotta hänellä on kyky ohjata keskustelua ja tehdä tulkintoja. Potilas tuntee oman elämänsä parhaiten, mutta ohjaajan tehtävä on auttaa häntä näkemään asioita eri näkökulmasta. (Kyngäs ym. 2007, 74-82.)

Ohjauksessa on tärkeää potilaan motiivointi oman sairauden hoitoon ja terveisiin elämäntapoihin. Motivoivan ohjauksen tarkoituksena on herättää potilas näkemään oman elämänsä tilanne ja ottamaan siitä itse vastuu. Tavoitteena on saada potilas voimaantumaa, jolloin hän tunnistaa omat elämänhallinnan kykynsä ja taitonsa. Omien heikkouksien ja vahvuuksien tunnistaminen on tärkeää. Liian innokkaasti muutosta tavoitteleva hoitaja saattaa estää potilaan omaa heräämistä. (Oksanen 2014, 259-263.) Yleensä suora käskeminen, kehottaminen, suosituttelu ja taivuttelu miten pitäisi elää, vähentää potilaan motivaatiota (Järvinen 2014). Voimaantumiseen vaikuttaa ihmisen itseluottamus ja siihen vaikuttaa paljon ympäristö ja sosiaaliset tekijät. Ketään ei siis voida voimaannuttaa toisen toimesta vaan se on jokaisen henkilökohtainen prosessi, johon voidaan tukea ja motivoida. Itsetuntoa vahvistavat saavutetut tavoitteet ja mitattavissa olevat tulokset. Tavoitteiden tulee siis olla haastavia, mutta kuitenkin saavutettavia. Keskustelun kautta saadaan oivalluksia, mutta tekojen kautta voimaannutaan. (Oksanen 2014, 259-262.) Potilaan omiin voimavaroihin keskittyminen on samalla osoitus hänen oman tahdon kunnioittamisesta ja itsemääräämisoikeudesta (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 77).

Motivoivassa keskustelussa keskeistä on myötätunnon osoittaminen ja aito kiinnostus haasteltavaa kohtaan. Potilaan annetaan itse puhua ja kertoa mahdollisimman paljon. Hoitajan tehtävä on esittää avoimia ja tarkentavia kysymyksiä, jotka saavat potilaan itse pohtimaan ja miettimään omaa tilannettaan. Aina ei saada heti toivottua tulosta ja sekin tulee hyväksyä. Toisinaan muutos vaatii useampia keskustelukertoja. Motivoiva keskustelu on ollut hyvä, mikäli sen loputtua potilas on kehittänyt itselle uusia suunnitelmia, joita aikoo lähteä toteuttamaan. Itse kehittämäänsä suunnitelmaan potilas sitoutuu paremmin. Kaikki eivät kuitenkaan kykene päättämään itse asioistaan, jolloin ammattilaisen vastuulla on arvioida potilaan mahdollisuudet ja ohjata häntä aktiivisemmin. (Järvinen 2014.)

Ryhmäohjausta järjestetään erikokoisille ryhmille, joilla on yhteinen tavoite ja aihe. Ryhmälle tunnusomaista ovat säännölliset tapaamiset, jäsenten välinen vuorovaikutus sekä kasvokkain että muiden yhteyksien välityksellä, kuten puhelimella tai sähköpostilla. Yhteenkuuluvuuden tunne ja tieto siitä, että samaa ongelmaa on muillakin, luo toivoa potilaalle ja antaa hyvää vertaistukea. Ryhmä voimaannuttaa ja tukee ryhmäläisiä heidän tavoitteissaan. Toisille ryhmä on yksilöohjausta tehokkaampaa kuntoutuksen ja terveyden edistämisen kannalta. Ryhmässä yhteinen tavoite ja yhteenkuuluvuuden tunne lisäävät paremmin siihen sitoutumista. Hoitaja toimii ryhmän vetäjänä ja huolehtii, että ryhmä kulkee kohti yhteistä tavoitetta. Ryhmäohjaus on myös taloudellista, koska siinä voidaan ohjata montaa ihmistä samaan aikaan. (Kyngäs ym. 2007, 104-105.)

Audiovisuaalinen ohjaus tarkoittaa erilaisten teknisten laitteiden välityksellä annettavaa ohjausta. Tällaisia laitteita ovat videot, äänikasetit, tietokoneohjelmat ja puheelin. Ohjausmuotona audiovisuaalista ohjausta ei kuitenkaan pidetä yhtä merkittävänä kuin muita ohjausmuotoja. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pyritään myös poistamaan väärinkäsityksiä kuuntelemalla tai katselemalla ensin ja keskustelemalla sitten aiheesta. Se toimii hyvin mielenvirkistäjänä tietyille aiheelle. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.)

Puhelinohjaus on yleistynyt hoitotakuun voimaantumisen myötä. Aloitteen tekijänä voi olla sekä potilas että hoitaja. Puhelinohjausta annetaan palveluohjauksena (tietoa aukioloajoista, toimipisteistä), jonka tarkoituksena on ohjata potilas terveydenhuoltopalveluiden piiriin ja terveyden- ja sairaanhoidon ohjauksena (terveyteen liittyvä ohjaus). Siihen liittyy vahvasti tietosuoja- ja vastuukysymykset, joten hoitajan on tunnettava terveydenhuollon lainsäädäntöä. Puhelinohjauksessa potilas voi kysyä melko laajalti eri aiheista. Se vaatii ohjaajalta monipuolista tietämystä ja kykyä kerätä potilaan puheesta kaikki olennainen voidakseen arvioida potilaan hoidon tarpeen. Myös ohjeistuksen tulee olla hyvin selkeää, koska sanaton viestintä ei puhelimen välityksellä pääse näkemään. (Kyngäs ym. 2007, 117-119.)

Videoista ja äänikaseteista hyötyvät erityisesti näkövammaiset ja sellaiset ihmiset, joille lukeminen teettää ongelmia. Myös omaisille voidaan hyvin antaa tietoa esim. läheisen sairaudesta videon muodossa. Ongelmana on ainoastaan materiaalin kehittämis- ja tuottamiskustannukset sekä tekniset puutteet ihmisten kodeissa. Videoiden näyttäminen on taloudellista, mutta se saattaa aiheuttaa katsojalle väärä mielikuvia tai herättää muuten tunteita, joten videon katsomisen jälkeen pitäisi olla mahdollisuus puhua hoitajan kanssa. Äänikasetteja voi kuljettaa aina mukana ja kuunnella missä haluaa. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.)

Tietokoneavusteinen ohjaus on vielä aika vähäistä hoitoalalla. Sitä hyödynnettäessä tulee ottaa huomioon potilaan taidot tietokoneen käytössä, elämäntilanne ja olemassa olevat tie-

dot. Nuorille se on monesti mieluista ja hyödyllistä. Vaikka potilas ei olisi tottunut käyttämään tietokonetta, se ei ole este tietokoneavusteiselle ohjaukselle. Tämä ohjausmuoto lisää tietoa ja toivottua hoitokäyttäytymistä. Sen etuja ovat helppo saatavuus, ei ole aikaan sidottu, säästää hoitajan aikaa, ohjeiden yhdenmukaisuus. Tietokoneavusteinen ohjaus vaatii hoitajaltakin enemmän osaamista internetin käytössä ja tiedonhaussa sekä tiedon- ja asiakokonaisuuksien hallinnassa. (Kyngäs ym. 2007, 122-123.)

Joukkoviestinnän piiriin kuuluu radio, televisio, sähköposti, Internet ja matkapuhelimet. Nämä tarjoavat mahdollisuuden ohjaukselle yksilötasosta laajemmillekin väestöryhmille. Ohjauksessa voidaan käyttää joustavasti kuvia, videoita ja ääntä sekä palautetta voidaan kerätä ja saada nopeasti sähköisten menetelmien ansiosta. Joukkoviestinnän etuja ovat nopeus ja mahdollisuus välittömään vuorovaikutukseen. (Kyngäs ym. 2007, 123-124.)

Kirjallista ohjausmateriaalia ovat erilaiset kirjalliset ohjeet ja oppaat. Ne ovat hyödyllisiä erityisesti silloin, kun suulliselle ohjaukselle ei jää paljoa aikaa, esim. potilaan kotiutuessa lyhyeltä sairaalajaksolta leikkauksen jälkeen. Kirjallisella ohjeella voidaan antaa tietoa jo ennen tulevaa toimenpidettä ja toisenlaista tietoa taas toimenpiteen jälkeen. Kirjallisista ohjeista potilaan on helppo tarkistaa asioita. Niiden kuitenkin tulisi olla ymmärrettävää ja helpolukuista tekstiä. Vaikeaselkoinen teksti saattaa aiheuttaa väärinkäsityksiä, huolestuneisuutta ja pelkoja potilaassa. (Kyngäs ym. 2007, 124-125.)

Demonstrointi tarkoittaa näyttämällä opettamista. Se on havainnollistamista ja konkretisointia. Havainnollistamisessa hyödynnetään eri aistien oppimiskanavia. Konkreettisesti taas asiat muuttuvat tekemisen kautta, kun ollaan niin lähellä todellisuutta, että opitut asiat ymmärretään kokemusten kautta. Havainnollistamista voidaan hyödyntää mm. kun halutaan potilaan oppivan käyttämään itsenäisesti esim. inhalaattoria. Sen käyttö havainnollistetaan harjoittelemalla sitä yhdessä. Havainnollistaminen on paras tapa motoristen taitojen ja eri käytänteiden opettamiseen. Se sopii hyvin yksilö- ja pienryhmäohjaukseen. Motivoituminen vaatii hyviä oppimiskokemuksia ja siksi ei tule harjoitella liian pitkään kerralla. Myönteiset kokemukset lisäävät potilaan itseluottamusta ja sitoutumista. Potilas tulee saada kiinnostumaan omasta opeteltavasta asiasta, sillä ilman motivaatiota oppiminen on hankalaa ja saattaa aiheuttaa jopa voimakasta torjuntaa. Demonstraatio on kallis ja aikaa vievä ohjausmenetelmä, mutta paras käytännön asioiden opettamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 128-131.)

3.2.2 Sairaanhoidajan rooli potilasohjauksessa

Nykyään ei enää puhuta asiantuntijakeskeisestä lähestymistavasta vaan asiakaslähtöisestä. Asiantuntijuutta tarvitaan yhä potilaan akuutin sairauden hoitamisessa ja erilaisissa muutostilanteissa. Asiakaslähtöisessä lähestymistavassa ohjattava ja ohjaaja ovat yhdenvertaisia kes-

kenään. Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksenä on luottamus. (Eloranta & Virkki 2011, 58-60.) Hoitajan tulee pohtia omaa eettistä toimintaansa, jotta ymmärtää potilaan käyttäytymistä ja voi perustella omaa toimintaansa. Toimiakseen eettisesti oikein, pitää tunnistaa omat ennakkoluulot, uskomukset ja kokemukset, koska ne vaikuttavat hoitajan asennoitumiseen ohjauksessa. Omien eettisten käsitysten lisäksi hoitajaa sitovat ammattieettiset ohjeet toimia potilaan parhaaksi. (Kääriäinen & Kyngäs 2008, 10-11.)

Hoitajalla tulee olla kyky ja taito ohjata hyödyntäen eri ohjausmenetelmiä, tiedostaa eri oppimistyyliä ja sitä kautta toimia ohjausprosessin asiantuntijana. Hoitajalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, sillä hän on vastuussa keskustelun syntymisestä ja etenemisestä. Hoitajan velvollisuus on päivittää tietojansa kyetäkseen tarjoamaan potilaalle ajantasaista ja yksilöllistä, hänen tarpeitaan vastaavaa ohjausta. Vuorovaikutuksen tulee olla kaksisuuntaista, jossa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta. Ohjaajan tulee selvittää potilaan taustatiedot ja niiden pohjalta yhdessä potilaan kanssa tehdä tavoitteet. Kun potilaan näkemys asioihin on huomioitu tavoitteita tehdessä, sitoutuu potilas paremmin hoitoonsa. Ei kuitenkaan ole olemassa yhtä ainoa oikeaa tapaa ohjata, koska ohjaus on monitahoista ja kontekstisidonnaista eli siihen vaikuttaa tausta, ympäristö ja olosuhteet. (Kääriäinen 2008, 11-14.)

3.2.3 Lait, suositukset ja määräykset

Hoitotyöhön liittyvät lait ovat suhteellisen yleisluonteisia, sillä ne määrittävät osaltaan terveyteen liittyviä tavallisia perustehtäviä. Hoitotyön ja erityisesti potilaanohjauksen liittyviä lakeja on monia, joista päällimmäisenä Suomen perustuslaki ja kuntalaki. Jokaiselle on turvattava hänen tarpeitaan vastaavat palvelut. Tarpeet kattavat tarvittavien palvelujen määrän tai niiden sisällön, laadun tai niiden sekoituksen. Perustuslaissa määritellään kansalaisten perusoikeudet. Niitä ovat muun muassa yhdenvertaisuus, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin sekä oikeus sosiaaliturvaan. Kuntalaki velvoittaa kuntia edistämään ihmisten hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan. Suomen perustuslain ja kuntalain ollessa yleisluonteisia, ovat kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki ohjauksen kannalta lähempänä käytännön toimintaa. (Kyngäs ym. 2007, 13-21.; Suomen perustuslaki 1999/731.; Kuntalaki 410/2015.)

Kansanterveyslakiin kuuluu säädökset terveysneuvonnasta, terveystarkastuksesta, hoidosta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Erikoissairaanhoitolaki määrää erikoissairaanhoidon sisältävän lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita. Erikoissairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen osia ovat kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi esimerkiksi neuvonta ja sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta. (Kyngäs ym. 2007, 13-21.; Kansanterveyslaki 1972/66.; Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062.)

Neljä edellä mainittua lakia voidaan helposti yhdistää asiakastyöhön sekä asiakkaiden kohtaamiseen. Sekä perustuslaissa, kuntalaissa, kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoidolaissa on kyseessä palvelujen määrästä, riittävydestä ja järjestämisestä sekä ennen kaikkea laadusta. Asiakkaan tai potilaan asemasta ja oikeuksista huolehtii laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaalla on oikeus päästä hoitoon, itsemääräämisoikeus, tiedonsaantioikeus, oikeus saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma sekä oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään pääsyyn. Lakia sovelletaan muiden lakien ohella terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä. Laki huolehtii siitä, ettei potilaan ihmisarvo loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Laki korostaa potilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista yhteistyössä ja asiakkaan tasa-arvoista asemaa. Potilaan hoidossa on huomioitava hänen elämäntilanteensa, voimavaroja ja muut hoidon osallistumiseen liittyvät tekijät. Lisäksi hoidolle on asetettava tavoitteet. Tiedonsaantioikeudella tarkoitetaan sitä, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hoidossa. Potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin liittyvää hoitotyötä. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön huolehtivan potilaan edusta. (Kyngäs ym. 2007, 13-21; Laki potilaan asemasta... 1992/785.)

Vanhuspalvelulaki ohjaa suuresti sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoa, sillä potilaat ovat pääsääntöisesti iäkkäitä. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön terveyttä, itsenäistä suoriutumista, hyvinvointia ja toimintakykyä. Palvelujen toteuttaminen on kuntien vastuulla ja niiden tulee vastata sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. (THL 2013; Laki ikääntyneen väestön... 2012/980.)

Väestön ikääntyminen johtaa väistämättä sydämen vajaatoimintapotilaiden määrän ja hoidon tarpeen kasvuun. Tätä varten on olemassa hoitotyön suositus, joka on tarkoitettu kaikkien niiden henkilöiden käyttöön, jotka antavat ohjausta sydämen vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle. Siinä on kerrottu ohjauksen keskeinen sisältö. (Kvist ym. 2013.)

On tutkittu, että omahoidon ohjaus edistää potilaan sitoutumista hoitoon mikä taas vähentää sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista ja kuolleisuutta sekä vaikuttaa potilaan hyvinvointiin kohentavasti. Potilaan motivointi hoito-ohjeiden ja -suunnitelman noudattamiseen on tärkeää. Motivointi on erityisen tärkeää, sillä vain 20-60 % vajaatoimintapotilaista sitoutuu hoitoon kunnolla. Omaisten ja perheen ottamisella mukaan ohjaukseen voidaan vaikuttaa suuresti lopputulokseen. Potilaan tulisi ohjauksen avulla ymmärtää sairauden syyt, ennuste ja se, miksi oireet esiintyvät. (Kvist ym. 2013.)

Vajaatoiminnan vaikeutumisen oireet saattavat vaihdella suuresti yksilöllisellä tasolla. Sen vuoksi potilasta ja hänen läheisiään tulee ohjata seuraamaan ja tunnistamaan sairauden merkkejä ja oireita. Potilasta tulisi ohjata mieluiten päivittäiseen punnitukseen. Näin voidaan seurata vajaatoiminnan etenemistä ja nesteen kertymistä. Ohjauksessa tulee huomioida oireiden paheneminen ja siihen reagoiminen muun muassa nesteenpoistolääkityksen lisäämisellä. Tauti voi vaikeutua myös ilman painonnousua. (Kvist ym. 2013.)

Potilasta tulee ohjata lääkehoidon toteuttamiseen. Hänen tulisi osata toteuttaa omaa lääkettä, seurata sen vaikutuksia sekä annostella joustavasti nesteenpoistolääkitystä. Annosteluun vaikuttaa potilaan nestetasapaino. Potilaan tulisi tietää lääkehoidon vaikutukset, sivuvaikutukset ja se, kuinka lääkitystä tulisi toteuttaa. Lääkehoidon tuomat hyödyt tulevat usein esille hitaasti ja sivuvaikutukset menevät yleensä nopeasti ohi. Myös potilaan täytyy tietää nämä asiat. Lisäksi potilasta tulee informoida nestehukan mahdollisuudesta. (Kvist ym. 2013.)

Oleellinen osa sydämen vajaatoiminnan omahoitoa on mahdollinen muutos elämäntavoissa. Muutokset vähentävät sydänsairauksien riskiä. Potilasta tulee ohjata painonhallintaan, terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalioon sekä säännölliseen liikuntaan. Ohjauksessa tavoitellaan tupakoimattomuutta ja alkoholin vähentämistä. (Kvist ym. 2013.)

Ruokavalio voi toimia edistävänä tekijänä sairauden oireiden hallinnassa. Monipuolisen ja terveellisen ruokavalion lisäksi tulee potilasta ohjata suolan ja nesteiden käyttöön liittyvissä asioissa. Potilasta tulisi ohjata normaalisuolaiseen ruokavalioon. Suolan nauttimista ja sen määrää tavallisissa elintarvikkeissa tulee ohjata. Vaikeaoireisten potilaiden ohjauksessa tulisi olla mukana ohjeistus nesterajoituksesta. (Kvist ym. 2013.)

Potilasta tulee ohjata liikuntaharjoittelussa, sillä siitä hyötyvät kaikki vajaatoimintapotilaat. Potilaan ohjauksessa tulisi informoida liikunnan säännöllisyydestä, sillä vähäinen liikunta saattaa aiheuttaa taudin pahenemisen. Liikunnanohjauksen tulisi olla alussa valvottua. Potilasta ohjataan sekä lihasvoima- että kestävyysharjoitteluun säännöllisesti huolimatta siitä onko hän kotona vai sairaalassa. Tavoitteet liikunnalle tulisi asettaa potilaan kanssa yhdessä. (Kvist ym. 2013.)

Koska uneen liittyvät hengityshäiriöt ovat sydämen vajaatoiminnassa hyvin tavallisia, tulee potilasta ohjata uniongelmien tunnistamisessa. Hänelle tulee kertoa uniongelmia aiheuttavia tekijöistä, kuten painonhallinnasta, tupakoinnin lopettamisesta ja alkoholista pidättäytymisestä. Kerro potilaalle, että hengityshäiriöt saattavat pahentaa sairauden oireita. Potilas tulee tarvittaessa ohjata jatkotutkimuksiin tai hengityshäiriöiden hoitoon, etenkin potilaan sairastaessa esimerkiksi uniapneaa. (Kvist ym. 2013.)

Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat sydämen vajaatoimintaa sairastavien henkilöiden kohdalla yleisiä, siksi asiasta tulee keskustella. Seksuaalisen aktiviteetin aikana esiintyvistä oireista ja niiden hoidosta tulee informoida. Psykkisiin tekijöihin, kuten väsymykseen ja masentuneisuuteen liittyviin seksuaalisiin ongelmiin tulee tarttua. (Kvist ym. 2013.)

Koska influenssa voi pahentaa oireita, ohjataan vajaatoimintapotilaita ottamaan kausittainen influenssarokotus, mikäli sille ei ole estettä. (Kvist ym. 2013.)

Masennus on yleinen lisäsairaus vajaatoimintapotilailla ja se lisää potilaiden sairastavuutta ja kuolleisuutta huomattavasti. Siksi potilasta tuleekin ohjata tunnistamaan masennuksen oireita. Jopa 20 % vajaatoimintapotilaista sairastuu masennukseen. Potilaan ohjaus asianmukaiseen masennuksen seulontaan ja lääkehoidon tarpeen arviointiin, mikäli potilaalla on masennukseen viittaavia oireita. (Kvist ym. 2013.)

4 Kehittämismenetelmät

Kehittämisellä on tarkoitus uudistaa, parantaa, tehostaa tai sujuvoittaa totuttuja käytännön toimintamalleja (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 30). Se on toimintatavan selkeyttämistä tai rakenteellista uudistamista ja sillä on aina selkeä tavoite. Kehittäminen voi olla uuden idean keksimistä, levittämistä ja käytäntöön juurruttamista. Loppujen lopuksi sen tavoitteena on uuden tiedon ja taidon siirto. (Toikko & Rantanen 14-16.)

Tämän opinnäytetyön kehittämismenetelmäksi valittiin juurruttaminen. Sen tavoitteena oli saada muutos käytännön toimintaan uuden yhdessä opitun ja yhdessä kehitetyn osaamisen kautta (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 7). Jotta voidaan lähteä kehittämään toimintaa, pitää ensin kartoittaa nykytilanne. Nykytilaa kartoitettiin teemahaastattelulla (Liite 1), jonka avulla saatu tieto analysoitiin laadullisella sisällönanalysilla. Juurruttamisen tarkoituksena on saada henkilökunta sitoutumaan uuden toimintamallin käyttöön sekä ajatuksen tasolla että käytännön toimissa. (Partamies & Ahonen 2012, 16-17).

Tässä luvussa kerrotaan, miten juurruttaminen, tiedonkeruu, tiedon analysointi ja sen luotettavuus teoriassa määritellään. Lopuksi on käyty läpi vielä tutkimusetiikka.

4.1 Juurruttaminen

Juuruttaminen on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen kehittämiseen. Se on työyhteisön ja oppilaitoksen yhteistyössä tehtävä oppimisprosessi ja kehittämishanke, jos-

sa luodaan uusi toimintamalli, kehitetään osaamista, tuotetaan uutta tietoa ja uudistetaan työkulttuuria. Juurruttaminen on tietynlainen oppimisprosessi, sillä siinä sovelletaan käytännössä opittua tietoa tutkittuun tietoon ja kehitetään toimintaa sen pohjalta. Keskeistä juurruttamisessa on vuorovaikutus. Juurruttamiseen vaikuttavat monet asiat, kuten totut tavat ja säännöt, erilaiset käsitykset oppimisesta, muutoksesta ja todellisuudesta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21.)

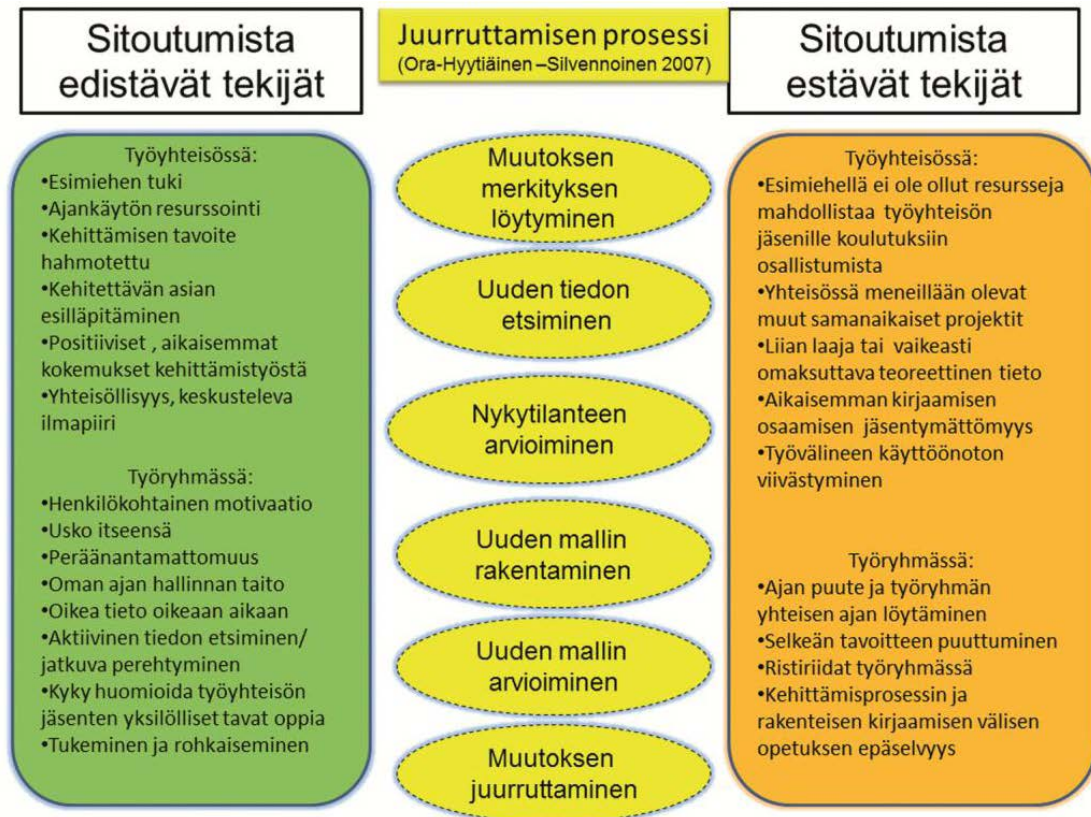
Juuruttamisessa käytetään hiljaista ja tutkittua tietoa. Hiljainen tieto on yksilön ja yhteisön kokemuksen kautta syntynyt tieto tai hyvä käytäntö siitä, miten missäkin toimintaympäristössä toimitaan, eikä sitä ole kirjattu minnekään. Tutkittu tieto taas on luettavissa olevaa, tutkimukseen pohjautuvaa teoriaa. Juurruttamisessa yhdistetään nämä molemmat tiedot. Niitä vertaillaan keskenään ja kehitetään, kunnes löydetään hyvin toimiva ja sujuva toimintakäytäntö. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 22.)

Juuruttamisen kannalta tärkeintä on vuorovaikutus. Onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttavat kaikki työyhteisön jäsenet ja erityisesti esimies. Tavoitteena on sitoutua yhteiseen toimintaan ja luoda hyvä ”me-henki”, koska ainoastaan toimivan vuorovaikutuksen avulla voidaan käsitellä tietoa, kehittää toimintaa ja saada aikaan muutos. Vuorovaikutuksen lisäksi tärkeää on johtajuus, joka ohjaa vuorovaikutusta, suunnittelee riittävän ajankäytön kehitykselle ja vie kehittämisprosessia eteenpäin. Kolmantena tärkeänä elementtinä juurruttamisessa on muutosprosessi. Muutosprosessi on riippuvainen vuorovaikutuksesta, koska sen avulla muutos tuotetaan ja toteutetaan. Samoin työyhteisön vastustus ja sitoutumattomuus estävät muutoksen syntymisen. Mahdollisia esteitä voidaan poistaa vuorovaikutuksen avulla. Kehitysprosessissa mukana olevat opiskelijat ja opettaja voivat edesauttaa muutosprosessin etenemistä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 23-24.)

Kehityksen kannalta olennaista on, että työyhteisön jäsenet sitoutuvat prosessiin. Kuviossa 1 on eritelty sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä kehitysprosessin työryhmän näkökulmasta. Työyhteisön sitoutumista edistävinä tekijöinä vaikutti eniten esimiehen toiminta, eli miten hän antaa aikaa ja tukea sekä pitää prosessia esillä kuten myös työyhteisön aikaisemmat kokemukset vastaavista kehitysprosesseista, oma motivaatio ja hyvä keskusteleva ilmapiiri sekä toinen toisensa tukeminen, osaaminen ajankäytön hallinnassa ja oma aktiivisuus tiedon etsinnässä. Vastaavasti sitoutumista estäviä tekijöitä ovat muut samaan aikaan tapahtuvat prosessit, esimiehen resurssipula, vaikeasti ymmärrettävä teoria, ajan puute, ristiriidat työyhteisössä ja selkeiden tavoitteiden puuttuminen. (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2012, 60-65.)

Johdon pitää pyrkiä rakentamaan myönteistä ilmapiiriä, kantaa vastuuta kehityksestä tuemalla työyhteisöä ja olemalla itse aktiivisena prosessissa mukana. Edellytyksenä prosessiin kehitykselle ja etenemiselle sekä uuden toimintatavan vakiintumiselle käytäntöön on johdon

sitoutuminen sekä työyhteisön ottaminen mukaan prosessiin heti alusta alkaen. (Peltola & Vuorento 2007, 98.)



Kuva 1: Sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä kehittämistoiminnassa (Ora-Hyytiäinen 2012, Ahonen-Makkonen-Pihkala 2010 & Ora-Hyytiäinen-Silvennoinen 2007 mukaan)

Juuruttamisprosessissa on seitsemän eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe käynnistyy, kun löydetään muutokselle merkitys. Muutostarpeeseen voi sysätä työyhteisön ulkopuolinen muutos esim. yhteiskunnan muutokset, uudet ohjeet ja säännöt. Prosessin alulle panijana ja muutostarpeen havainnoijana voi toimia joko työyhteisön jäsen tai ammattikorkeakouluorganisaation jäsen. Edellytyksenä kehitysprosessin onnistumiselle on, että mahdollisimman moni työyhteisössä kokee sen tärkeäksi ja omaa työtä hyödyttäväksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.) Opiskelijat ja opettaja valitsevat keskuudestaan, ketkä opiskelijat lähtevät mitään työyhteisön kehittämissuunnitelmaa kehittämään ja kuka opettaja toimii ohjaajana. Työyhteisö puolestaan valitsee joukostaan 1-3 jäsentä työryhmään, joka edistää prosessin toteuttamista. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.) Tämän työn tekemiseen osallistui kaksi opiskelijaa, ohjaava opettaja sekä työyhteisöstä kahdeksan henkilöä.

Toisena vaiheena tulee nykytilan kuvaaminen. Siinä työryhmä saattaa nykytilanteen julki sisällyttäen siihen myös työyhteisössä olleen hiljaisen tiedon. Näin käytännöt tulevat kaikkien osapuolten tietoisuuteen ja niitä voidaan yhdessä tarkastella. Nykytilanteesta voidaan piirtää

jokin kaavio tai kalanruoto havainnollistamaan tilannetta, jonka perusteella voidaan nähdä kehitettäviä kohteita. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.) Kehitettävä kohde valittiin siis tässä vaiheessa.

Kolmas vaihe on uuden tiedon etsiminen. Työyhteisön jäsenet etsivät ja tutkivat näkyvää, luettavissa olevaa tietoa sekä pyrkivät tulkitsemaan sitä suhteessa kehittämiskohteeseen. Työntekijät voivat etsiä tietoa itse tai heille voidaan järjestää tiedonhaun työpajoja ja ope- tushetki kyseisestä aiheesta. Yhteisessä tiedonetsinnän pajassa osallisena ovat sekä henkilö- kunta että opiskelijat ja se auttaa koko osaston henkilökuntaa jäsentämään uutta tietoa eikä prosessi jää vain ulkopuolelta annetuksi tietopaketiiksi. Oppimisen ja osaamisen kannalta yh- teinen tiedonetsintä on kannattavaa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

Neljäs vaihe on nykytilanteen arvioiminen. Siinä hiljaista tietoa verrataan jo olemassa ole- vaan eksplisiittiseen tietoon, joka on käsitteellistä, muodollista, systemaattista ja tarkkaan määriteltyä. Jotta tarve muutokseen tulee työyhteisölle selväksi ja ymmärrettäväksi, pitää hiljaista opittua tietoa verrata mahdollisimman uuteen, näyttöön perustuvaan tie- toon. Samalla voidaan havaita useampia kohtia, joita pitäisi muuttaa ja kehittää tai hyviä käytäntöjä tulee kaikkien tietoisuuteen. Muutosta suunniteltaessa tarkentuu prosessi, käytös- sä olevat resurssit ja ajankäyttö. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

Viides vaihe on uuden toimintatavan rakentaminen. Työryhmä, joka koostuu aikaisemmin vali- tuista työyhteisön jäsenistä ja opiskelijoista, perustelee uuden toimintatavan tutkittuun tie- toon perustuen. Tietoa pitää hakea systemaattisella tiedonhaulla, jotta löydetään kaikki vaih- toehdot uusille toimintatavoille. Lopulta niiden perusteella muodostetaan uudet perustelut toiminnalle ja uusi toimintatapa otetaan käyttöön. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

Uutta toimintatapaa arvioidaan kuudennessa vaiheessa. Uusi toimintatapa ja siitä koitua hyöty kirjoitetaan tekstiksi, jotta tieto välittyy kaikille sekä työyhteisöön että asiakkaille. Se sovelletaan kehitysprosessissa olleen työyhteisön tarpeisiin. Sitä arvioidaan kysymysten avulla ja sen tarkoituksena on kehittää uusi toimintatapa vastaamaan kehitettävänä olevan työyhteisön tarvetta mahdollisimman hyvin. Kysymyksiin vastaavat eri toimijat, jolloin saadaan monta näkökulmaa asiaan. Esimerkkinä kysymyksistä voi olla vaikka, että vastaako uusi toiminta la- kia ja asetuksia, miten siinä on huomioitu potilaan etu tai miten potilas hyötyy uudesta toi- mintatavasta jne. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

Viimeisenä eli seitsemäntenä vaiheena tulee juurruttaminen. Se tarkoittaa muutoksen toteu- tusta, seuranta ja tukea. Vuorovaikutus on jälleen avainasemassa, sillä se osoittaa henkilö- kunnan sitoutuneisuutta, sen avulla saadaan kaikki hyödyt näkyviksi ja mahdolliset uudet on- gelmakohdat, joita on syytä lähteä kehittämään. Joka tapauksessa työryhmän ja esimiehen on

hyvä tuoda julki uuden toimintatavan työyhteisölle tuomat hyödyt. Vaikka uuden toimintatavan kehitys ei johtaisikaan sen juurtumiseen myös käytäntöön, on kuitenkin tärkeää arvioida ja keskustella asiasta. Sen ansiosta voi syntyä joku toinen hyvä tapa toimia, mitä voidaan taas lähteä kehittämään. Kehitystarve voi lähteä työyhteisön jäsenen oivalluksesta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.) Vuorovaikutus on siis erittäin tärkeää, jotta prosessiin saadaan paljon eri näkökulmia ja kaikki turha karsiutuu pois sekä oleelliset asiat jäävät näkyviksi.

4.2 Juurtuminen käytännössä

Aihe tämän opinnäytetyön tekemiseen tuli Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikalta. Aiheen tiimoilta etsittiin teoretietoa asian käsittelyn tueksi. Juurruttaminen eteni seuraavalla tavalla: Ensimmäinen tapaaminen poliklinikalla oli maaliskuussa 2016, jolloin varmistettiin mahdollisten osallistujien lukumäärä, aiheen tarkoitusperä ja moniammatillinen näkökulma.

Huhtikuun 2016 loppuun sovittiin haastattelukerta, joka tehtiin teemahaastatteluna. Haastatteluaineisto analysoitiin litteroimalla ja luokittelemalla (liitteet 3 & 4). Toukokuulle 2016 sovittiin seuraava tapaaminen, jolloin työyhteisölle esitettiin haastattelujen perusteella ohjauksen nykytilanne. Työyhteisön prosessissa mukana olevat henkilöt valitsivat siitä tärkeimmäksi kokemansa kehityskohteen.

Työryhmän jäseniä kehoitettiin itsekkin tutkimaan ja etsimään tietoa kehityskohteesta, jotta hiljaista tietoa voitiin vertailla jo olemassa olevaan tarkkaan määriteltyyn tietoon. Kun kehityskohde oli määritelty ja siihen liittyvää tietoa oli etsitty sekä työyhteisön että tutkijoiden toimesta, alettiin rakentaa uutta toimintatapaa huomioiden haastatteluin kerätty aineisto sekä tutkittu teoretieto. Työryhmän jäsenet perustelivat omia näkökulmiaan uuteen toimintatapaan. Lisäksi tietoa haettiin systemaattisella tiedonhaulla. Näiden molempien yhteistuloksena muodostettiin uudet perustelut uudelle toimintatavalle. Tämä siis vaati hyvää yhteistyötä ja vuorovaikutusta.

Uusi kehitetty toimintatapa kirjoitettiin tekstiksi perusteluineen, jotta tieto välittyisi kaikille. Sen toimivuutta, vaikutuksia ja potilaiden kokemuksia kartoitettiin kyselylomakkeen avulla. Lopulta marraskuun lopulla 2016 uusi sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus juurrutettiin käytäntöön. Kun uusi toimintatapa oli ollut käytännössä kaksi kuukautta, tehtiin siitä arviointi esittämällä kirjallinen kyselykaavake työryhmälle uuden toimintamallin käytännöllisyydestä ja toiminnallisuudesta sekä tuloksellisuudesta.

4.3 Laadullinen tutkimus

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta käytetään yleensä uusilla tutkimusalueilla, joista ei tiedetä vielä paljoa mitään. Sitä voidaan käyttää myös, jos halutaan jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen uusi näkökulma tai halutaan tarkistaa teorian laatua, käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai käytössä ollutta tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa halutaan löytää ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite. Riippumatta kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetystä lähestymistavasta, tavoitteena on löytää tutkimuksen yhteydessä käytetystä materiaalista toimintatapojen yhtäläisyyksiä ja eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.) Laadullisessa tutkimuksessa voi aina kysyä: Mistä tässä on kyse?”, sillä sen avulla pyritään löytämään ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Jos ei ymmärrä ilmiötä, on tutkimusmenetelmien käyttö mahdotonta. (Kananen 2012a, 56.)

Laadullisen tutkimuksen tulos ilmaistaan sanallisena ja määrällisen tutkimuksen tulos taas lukuina. Laadullinen tutkimus pyrkii tekemään ilmiön ymmärretyksi tarkan tulkinnan ja kuvauksen avulla, kun taas määrällinen tutkimus pyrkii yleistämään asioita käyttämällä tarkkaa menetelmällistä viitekehystä ja ohjeistusta. Siinä säännöt ovat hyvin selkeät. Laadullisessa tutkimuksessa eri vaiheisiin voidaan palata aina uudestaan toisin kuin määrällisessä. (Kananen 2012a, 29-30.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä on paljon. Keskeisimmät ovat haastattelu ja havainnointi, mutta niiden lisäksi voidaan käyttää valokuvia, nauhoituksia, videoita, kirjeitä, karttoja ym. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93.) Tiedonantajien määrään vaikuttaa tutkimuksen tarkoitus eli mitä tutkimuksella halutaan selvittää ja kuinka syvällisesti. Määrään vaikuttaa laajuuden lisäksi myös tutkittavan ilmiön luonne, aineiston laatu ja tutkimuksen asetelma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83-84.) Tutkimukseen valitaan henkilöitä, joita ilmiö koskettaa eniten tai jotka tietävät eniten tutkittavasta asiasta. Haastattavien määrää on vaikea ennalta määrittellä. Jos ilmiö on hyvin moniulotteinen tai siihen kuuluu esim. monia yksiköitä, voidaan haastatteluja tehdä niin paljon, että vastauksissa ei tule enää mitään uutta tietoa. Joskus tutkittavan ilmiön kanssa saattaa olla niin pieni joukko tekemisissä, että kaikki haastatellaan. (Kananen 2012a, 100-101.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 83) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa laatu on määrää tärkeämpi, joten keskeisempää ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset kuin tutkimukseen osallistuvien lukumäärä.

4.3.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusprosessissa eettisyyttä tarkkaillaan läpi koko työn. Se näkyy muun muassa lupaasioiden käsittelyssä, mahdollisten koehenkilöiden kohtelussa ja tiedottamisessa, aineiston

keruussa ja tulosten kertomisessa. (Mäkinen 2006.) Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä ja sen takia sen luotettavuutta tulee myös arvioida. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan hyvin erilaisin kriteerein, sillä siihen kuuluu hyvin erilaisia perinteitä ja siksi myös eri lähteissä on hyvin erilaisia painotuksia laatuvaatimuksille. Laadullisessa tutkimuksessa tulee totuuden lisäksi tarkastella havaintojen luotettavuutta ja puolueettomuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-135.) Vaikka tutkimuksessa pyritään virheettömyyteen, vaihtelee tulosten laatu ja pätevyys ja siksi tutkimuksen luotettavuutta tulee aina arvioida. Sen arviointia on mahdollista tehdä monin eri mittauksin ja tutkimuksin. Luotettavuutta arvioitaessa pitäisi kuvailla tarkkaan myös tutkimuksen ydinasioita, joita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset, sillä tarkka kuvaus lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 232.)

Tässä työssä noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ohjeita tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Tutkimuksen tekemisessä oltiin rehellisiä, tarkkoja ja huolellisia. Muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia arvostettiin ja kunnioitettiin asianmukaisilla lähdemerkinnöillä ja viittauksilla, kuten ohjeissa suositeltiin. (TENK 2014.)

Lähdemateriaalina käytettiin mahdollisimman uutta saatavilla olevaa tutkittua tietoa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus tarkasti. Haastattelut litteroitiin yleiskieltä käyttäen ja ne säilytettiin tietokoneella yhtenä tiedostona salasanan takana. Täten on voitu varmistaa haastateltavien anonymiyden säilyminen ja aineiston luottamuksellisuus. Haastatteluun osallistuneille kerrottiin tutkimusaineiston hävittämisestä tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusryhmän asema ja oikeudet, sekä tutkimusaineiston käsittely ja säilytys tulee määritellä ja kirjata tarkkaan sekä sopia kaikkien osapuolten kesken (TENK 2014). Ihmisillä pitää olla vapaus valita, osallistuuko tutkimukseen vai ei. Myös kaikki tutkimukseen liittyvät tapahtumat, riskit ja tutkimuksen eteneminen tulee kertoa ymmärrettävästi tutkimukseen osallistuville. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Tutkittavien yksityisyydestä huolehditaan anonymisoimalla aineisto ja noudattamalla vaitiolovelvollisuutta. Aineisto hävitetään tutkimuksen jälkeen, mikäli ei siitä ole sovittu jatkotutkimusta. (Tampereen yliopisto 2017.)

Haastatteluihin pyydettiin asiantuntijahoitajia. Osastonhoitajat etsivät vapaaehtoiset hoitajat työyhteisöistään osallistumaan haastatteluun. Ylihoitajalle toimitettiin selvitys mahdollisista kuluista ja tarkka tutkimussuunnitelma. Tutkimuksen tekeminen aloitettiin vasta, kun siihen oli saatu lupa ylihoitajalta ja opinnäytetyötä ohjaava opettaja oli hyväksynyt tutkimussuunnitelman. TENKin (2014) ohjeistuksen mukaan tutkimukseen liittyvät kulut, rahoitus ja muut sidonnaisuudet tulee ilmoittaa kaikille osapuolille selkeästi. Tutkimusta koskevat lupasiat, vastuut ja velvollisuudet tulee sopia kaikkien osapuolien kanssa ennen tutkimuksen aloittamista.

Omia virheitä ei aina huomaa, varsinkaan, jos tekee tutkimusta yksin. Tällöin tutkija saattaa tuudittautua ajatukseen johtopäätöstensä oikeellisuudesta ja kuvitella muodostamansa mallin vastaavan todellisuutta, vaikka näin ei olisi oikeasti. Tutkimuskirjallisuudessa tätä kuvataan holistiseksi harhaluuloksi ja virhepäätelmäksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159.)

Kvalitatiivista tutkimusta voidaan arvioida tarkastelemalla kuvauksen elävyyttä, analyttistä täsmällisyyttä, teoreettista loogisuutta ja metodologista sopivuutta. Kuvauksen elävyydellä tarkoitetaan tutkimuskontekstin tarkkaa kuvausta. Metodologisella sopivuudella tarkoitetaan tutkijan perehtyneisyyttä käyttämäänsä metateoriaan ja metodologiseen lähestymistapaansa, joka näkyy tutkijan käyttämän menetelmän tuntemisena ja alkuperäislähteiden käytössä. Analyttisellä täsmällisyydellä tarkoitetaan aineiston luokittelun loogisuutta ja siihen liittyvää tarkkaa menettelytapojen kuvausta. Teoreettisella loogisuudella tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyn aineiston ja käsitteiden teoreettista perustelua ja loogisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161-162.)

Tutkimuksessa tulisi tarkkailla erityisesti uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten ja käsitteiden selkeää kuvaamista, jotta lukija voi ymmärtää tutkimuksen vahvuudet, rajaukset ja analyysin tekotavan. Tutkimuksen uskottavuutta osoitetaan myös aineiston luokittelun ja kategorioihin jakamisen tarkkuudella. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuskontekstin tarkkaa kuvausta niin, että myös joku toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua tai verrata vastaavaan tutkimukseen. Myös haastattelun suorat lainaukset raportissa mahdollistavat prosessin seuraamisen ja varmistavat tutkimuksen luotettavuutta. Lainaukset eivät kuitenkaan saa olla niin sanottuja tarkkoja, että niistä voisi tunnistaa tutkimukseen osallistujan ja siksi suositellaankin tekstin yleiskielelle muokkaamista. Luotettavuutta arvioitaessa on tärkeää kuvata aineiston ja tulosten suhdetta toisiinsa. Apuna voi käyttää taulukoita ja liitteitä havainnollistamaan sitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160-161.)

Tutkimuksen luotettavuusongelmia saattaa muodostua liian vähäisestä otoksesta tai jos johtopäätökset on tuotettu liian pienestä tai liian yksipuolisesta materiaalista ja tulokset pohjautuvat vain osalle aineistoa. Luotettavuutta heikentää myös epätarkka prosessin kuvaus ja teoreettisen tason puutteellisuus tavoitteisiin nähden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162-163.)

4.3.2 Laadullisen tutkimuksen eettisyys

Laadullisen tutkimuksen vaatimuksena on eettinen kestävyys. Eettisyys näkyy laadussa eli tutkimussuunnitelma on laadukas, raportointi on tehty hyvin, tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tietyillä kriteereillä jne. On kuitenkin moraalisesti arveluttavaa, jos arviointikriteerit ovat vain tarkistuslistoja tutkijalle. Tutkimukseen tulee sitoutua myös eettisesti. Tutkimusaiheen valinnassa eettisyys näkyy tutkijan tutkimusasetelmassa ja miten sitä on tarkemmin kuvailtu eli millä tai kenen ehdoilla aihe on valittu ja miksi asiaa tutkitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127-129.)

Ihmisoikeudet muodostavat eettisen pohjan ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa. Tämä tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuvalla tulee kertoa tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus, tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja mahdolliset riskit ja hänelle koituvat haitat ymmärrettävässä muodossa. Osallistuminen tutkimukseen on aina vapaaehtoista, joten tutkittavalta pitää saada suostumus ennen tutkimuksen aloitusta ja hänellä on oikeus lopettaa mukana olonsa kesken kaiken sekä oikeus kieltää jälkeinpäin käyttämästä tutkimuksessa itseä koskevaa aineistoa. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus tietää nämä oikeutensa. Tutkija huolehtii myös, että osallistuja ymmärtää, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Eettisesti tutkimuksen valmistumista tärkeämpää on turvata tutkimukseen osallistuvien turvallisuus ja hyvinvointi. Mahdollisia ongelmia pyritään huomioimaan jo etukäteen. Tutkimuksessa saatu aineisto on luottamuksellista, joten tutkittavien henkilöllisyys ei saa tulla missään vaiheessa julki, aineisto säilytetään ja hävitetään sääntöjen mukaan ja sitä käytetään vain sovittuun tarkoitukseen. Tutkijalta odotetaan siis rehellisyyttä ja vastuuntuntoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tärkeimpänä tutkimuksessa tulee ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä näkyy itsemääräämisoikeutena eli ihminen saa itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Ennen suostumusten pyytämistä tutkijan on selvitettävä, miten suostumus hankitaan, mitä tietoa tutkimuksesta pitää kertoa ja mitä riskejä siihen liittyy. Yleensä tutkimukseen osallistuvia pyydetään allekirjoittamaan paperi, jossa on kerrottu tarkasti tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus, riskit, haitat, tutkimukseen osallistuvan oikeudet ja ylipäätään kaikki tärkeät asiat, mitä tutkimukseen liittyy ja mitä tulee tapahtumaan. Lopuksi allekirjoituksella vielä kuitataan, että on ymmärtänyt asian. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 25.)

Epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Toisen kirjoittamaa tekstiä ei lainata luvottomasti eli plagioida. Myöskään omia aikaisempia tutkimuksia ei tule plagioida ja uudistaa pienillä muutoksilla, vaan jokaisen tutkimuksen pitää olla oikeasti toteutettu. Tuloksiin pitää suhtautua kriittisesti, mutta niitä ei saa mennä muuttelemaan. Raportoinnin pitää

olla huolellista, joka ei johda harhaan tai ole muuten puutteellista. Muiden tutkijoiden osuutta ei tule arvostella eikä vähätellä. Kaikkien tutkijoiden nimi tulee olla näkyvillä. Mikäli tutkimukseen on myönnetty apurahaa, tulee se käyttää tutkimuksen edistämiseen ja rahojen käyttö täytyy pystyä todistamaan. (Hirsjärvi ym. 2014, 26-27.)

4.3.3 Haastattelu

Haastattelu on kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta. Se voidaan kuvailla myös keskusteluksi, jolla on tavoite tai päämäärä. Tästä erotukseksi tavallinen keskustelu voi olla vaikka vain sosiaalinen tilanne, jolla ei ole muuta tehtävää kuin yhdessäolo. Haastattelulla vastaavasti pyritään keräämään tietoa ja se on etukäteen suunniteltua sekä haastattelijan ohjaama. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 41-43.) Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on yleisin. Haastattelu on keskustelua, jonka tavoitteena on päästä tietoisuuteen toisen ajatuksista. Yksinkertaisesta kysymys-vastaus-haastattelusta on nykyään usein siirrytty enemmän keskustelevaan muotoon. (Eskola & Suoranta 2008, 85.)

Haastattelu voidaan jakaa eri luokkiin sen haastateltavien määrän: Yksilö- tai ryhmähaastattelu ja haastattelun muodollisuuden mukaan: Strukturoitu haastattelu, teemahaastattelu tai avoin haastattelu. Strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu sisältää valmiit kysymykset ja vastaukset haastateltavalle ja kysymykset esitetään haastateltaville aina samassa järjestyksessä ja muuttamattomina. Tämä mahdollistaa sen, että haastattelijana voi olla joku muukin, kuin tutkija. Haastattelija ei pääse vaikuttamaan näin vastauksiin omilla mielipiteillään, mutta myöskään vastaaja ei voi tarkentaa kysymyksiä lisäkysymyksillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96.)

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa keskustelun aihe on ennalta sovittu. Keskustelun tavoitteena on löytää vastauksia tutkimusongelmaan tai tutkimustehtävään. Kysymyksiä ei tarvitse esittää tietyssä järjestyksessä ja kysymyksiä ja vastauksia voi täsmentää keskustelun aikana, jolloin henkilöiden omat tulkinnat ja merkitykset tulevat paremmin esiin. Tämä haastattelumuoto on hyvin käytetty erityisesti hoitotieteessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

Avoin haastattelu eli strukturoimaton haastattelu on kuin vapaata keskustelua. Siinä tutkittava ilmiö on ennalta määrätty, mutta aihe sen sisällä voi vaihdella. Kysymykset ovat avoimia ja haastattelijan tehtävänä on tarkentaa vastauksia lisäkysymyksillä sekä pitää kysymysten avulla keskustelu tutkittavassa ilmiössä. Haastatteluja tehdään yleensä useampia, jotta saadaan tietoa mahdollisimman paljon. Tällainen haastattelumuoto vaatii haastattelijalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja paljon aikaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96-97.)

Tässä tutkimuksessa sydämen vajaatoimintapotilaita hoitavia työntekijöitä haastateltiin ryhmänä ja se nauhoitettiin samalla myöhempää analysointia varten. Lupa haastatteluun pyydettiin ylihoitajalta, joka puolestaan huolehti tiedottamisesta henkilökunnalle. Haastatteluun osallistuvat hoitajan saivat etukäteen teemahaastattelun rungon (liite 1) sekä saatekirjeen (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Haastatteluun suostuvat työntekijät vastasivat kysymyksiin erikseen sovittuna ajankohtana. Haastattelemalla saatu materiaali tuhottiin opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen asiaan kuuluvalla tavalla. Kaikki materiaali säilytettiin tutkijoilla itsellään lukitussa tilassa prosessin ajan. Nauhoitukset kirjoitettiin auki yleiskielistä litterointia käyttäen, jolloin kenenkään henkilöllisyys ei voinut tulla julki.

4.3.4 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on yleisin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Se voidaan tehdä joko yhdelle henkilölle tai ryhmälle. Monen henkilön haastattelu erikseen on aika työlästä ja aikaa vievää, kun taas ryhmähaastattelussa saattaa toisten läsnäolo vaikuttaa vastauksiin. Ryhmähaastattelussa haastattelija joutuu huolehtimaan siitä, että kaikki saavat tasapuolisesti ilmaista itseään. Yksilöhaastattelun avulla saadaan tarkempaa ja luotettavampaa tietoa. (Kananen 2012a, 100.)

Haastatteluun valitaan sellaisia henkilöitä, jotka ovat eniten tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa tai henkilöitä, jotka tietävät asiasta eniten. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrää on vaikea määrätä ennalta. Joskus ilmiön kanssa tekemisissä on niin pieni joukko, että kaikki haastatellaan ja joskus ilmiö on niin laaja tai moniulotteinen, että tietoa joudutaan keräämään isommalta joukolta. Tällöin tietoa kerätään niin kauan, kunnes vastauksissa ei enää tule mitään uutta tietoa, joka oleellisesti auttaisi tutkittavan ilmiön ymmärtämistä. Tällöin puhutaan saturaatiosta. Jotta tiedetään, milloin saturaatio on saavutettu, pitää aineiston analysointia ja tiedonkeruuta vuorotella jatkuvasti. (Kananen 2012a, 100-101.)

Oleellisinta teemahaastattelussa on sen eteneminen tietyn teeman mukaan, ei tiettyjen kysymysten mukaan. Tällöin asetelma on vapaampi, joka mahdollistaa haastateltavien omien tulkintojen ja merkitysten näkymisen tiedonannossa. Tämän lisäksi teemahaastattelussa hyvin keskeistä on vuorovaikutus. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Teemahaastattelu tehdään yleensä kasvotusten keskustelemalla, mutta se on mahdollista toteuttaa myös teknisesti puhelimen, Messengerin tai Skypen välityksellä (Kananen 2012a, 103).

Teemahaastattelussa on useampi teema eli aihekokonaisuus, jotka valitaan niin, että koko tutkittava ilmiö tulee käsiteltyä. Kaikkia teemoja ei voi päättää etukäteen, vaan keskustelun myötä syntyy tarkempi käsitys tutkittavasta ilmiöstä ja sen myötä kehittyvät uusia teemoja.

Ilmiö liittyy aina myös ympäristöönsä ja siihen kuuluu erinäisiä tekijöitä ja elementtejä. Kysymysten avulla haastattelija huolehtii näiden ilmiön osa-alueiden mukaan ottamisesta. Teemoja käsitellään yleisestä yksityiseen. Jos keskustellaan ensin yksityiskohtaisista asioista tai edetään liian nopeasti, saattaa jäädä jotain tutkimuksen kannalta oleellista tietoa saamatta. Kun yksi teema on käsitelty kokonaan, voidaan siirtyä seuraavaan teemaan, mutta jo päätettyyn teemaan voidaan tarvittaessa palata myös takaisin. Haastattelukertoja tarvitaan yleensä useita, koska harvoin haastattelija pystyy saamaan riittävästi tietoa yhden haastattelukerran aikana. Asioiden hauduttua haastattelijan mielessä, hän oivaltaa uusia näkökulmia, joihin haluaa taas saada vastauksia ymmärtääkseen paremmin ilmiötä. (Kananen 2012a, 102-103.)

Vastauksia voi tarkentaa kysymyksillä, mutta kysymysten tulee olla avoimia. Keskustelu saattaa loppua kokonaan, jos esitetään vääränlaisia kysymyksiä eli vastausvaihtoehdot on jo valmiina. Kysymykset eivät myöskään saa olla johdattelevia, koska silloin vastaukseksi saadaan haastattelijan haluama vastaus eikä todellista tietoa. (Kananen 2012a, 104-108.)

Teemahaastattelun tallentamiseen paras vaihtoehto on nauhoitus, jolloin haastattelija voi keskittyä haastatteluun sen sijaan, että tekisi koko ajan muistiinpanoja. Nauhoitus kirjoitetaan myöhemmin tekstiksi, eli litteroidaan. Kirjoittamistyöltä ei siis voi välttyä, mutta sen voi näin siirtää pois itse haastatteluhetkestä. Nauhoituksen voi kuunnella aina uudestaan ja siinä kuuluu äänenpainot ja tauot, joita kaikkea ei pysty kirjoittamaan ylös ja jotka kuitenkin voivat olla tutkimuksen kannalta hyvinkin oleellisia. (Kananen 2012a, 108-109.)

Tämän tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavina oli Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikan ja osaston hoitajia ja lääkäri, jotka ovat mukana sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksessa. Haastattelutilaksi pyrittiin löytämään rauhallinen paikka ilman häiriötekijöitä. Sairaalassa oli remontti käynnissä, joka toi hiljaisen paikan löytämiselle haasteita. Tarkemmasta ajankäytöstä sovittiin erikseen osastonhoitajien kanssa. Alustavasti suunniteltiin, että haastatteluun saataisiin yksi lääkäri ja kolmesta viiteen hoitajaa. Lääkärin lisäksi haastatteluun osallistui poliklinikalta kolme hoitajaa ja osastolta kaksi hoitajaa.

Haastattelun teemat valittiin ohjauksen piiristä. Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin, mitä asiaa tutkitaan, sen tarkoitus ja tavoitteet, miten aiheeseen on päädytty ja miten sen tuloksia hyödynnetään. Myös haastattelumateriaalin säilyttämisestä ja tuhoamisesta sekä haastateltavan henkilöllisyyden salassapidosta kerrottiin.

4.4 Tiedonkeruuaineiston analyysi

Tutkijan tekemät valinnat tutkimuksen alkuvaiheessa määrittävät osittain aineiston käsittely- ja tulkintatavan. Analyysivaihe on mielenkiintoinen, sillä siinä selviää tutkimusongelmiin saatuja vastauksia tai vastaavasti käy ilmi, mikäli tutkimusongelmat oli tullut asetettua väärin. (Hirsjärvi ym. 2014, 221.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää kerätty aineisto ja paljastaa sen ydinsanoma (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 116). Aineiston analyysi alkaa tekstin purkamisella. Teksti voidaan joko litteroida tai toisena vaihtoehtona aineistosta voi tehdä suoraan päätelmiä tai koodata. Päätelmiä voi tehdä, jos aineisto on pieni ja haastattelut ovat olleet lyhyitä. Litterointi kuitenkin on tavallisemmin käytössä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138.)

4.4.1 Litterointi

Litterointi on haastatteluaineiston tekstimuotoon saattamista. Haastatteluaineisto voi olla erimuotoisina tallenteina, kuten äänitteinä, kuvina ja videoina. Litterointi voidaan tehdä joko manuaalisesti tai jonkin tietokoneohjelman avulla analysoimalla. Teemahaastattelun aineiston ollessa kyseessä, pyritään aineisto kirjoittamaan tekstiksi melko tarkkaan sanasta sanaan. Litterointi on hyvin hidasta ja siksi tutkija joutuu litterointivaiheessa rajaamaan, mitä hän kirjoittaa tekstiksi ja mitä jättää kirjoittamatta. Alkuperäiset tallenteet kuitenkin ovat olemassa, joista tarvittaessa voi tarkistaa haastattelua. (Kananen 2012a, 108-109.)

Haastatteluaineisto voidaan litteroida tekstimuotoon sanasta sanaan tai sitten kirjoittamalla pelkkä asia. Litteroinnissa voidaan huomioida kaikki äänenpainot, eleet ja tauot, jolloin saadaan mahdollisimman autenttinen teksti tallenteesta. Usein kuitenkin riittää karkea litterointi, jolloin lauseet kirjataan tiivistetyssä muodossa ja haastattelun vastauksia kirjataan sanatarkasti vain, jos halutaan kirjoittaa loppuraporttiin suora lainaus. Ongelmana litteroinnissa on, ettei vielä analysointivaiheessa voi tietää, mikä tieto on oleellista tutkimuksen kannalta. Laadullisissa analyysissä aineistoa kerätään ja analysoidaan koko prosessin ajan ja vasta ihan lopussa voidaan rajata, mitä asioita otetaan tutkimukseen mukaan. (Kananen 2012a, 108-109.)

Sanatarkan litteroinnin lisäksi on olemassa yleiskielinen litterointi ja propositiotason litterointi. Näistä sanatarkka on kaikkein tarkin tapa. Yleiskielisessä litteroinnissa teksti muutetaan kirjakiellelle ja siitä poistetaan kaikki murre- ja puhekielen ilmaukset. Propositiotason litteroinnissa kirjataan vain sanoman keskeinen sisältö. (Kananen 2012a, 110.)

4.4.2 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysi jaetaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen sisällönanalyysiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmiä on paljon, josta yleensä valitaan sellainen, joka parhaiten vastaa tutkimusongelmaan. Tässä tutkimuksessa käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöinen analyysi voidaan karkeasti jakaa kolmeen osaan. Ensimmäisenä on aineiston järjestäminen, johon kuuluu tietojen tarkistus. Toisena vaiheena on tietojen täydentäminen eli jos tietoa todetaan olevan liian vähän, voidaan sitä vielä kerätä lisää. Kolmas vaihe on aineiston järjestäminen varsinaista analysointia varten. (Hirsjärvi ym. 2014, 221-224.)

Analysoinnin voi aloittaa vasta, kun analyysiyksikkö on määritetty. Se voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai useiden lauseiden mittainen ajatuskokonaisuus. Yksikön valintaan vaikuttaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Jos analyysiyksikkö on liian pieni, se voi tuottaa pirstaleisen kuvan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136).

Tuomi & Sarajärvi (2009, 109-112) kuvaavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemistä seuraavalla tavalla: Ensin haastattelut kuunnellaan ja kirjoitetaan tekstiksi sanasta sanaan. Sen jälkeen teksti luetaan perehtyen tarkkaan sen sisältöön. Tekstistä etsitään pelkistettyjä ilmaisuja, joita listataan ylös. Näiden ilmausten joukosta etsitään yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmaisuja yhdistellään ja niistä muodostetaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistellään vastaavasti muodostaen yläluokkia niistä. Lopulta yläluokkien yhdistämisellä saadaan kokoavia, teoreettisia käsitteitä, joita yhdistämällä saadaan vastaus tutkimusongelmaan.

Kun tiedonkeruumenetelmänä on ollut teemahaastattelu, voidaan aineisto analysoida teemoittamalla. Haastattelussa on ollut eri teemoja ja jokaisesta teemasta on saatu oma aineisto. Aineistot litteroidaan ja luokitellaan eli koodataan. Sen jälkeen yhden teeman luokituista pyritään löytämään yhteisiä rakenteita, malleja ja tyypillistä toimintaa. Kun tutkija löytää vastauksia ongelmaan, pitää ne vielä todistaa vetoamalla johonkin vastaukseen sitaattilla. (Kananen 2012a, 117.)

4.5 Muutos kehittämistoiminnassa

Kehittämistoimintaan valitaan mukaan sellaisia henkilöitä, joita asia koskee eniten, koska he ovat valmiita sitoutumaan muutokseen. Näin saadaan muutosvastarinta häviämään. Suuren henkilöstömäärän keskuudessa muutoksen aikaansaaminen on haastavaa ja vaatii johdoltakin hyviä taitoja muutoksen johtamisessa. (Kananen 2012a, 70.) Ei kuitenkaan riitä, että aktiivinen ydinjoukko toteuttaa kehittämisprosessia. Mattilan (2008, 49) mukaan suuremmilla työ-

paikoilla vajaa viidennes on aktivisteja, lähes puolet seurailijoita ja joka kolmas on epäilijä. Muutoksen onnistumiseksi ei riitä vain aktivistien toiminta ja sitoutuminen. Suurin huomio pitäisi kohdentaa suureen sivustaseuraajien joukkoon. Heidä tulisi valmentaa, jotta heidät saataisiin vakuuttuneeksi ja osallistumaan kehitystoimintaan.

Henkilökunnan suhtautumisessa muutokseen vaikuttaa jokaisen oma perusasenne, kokemukset ja tulevaisuudenodotukset. Toisille muutos on saamista, toisille joutumista. Muutos tarkoittaa usein luopumista vanhasta ja se tuo epävarmuuden tunnetta. Tämän asian tiedostaminen auttaa ymmärtämään paremmin muutosvastarintaa. Toisinaan muutosvastarinta voi olla jopa hyödyllistä. (Mattila 2008, 37.)

Usein johdon puolella muutostarvetta on kehitelty pidempään ja se on jo tullut tutuksi johdolle siinä vaiheessa, kun se esitellään alemmalle organisaatiolle. Johto odottaa nopeaa toimintaa ja muutosta, joka puolestaan kuohuttaa henkilökuntaa, koska muutoksen sisältöä ja seurauksia ei ole vielä ehditty sisäistämään. Tiedon puute, tulevat haasteet, oppimisesta selviytyminen ja epäluulo vaivannäöstä saatavaan hyötyyn sekä huoli omasta asemasta tai roolista luovat epävarmuutta. (Mattila 2008, 53.)

5 Toteutus

Ensimmäinen tapaaminen poliklinikalla oli maaliskuussa 2016, jolloin varmistettiin mahdollisten osallistujien lukumäärä, aiheen tarkoitusperä ja moniammatillinen näkökulma.

Haastattelukerrat sovittiin poliklinikalle huhtikuun 2016 loppuun ja osastolle kesäkuun 2016 alkuun. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluna. Haastatteluaineisto analysoitiin litteroimalla ja luokittelemalla (liitteet 3 & 4). Lokakuun lopulle 2016 sovittiin seuraava tapaaminen, jolloin työyhteisölle esitettiin haastattelujen perusteella ohjauksen nykytilanne. Työyhteisön prosessissa mukana olevat henkilöt valitsivat siitä tärkeimmäksi kokemansa kehityskohteen. Marraskuun lopulla 2016 työyhteisölle esiteltiin tutkittua tietoa heidän valitsemastaan kehittämiskohteesta.

Joulukuussa 2016 uusi sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus juurrutettiin käytäntöön. Kun uusi toimintatapa oli ollut käytännössä kaksi kuukautta, tehtiin siitä arviointi esittämällä kirjallinen kyselykaavake työryhmälle uuden toimintamallin käytännöllisyydestä, toiminnallisuudesta sekä tuloksellisuudesta. Tämä opinnäytetyö valmistui maaliskuussa 2017.

5.1 Nykytilan kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Näkemykset poliklinikan ja osaston työntekijöiden välillä olivat pitkälti samanlaisia, mutta monia eroavaisuuksiakin löytyi. Molemmissa työympäristöissä koettiin ohjausmateriaalit ja riittävä ohjausaika ohjausta edistäviksi tekijöiksi. Resurssipulan, potilaan huonon motivaation sekä kiireen koettiin voivat estää ohjauksen toteutumista. Osaston haastateltavat mainitsivat myös potilaan liitännäissairaudet ja tilanteen tuoman kriisin ohjausta mahdollisesti heikentävänä tekijänä. Ohjaus koettiin toteutuvan poliklinikalla hyvin, kun taas osaston erilainen työn luonne aiheuttaa toisinaan kiirettä ja täten tuo haastetta ohjaukseen.

No meillä on hoitajan vastaanottokäyntiajat. Ne ovat tällä hetkellä sydämen vajaatoimintapotilaan kohdalla tunnin mittaisia ja se on riittävä aika.

Poliklinikalla ohjauksen tason koettiin vaihtelevan, riippuen siitä, ohjaako potilasta sydänhoitaja vai joku muu. Osastolla materiaalin läpikäyminen jää alkuun potilaan vastuulle. Hoitaja kuitenkin palaa myöhemmin asiaan. Poliklinikalla työskentelevien vastaajien mielestä osaston ja poliklinikan välistä yhteistyötä ei ollut ollenkaan, osastolla työskentelevien vastaajien mielestä sitä oli vähän, yhteydenpito oli satunnaista.

Ei mitään yhtenäisiä käytäntöjä ei ole sydämen vajaatoimintapotilaan ohjaukseen liittyen. Muihin ehkä voi olla, mutta sydämen vajaatoimintapotilaista meillä ei ole mitään käsitystä, miten osastolla ohjataan. Ei mitään yhteistyötä toisin sanoen.

Me tehdään hirveen vähän työtä poliklinikan kanssa, että siinä varmaan voisi olla parantamisen varaa. Välillä tietenkin ollaan yhteydessä ja kysytään jotain asiaa, eli toki tieto liikkuu silloin.

Poliklinikalla aikaa ohjaukseen koettiin olevan riittävästä, kun sairaanhoitajan vastaanotolle oli varattu erikseen aika. Ajankäyttöön koettiin vaikuttavan myös potilaasta lähtöisin olevat syyt, kuten pitkä välimatka, jolloin kaikki asiat pyrittiin hoitamaan samalla käynnillä. Osastolla koettiin, että ohjaukseen ei ollut riittävästi aikaa. Hyvänä käytänteenä pidettiin materiaalin, hoitajan aikojen ja muistilistan käyttöä. HOI-lehden käyttöä toivottiin, jotta tieto kirjattussa muodossa olisi molempien nähtävissä ja näin takaisi tiedon kulun.

Ohjauksessa käytiin pitkälti samoja asioita läpi. Osastolla työskentelevät hoitajat kokivat, että potilaiden ohjaus ei ole yhtenäistä, kun ei ole yhtä selkeää ohjetta. Poliklinikalla käytetään muistilistaa ohjauksen tukena, jolloin kaikki asiat tulee käytyä systemaattisesti läpi. Haastateltavat hoitajat poliklinikalla mainitsivat mittareiden käytön vähyyden. He kuitenkin kokivat asiantuntijuuden vahvuudekseen. Potilasohjauksen tavoitteet molemmissa työympäristöissä olivat samat.

Molemmissa työympäristöissä ohjaustaitoja pidettiin hyvinä, mutta erityisesti osaston henkilökunta koki työkokemuksen ja ammattitaidon vaikuttavan asiaan.

No minun mielestä se riippuu hyvin pitkälti siitä, että kuinka pitkään on ollut töissä tai siitä ammattitaidosta.

No se toteutuu hyvin, mutta riippuu vähän siitä tilanteesta. Jos ei ole tarpeeksi resursseja eli ei tarpeeksi henkilökuntaa, niin se myös kaventaa sitä ohjauksen laatua.

Pääsääntöisesti ajateltiin, että potilas oppii parhaiten kuulemalla ja näkemällä. Näin ollen ohjaus tapahtui pääosin suullisena ja kirjallisena. Näistä tavoista toisen toivottiin tuottavan tulosta. Osastolla oli käytössä myös manuaalinen ohjaus, esimerkiksi pistosopetuksia varten. Sekä poliklinikalla että osastolla kaivattiin koulutusta ohjauksessa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Molemmat työympäristöt pyrkivät tasa-arvoiseen, kaksisuuntaiseen ja vastavuoroiseen vuorovaikutukseen. Potilaan kriisin vaiheita ei osastolla aina pystytty huomioimaan, mutta ohjausta pyrittiin toistamaan. Poliklinikalla potilaan tila arvioitiin haastattelemalla ja hoitajan aika annettiin pahimman kriisin jälkeen. Asian ymmärtäminen varmistettiin palauttavilla kysymyksillä.

Ohjausta toteutettiin pääsääntöisesti yksilöohjauksena, jonka tukena käytettiin puhelinohjausta. Molemmilla oli hyvää kirjallista materiaalia. Poliklinikalla oli tietyt esitteet, jotka annettiin aina potilaalle, mutta osastolla asiaa ei oltu tarkemmin määritelty. Osastolla kirjallista ohjausta pidettiin parhaana vaihtoehtona, kun taas poliklinikalla suullinen ohjaus miellettiin parhaaksi. Molemmilla nämä kuitenkin kulkivat käsi kädessä. Poliklinikalla ohjausmenetelmän valinnassa vastuu oli lääkärillä, kun taas osastolla ohjauksen valintaan vaikuttivat potilaan sairaudet, kriisi ja käytettävissä oleva aika. Kokemuksia ohjaamisesta pidettiin yleisesti hyvinä. Osastolle toivottiin muistilistaa ohjauksen tueksi, jotta kaikki asiat varmasti tuli käytyä läpi. Poliklinikalla kaivattiin tietoa erilaisista yksilöohjauksessa käytettävistä ohjausmenetelmistä.

Nykytila esitettiin 24.10.2016. Paikalla oli ylilääkäri, kaksi hoitajaa osastolta sekä osastonhoitaja ja poliklinikalta osastonhoitajan sijainen ja kaksi hoitajaa. Kaikki hoitajat olivat asiantuntijoita sydämen vajaatoiminnassa. Kaikille kerrottiin yhteisesti, että kuvio on haastattelun pohjalta tehty sekä miten sitä tulkitaan. Nykytilan kuvaus oli piirretty kahdelle paperille (Liitteet 7 & 8). Toinen kuvio kuvasi osaston ja toinen poliklinikan nykytilannetta. Molemmat työryhmät lukivat oman yksikkönsä kuvaukset ja lisäsivät siihen vielä informaatiota tarpeen mukaan. Ylilääkäri kommentoi molempia. Nykytilan kuvaus herätti paljon keskustelua. Kehitysideoita olivat muun muassa yhtenäinen ohjausmateriaali ja ohjaustapa, kirjaaminen sekä yhteistyön parantaminen poliklinikan ja perusterveydenhuollon kanssa. Näistä aiheista tärkeimmäksi kehityskohteeksi valittiin tiedonkulku osaston ja poliklinikan välillä. Seuraava tapaaminen sovittiin kuukauden päähän, jolloin työryhmille oli tarkoitus esitellä erilaisia vaihtoehtoja tiedonkulun parantamiseksi tutkittuun tietoon perustuen.

5.2 Kehittämiskohteen tietoperusta

Dokumentoinnilla tarkoitetaan erilaisten asiakirjojen laatimista ja kirjoittamista sekä erinäisiä tietojen, kuvien ja äänitteiden tallentamista. Kirjaamisella puolestaan tarkoitetaan tietojen viemistä asiakirjoihin kirjoittamalla. Dokumentointi lisää asiakkaan tai potilaan luottamusta. Asiakirjat tukevat työntekijää monin tavoin. Niiden avulla potilaalle voidaan kuvata ja todentaa hoitotapahtumia ja niiden kulkua. (Laaksonen ym. 2011, 14.) Kirjaaminen koostuu potilaan hoidon tarpeesta, hoidon suunnittelusta, sen toteutuksesta sekä sen arvioinnista (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2014). Terveystieteiden dokumentointi on olennainen osa hoitotyötä. Kirjaaminen on välttämätön työtehtävä ja vastuu asiakirjojen laatimisesta onkin aina työntekijällä itsellään. Työn onnistumisen ja jatkuvuuden vuoksi on tärkeää, että tehty asiakas- tai potilastyö, keskustelut, suunnitelmat, lausunnot ja päätökset kirjataan asiakirjoihin. Työprosessin dokumentointi mahdollistaa tehtyyn työhön ja siihen liittyviin asioihin palaamisen. Parhaimmillaan asiakirjat toimivat työntekijän apuvälineenä. Tämä vaatii sen, että asiakirjat ovat ajan tasalla. Ajanmukainen dokumentointi havainnollistaa ja helpottaa potilastyötä eri hoitopaikkojen välillä. (Laaksonen ym. 2011, 10–11.) Potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan, perustuu häntä koskeva viestintä potilastietojärjestelmiin kirjattuun tietoon. Järjestelmät toimivat sekä tietovarastona että tiedonvälitysmekanismina. Tiedonkulku on kuitenkin jokseenkin abstrakti ja vaikeasti mitattava asia. (Virjo ym. 2013, 2208–2212.)

Koska sairaanhoito on jakautunut fyysisesti ja hallinnollisesti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon, on hoidon jatkuvuuden kannalta tiedonkululla suuri merkitys. Tahojen välinen saumaton tiedonkulku ja viestintä luovat hyvän pohjan hoidolle. (Kalema 2015, 6.) Eräässä tutkimuksessa selvisi, että hoitosuunnitelman ollessa epäselkeä, se on vaikuttanut kielteisesti pitkäaikaissairaiden kokemuksiin vastaanottoajan riittävydestä ja hoidon laadusta lääkärin vastaanotolla. (Vehko, Aalto, Sainio & Sinervo 2016, 2348–2356.) Kroonisia sairauksia hoidettaessa on hoidon jatkuvuuteen paneuduttava. Se vaatii tehokasta tiedon siirtymistä paikasta toiseen. Terveystieteiden tapahtuvissa uudistuksissa on tavoitteena parantaa tiedonkulkua ja yhteistyötä potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken. (Tuomisto 2010, 4157.)

Koska hoitoajat ovat usein lyhyitä ja potilaan hoito jakautuu moneen eri hoitoyksikköön, edellyttää se toimintamallien kehittämistä potilaan edun mukaiseksi. Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välille on mahdollistettava ajallinen ja fyysinen läheisyys. Tämän vuoksi potilaslähtöiset toimintamallit ovat tärkeää tehdä mahdolliseksi. (Laitinen 2014, 9–10.)

Sähköinen potilastietojärjestelmä on ollut jo muutaman vuoden ajan julkisen terveydenhuollon käytössä. Vuosina 2003 ja 2010 tehdystä tutkimuksesta selviää, että vaikka suuri osa tiedosta onkin jo sähköistynyt, ei silti potilaan hoidon kannalta tärkeät asiat löytyneet yhtään sen paremmin. (Virjo ym. 2013, 2208–2212.) Potilastietojärjestelmien käyttöönottoon vaikut-

tavat monet asiat, kuten käyttäjien huomiointi tekovaiheessa. Järjestelmän tulisi palvella potilaan etua sekä henkilökunnan tarpeita. Kirjaaminen on niin keskeinen hoitotyön toiminto, että sen toteuttaminen kaikkien tarpeet huomioon ottaen on tärkeää. (Ukkonen 2016, 124.)

Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen ja samalla paperin käytön vähentäminen ovat monesta eri näkökulmasta tarkasteltuna terveydenhuollon kannalta hyviä muutoksia. Sähköinen tiedonsiirto on lisännyt tuotettavuutta, sillä muutoksen myötä tiedonsiirto on nopeutunut sekä dokumenttien ja informaation jakelu helpottunut. Sähköistymisen myötä myös kustannukset ovat pienentyneet. Tämä näkyy muun muassa postittamiskustannusten vähentymisenä sekä tilan säästymisenä. Tyypilliset paperisen kirjaamisen ongelmat, kirjoitusvirheet sekä epäselvä käsiala, ovat myöskin vähentyneet. Sähköinen kirjaaminen luo mahdollisuuden esimerkiksi etäkonsultaatiolle, sillä potilastiedot ovat keskitetysti saatavilla. Tiedot ovat arkistoitu sähköisesti ja niitä voi tarkastella hyödyntäen erilaisia hakutoimintoja. Myös potilasturvallisuus on parantunut, sillä sähköistyminen avaa mahdollisuuden päätöksenteon tuelle. Myös automaattiset tarkastukset, esimerkiksi lääkkeisiin liittyen, ovat merkittävä asia potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kaikkea ei ole kuitenkaan vielä onnistuttu muuttamaan sähköiseen muotoon, eikä Suomessa ole yhtään paperitonta sairaalaa tai terveystalosta. Esimerkiksi potilastietojärjestelmien käyttökäytöt luovat haasteita sähköistymiselle. (Nieminen 2010.)

Laitisen tutkimuksesta (2014) selviää, että ajalla ja paikalla on suuri vaikutus sähköisten potilaskertomuksien kirjoittamiselle ja lukemiselle. Hoitotyö ja sähköinen dokumentointi kulkevat käsi kädessä, joten potilastietojen kirjaaminen on erottamaton osa hoitotyötä. Tutkimuksessa havaittiin neljä eri dokumentointityyliä. Tyyli on sähkösanomatyyli, keskittynyt tyyli, tarinan kirjoittaminen ja puuttuva dokumentointi. Jokainen tyyli vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen eri tavalla. (Laitinen 2014.)

Usein dokumentoitu tieto nähdään tiivistelmänä potilaan ja työntekijän sanallisesta vuorovaikutuksesta. Tällöin tarve kirjata ja muoto, jossa kirjaus halutaan toteuttaa, on aina tilanteesta riippuen erilainen. (Ukkonen 2016, 123.) Tutkimuksessa (Belisario, Huckvale, Greenfield, Car & Gunn 2013.) kävi ilmi, että astman hoidossa kokeilussa olleet puhelinsovellukset olivat hyödyllisiä. Hyödyt paperiseen seurantalomakkeeseen olivat suunnilleen yhtä suuret.

Eri sairauksista on saatavilla paljon monenlaista tietoa, kuten myös monista eri lähteistä. Usein hoitohenkilökunnalle suunnattu käytännön tieto on hajallaan monissa eri lähteissä tai hiljaisena tietona. Ohjaustilanteen etenemissä voi käyttää apuna tarkistuslistaa ja sen asiansanarunkoa, jotta kaikki asiat tulee käytyä läpi. Listan potilaalle merkityksellisiin, tärkeisiin tai ajankohtaisiin kohtiin voi syventyä enemmän. Tarkistuslistan avulla eri hoitokerroilla eri asiaan keskittyminen tapahtuu jouhevammin ja potilaan ehdoilla. (Nieminen & Agge 2016.)

Tarkistuslista on menetelmänä halpa, yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Mikäli sen käytöstä tavoitellaan suurinta hyötyä eli tehokkuutta ja jatkuvuutta, kaikkien sen käyttäjien tulisi sitoutua siihen. Listan käyttäminen vaatii jonkin verran harjoittelua. Uuden menetelmän opeteluun menee luonnollisesti aikaa ja sen käyttöönotto voi aiheuttaa ristiriitaisia tuntemuksia henkilökunnan sisällä. Muistilistan käytössä yhtenä suurimmista haasteista onkin vanhasta toimintatavasta poisoppiminen tai vanhoihin toimintatapoihin palaaminen. Uuden menetelmän käyttöä ja vaikutuksia on aiheellista seurata. (Härkönen 2013.)

Muistilistan käyttö mahdollistaa virheiden vähenemisen ja sitä myötä turvallisuuden lisääntymisen. Uuden menetelmän myötä toiminta yhdenmukaistuu sekä sen laatu paranee. Tarkistuslistan käytön hyödyt ulottuvat pitkälle. Kehitys näkyy potilasturvallisuuden ja tiimityöskenteilyn paranemisena, kommunikaation vahvistumisena sekä uuden henkilökunnan perehdytyksen ja oppimisen helpottumisena. Hoitohenkilökunta ei joudu luottamaan pelkästään omaan muistiin, joten listan käyttö myös helpottaa työntekoa. Tarkistuslista on hyödyllinen sen systemaattisen ominaisuuden vuoksi. On havaittu, että ilman listaa monet hoitotyön vaiheet toteutetaan käytännössä, muttei niiden käyttö ole systemaattista. Tarkistuslistan käyttöönotto on vähentänyt toimenpidekomplikaatioita ja kuolemia suuresti. (Härkönen 2013.)

Tarkistuslistoja on käytetty pitkään muun muassa lentoturvallisuuden parantamisessa, mutta vuonna 2007 käytäntöä alettiin soveltaa myös terveydenhuollossa. Lista luotiin leikkaustoi-
menpiteisiin liittyvien haittojen vähentämiseksi ja sen kulmakiviä olivat neljä eri kirurgian osa-alueita: leikkausinfektioiden vähentäminen, turvallinen anestesia, tiimityö leikkauksissa ja kirurgian tulosten seuranta. Nykyään listoja on jo monenlaisia. Tarkistuslista voi olla esimerkiksi tarkoitettu vain hoitohenkilökunnalle, se voi kulkea potilaan mukana tai olla suunnattu pelkästään potilaan omaan käyttöön. (Härkönen 2013.)

Uuden toimintatavan rakentamista pohjustettiin etsimällä tutkittua tietoa, miten muualla on kehitetty tiedonkulkua. Tutkimuksista työryhmä voi saada ideoita oman työn kehittämiseen. Tutkimustuloksia löytyi eri hakukoneista seuraavilla hakusanoilla: Ebsco: "Patient Education" ja "Knowledge flow", Medic: tiedonkulk* ja Google scholarista vapaamuotoisella hakulausekkeella. Tässä seuraavaksi tutkimukset, jotka esitettiin työryhmälle.

Tammisen ja Metsävainion (2015) mukaan tarkistuslista ja siihen liittyvä koulutus todettiin leikkauksalin, heräämön ja osaston välisessä yhteistyössä hyväksi menetelmäksi. Potilaskuolleisuus väheni ja viestintä ryhmän sisällä parani. Muistilistan käyttöön liittyvä tulosten paraneminen kuitenkin vaatii siihen liittyvää koulutusta. Terveystapahtumista

65% liittyy ongelmiin tiedonkulussa. Muistilistan käyttöönoton onnistumiseksi johdon tuella ja suunnitelmallisella koulutuksella ja seurannalla on iso merkitys. ”Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta” (Tamminen & Metsävainio 2015, 338-342).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä alettiin kehittää potilaan turvallista kotiuttamista vuonna 2012. Tutkimuksen mukaan tulokset Potilaan turvallisesta kotiuttamisesta vuodeosastolta olivat kovin vaihtelevia eri osastojen välillä. Tutkimustulokset myös osoittivat aukkoja tiedonkulussa. Kotiuttamisen tarkistuslistaa ei käytetty potilaan hoidossa ja näin ollen myös kotiuttamisen minimikriteerit eivät täytyneet. Tähän tietoon pohjautuen tarkistuslistan käyttöä tulisi tehostaa, jotta potilaan kotiutuminen olisi valmisteltua turvallista. (Koponen 2012, 3-7.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kehitettiin potilasohjausta. Päivystyksenä sairaalaan tulevan potilaan tiedonsaannista ja ohjauksesta sairaalassa sairaanhoitajan toteuttamana kehitettiin ohjausmalli. Ohjausmallissa eriteltiin ohjauksen painoalueet huomioiden potilasohjauksen jatkuvuus koko hoitoprosessin ajan jakautuen sairaalaan tulo-, osastovaiheen- ja sairaalasta lähtövaiheen ohjaukseen. Hoidon kaikissa vaiheissa tapahtui ohjauksen tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Nämä tulee kirjata potilaan ohjauksen jatkuvuuden takaamiseksi. Olisi aiheellista, että osastoilla olisi tarkat ohjeet siitä, mitä ohjausmateriaalia ja suullista ohjausta kullekin potilasryhmälle annetaan. Näin kaikilla potilailla on mahdollisuus saada tarvitsemansa tiedot sekä taidot käyttöön. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10-11.)

Belgiassa tehtiin tutkimus, jossa eri sidosryhmät havainnoivat terveydenhoitojärjestelmän uhkia, heikkouksia, vahvuuksia ja mahdollisuuksia ihmisille, jotka ovat kroonisesti sairaita. Yhdeksi suurimmaksi heikkoudeksi todettiin hoidon yhdentymisen. Liittyen juuri roolien ja tehtävien jakautumisen selkeyteen hoitoprosessissa eli kuka vastaa mistäkin. Klinikon tiedonkulun yhteistoiminnan puute, joka edelleen haittaa tiedonkulkua asetusten ja periaatteiden mukaisesti. (Van Durme ym. 2014.)

Osallistujat korostivat yhtenäisen hoidon puutetta yhtenä suurimpana heikkoutena nykypäivän terveydenhuollossa. Kroonisesti sairaita usein navigoivat erilaisten terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluntarjoajien välillä. Moniammatillinen yhteistyö hoidossa nähtiin tärkeäksi, erityisesti monimutkaisissa tilanteissa. Muodollinen/ mallinnettu hoidon yhteensovittaminen voisi auttaa tunnistamaan haasteellisimmat potilaat myös elämäntilanteen näkökulmasta, erityisesti lääkehoidon osalta. Toiseksi tärkein teema liittyi selkeästi määriteltyihin rooleihin ja tehtäviin. Kolmantena oli potilaan valtaistaminen ja tukeminen omaisten ja muiden ei-ammattilisten auttajien näkökulmasta. Tässä toivottiin selkeästi potilasohjauksen tukevan itsehoitoa ja sitä kautta tukemaan omia pysymään hoitajina asianmukaisessa kunnossa. Viimeisenä oli hoidon ymmärrettävyys, joka on hyvin keskeistä kroonisesti sairaille ihmisille

eli oikea hoito, oikeaan aikaan, oikean henkilön antamana ja oikeaan hintaan. (Van Durme ym. 2014.)

Kanadassa tutkittiin tiedonkulkua ja -vaihtoa monitieteisissä perusterveydenhuollon tiimeissä. Tiimien jäsenten keskuudessa jaettua vastuullisuutta tarkkailtiin ja huomattiin, että erityisesti vanhemman lääkärin vastuu näkyi potilaan hoidossa. Ryhmän jäsenet tunnistivat tarvitsevana resursseja tiedonhankintaan, sen tulkintaan, tietojen yhdistelemiseen sekä hallintoon. Lopputuloksena todettiin, että tiedon jakaminen monitieteisessä tiimissä on monimutkaista ja moniulotteinen prosessi. Tarvitaan valmiiksi rakennettu muoto/ malli kommunikaatiolle ja paremmin järjestetyt tiedonjakamiseen liittyvät toiminnot, sillä ne lisäävät ja parantavat moniammatillista yhteistyötä. (Sibbald, Wathen, Kothari & Day 2013.)

Kainuun keskussairaalassa kehitettiin kirurgian LEIKO-toimintaa, jossa ongelmaksi koettiin tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa ja epäselvyys toimintatavoista.

Ongelmia päädyttiin ratkaisemaan kouluttamalla henkilökuntaa, kehittämällä työyksiköiden välistä yhteistyötä sekä kehittämällä yhteistyötä lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä. Samojen ongelmien huomattiin koskettavan LEIKO-toiminnan lisäksi koko kirurgian toimintaa. Työyksiköiden välistä yhteistyötä tuettiin organisoimalla poliklinikan ja osaston sairaanhoitajille perehtymistä toistensa työhön. (Kananen 2012b, 2.) Tämän tutkimuksen yhteydessä kysyttiin työryhmältä, kokisivatko he perustelluksi mennä toistensa luokse kuunteluoppilaisiksi.

5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen

Poliklinikan ja osaston yhteiseksi kehityskohteeksi työryhmä valitsi tiedonkulun osaston ja poliklinikan välillä. 21.11.2016 työryhmälle esitettiin tutkittua tietoa kehittämiskohteeseen liittyen. Niiden pohjalta työryhmä päätti, miten jatkossa haluaa toteuttaa omaa tiedonkulkuaan. Paikalla oli ylilääkäri, osastonhoitaja, kaksi hoitajaa poliklinikalta ja kaksi hoitajaa osastolta. Tutkimuksissa tuli julki osastolle ja poliklinikalle tuttuja asioita, jotka herättivätkin paljon keskustelua, miten niitä voisi kehittää molempien yhteiseksi käytännöksi tai miksi joku asia ei ole toiminut. Molempien käytössä olevaa kirjallista materiaalia vertailtiin, molemmilla oli ollut käytössä muistilista, mutta osastolla se oli sepelvaltimotaudista, kun taas poliklinikalla sydämen vajaatoiminnasta. Yhteistä kirjaamistakin mietittiin, mutta tiedon koettiin helposti hukkuvan ja olevan vaikea löytää jälkeensä. Kohta käyttöön on tulossa myös uusi potilastietojärjestelmä ja siksi yhteistä sähköistä kirjaamista ei nyt haluttu kehittää.

6 Uusi toimintatapa

Tässä kappaleessa käsitellään uuden toimintatavan kuvausta, sen juurtumista työyhteisöön sekä jatkotoimenpiteitä.

6.1 Toimintatavan kuvaus

Uudeksi toimintatavaksi valittiin saman sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilasohjauksen muistilistan käyttö osastolla ja poliklinikalla. Muistilista sisältää vajaatoimintaa pahentavia tekijöitä, lääkehoitoa, omaseurantaa, ruokavaliota, liikuntaa ja lepoa, jatkohoitoa sekä muita asioita, joihin sairaus vaikuttaa. Se kopioidaan osastolla ja lähetetään sisäisellä postilla poliklinikalle, jotta sielläkin ollaan tietoisia, mitä asioita on jo ohjattu osastolla. Myös yhtenäinen sähköinen kirjaus koettiin tärkeäksi, mutta siihen toi haasteita pian tapahtuva siirtyminen uuteen potilastietojärjestelmään ja siksi sitä ei lähdetty kehittämään. Muistilistan käyttö on ennestään tuttua, mutta se ei ole ollut systemaattista. Sen käyttö jokaisen sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla koettiin tärkeäksi.

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Käytännössä osastolla täytetään muistilistaa ja siitä otetaan kaksi kopiota. Toinen kopiosta annetaan potilaalle ja toinen lähetetään sisäisellä postilla poliklinikalle odottamaan potilaan saapumista sinne. Näin poliklinikalla ollaan tietoisia, mitä asioita osastolla on jo ohjattu. Potilaiden muistilista on usein jäänyt kotiin tai hävinnyt. Tämän vuoksi kopio lähetetään potilaan kappaleen lisäksi poliklinikalle. Uuden toimintatavan juurtumisesta työyhteisöön tehdään palautekysely kahden kuukauden kuluttua sen käyttöön otosta.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Kehittämistoiminnaksi kutsutaan tutkimuksista saadun tiedon soveltamista työelämän kehittämis- ja uudistarpeisiin. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa ja sellaisia asioita, joiden soveltaminen käytäntöön on mahdollista. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta käsittelee molemmat, sekä konkreettisen kehittämistoiminnan että tutkimuksellisen lähestymistavan. Tarkoituksena on ensin hankkia tieto ja soveltaa sitä työelämän kehittämiseen. Kokonaisuudessaan painopiste sijoittuu kehittämistoimintaan, jossa hyödynnetään tutkimuksellisia periaatteita. Kehittämistoiminnan tavoitteena on löytää epäkohtia ja herättää keskustelua kyseisestä asiasta. Tarkoituksena ei ole siis ratkaista vain konkreettista ongelmaa. (Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja 2017.)

7.1 Muutosprosessi ja lopputuotoksen arviointi

Arviointikyselyn sai 15 henkilöä ja siihen vastasi 11 henkilöä eli 73 % kyselyn saaneista. Osaston 10 hoitajasta kyselyyn vastasi kahdeksan hoitajaa ja poliklinikan viidestä hoitajasta vastasi kolme. Näin ollen poliklinikalla vastausprosentti oli 60% ja osastolla 80%. Uuden toimintatavan käyttöönoton onnistumiseksi johdon tuki, vuorovaikutuksellisuus ja työryhmän jäsenten sitoutuminen on tärkeää. Uudesta toimintatavasta tiedottamisessa tai sen aktivoinnissa käyttöön oli puutetta, koska sitä ei tunnettu osastolla vielä palautetta pyydettyä.

Kyselylomake on yksi useimmin käytetyistä tiedonkeruumenetelmistä. Sen avulla voidaan selvittää niin suuria kuin pieniä ihmisjoukkoja koskevaa tietoa. Lomaketta tehdessä tärkeintä on tietää, mihin kysymyksiin haluaa vastauksen. Hyvän kyselyn tekeminen on vaikeaa, joten sitä kannattaa usein rakentaa ryhmässä. Kyselyn tekoon on syytä keskittyä, sillä kysymyksiä ei voi enää myöhemmin korjata. Kysymysten tulisi olla selkeitä, yksiselitteisiä ja keskittyä olennaiseen. Lisäksi on huomioitava, etteivät kysymykset saa olla johdattelevia. Kielellisesti kyselylomake tulee kirjoittaa hyvällä yleiskielellä ja siitä tulisi jättää ammattitermit pois. Yhdessä kysymyksessä voidaan kysyä vain yhä asiaa kerrallaan. Kysymyksiä voi olla monenlaisia, aivan kuten vastauksiakin. Olisikin hyvä luokitella vastausvaihtoehdot valmiiksi. Vastaaminen tapahtuu usein erilaisten asteikoiden avulla, mutta lomakkeesta olisi hyvä löytää myös joitakin avoimia kysymyksiä, vaikkakin vastausten käsittely on työläämpää. Avoin kysymys mahdollistaa vastauksen vapaan muotoilun ja voi antaa arvokasta lisätietoa. (Kyttä 2017.)

Kyselytutkimuksen etuja ovat tehokkuus sekä laaja tutkimusaineisto. Sen avulla voidaan säästää aikaa ja vaivaa. Huolellisesti suunnitellun kyselyn analysointi on suhteellisen helppoa, mutta itse tulosten tulkinta saattaa olla haasteellista. Koska tutkija ei olemuksellaan tai läsnäolollaan vaikuta vastauksiin, ovat tulokset realistisempia. Kyselytutkimus antaa mahdollisuuden esittää useita kysymyksiä. Kyselyn haittana puolestaan on vastaajien vaihteleva vastausmotivaatio. Vastaajien huolellisuudella ja rehellisyydellä on myöskin vaikutusta vastauksiin. Tulosten todenmukaisuuteen vaikuttavat mahdolliset väärinymmärrykset sekä se, kuinka hyvin vastaajat tuntevat asiayhteyden. Lisäksi kyselyn teko on aikaa vievää. Kysely kannattaa laatia rauhassa ja ajan kanssa, jotta minimoidaan muun muassa väärinymmärrysten mahdollisuudet. (Hiltunen 2017.)

Kehittämistoimintaa tulee seurata ja arvioida, sillä se edistää ja ohjaa toiminnan kehitystä. Pelkkien lopputulosten perusteella ei voida tehdä päätelmiä toiminnasta ja sen vaikutuksista. Jonkin tietyn ongelman ratkaisun sijaan tärkeämpää on oppia ratkaisemaan ongelmia yhdessä. Prosessin arviointi on välttämätöntä, jotta siinä syntynyttä uutta tietoa ja osaamista voidaan hyödyntää kattavammin. Arviointi toimii oppimisen tukena. Hyvän arvioinnin tarkoituksena onkin löytää tietoa, jonka avulla toimintaa voidaan kehittää. (Seppänen-Järvelä 2004, 19-22.) Muutosten ja kehittämistavoitteiden arvioinnissa pyritään kartoittamaan tavoitteiden toteu-

tumista. Mikäli ei ole selkeää tavoitetta, voidaan lopputulosta verrata lähtötilanteeseen. Toiminto, jota kehitetään, on aina yhteydessä toimintaympäristöönsä. Mistä joku asia johtuu? Mikä vaikuttaa mihinkin? Mitkä ovat asioiden yhteisvaikutukset? Lopputulosta voidaan aina arvioida, mutta siihen vaikuttaneet todelliset syyt eivät aina selviä. (Kananen 2012a, 80-81.)

7.2 Arviointituloksien raportointi

Uuden toimintatavan juurtumista poliklinikan ja osaston työyhteisöihin kartoitettiin arviointikyselyn avulla. Arviointilomake (liite 5) muodostui yhdestä strukturoidusta ja viidestä avoimesta ja kysymyksestä. Kyselyn mukana vastaajat saivat myös saatekirjeen (liite 6), jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja vastausten luotettavasta käsittelystä sekä vastaajan anonyymiteetin säilyttämisestä. Vastauksista kävi ilmi, että poliklinikalla tieto uudesta toimintatavasta oli kaikilla kyselyn saaneilla, mutta osastolla vain harvoilla henkilöillä. Uusi toimintatapa oli ollut käytössä kaksi kuukautta ennen arviointikyselyn järjestämistä. Osastolla uutta toimintatapaa ei ollut vielä esitelty osastotunnilla ja siksi hoitajien oli vaikea ottaa siihen kantaa. Vastauksien mukaan osa kyselyyn vastanneista tiesi tarkistuslistan käyttöönoton, mutta ei itse halua sitä käyttää.

Kyselyn ensimmäisellä kohdalla haluttiin eritellä osaston ja poliklinikan hoitajat, jotta vastauksia voidaan tarvittaessa erotella yksikkökohtaisesti. Toisella kysymyksellä haluttiin selvittää, miten tarkistuslista oli otettu käyttöön omassa yksikössä. Osaston hoitajista neljä ei ollut tiennyt tarkistuslistan käyttöönotosta ja neljä tiesi, mutta vain yksi kertoi käyttävänsä sitä. Vastaavasti poliklinikalla kaksi oli siihen tutustunut, mutta ei itse halunnut sitä käyttää ja yksi kertoi käyttävänsä sitä aina sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa.

Tarkistuslista otettu käyttöön vasta hiljattain. Listan käyttöä ei ole esitetty vielä esim. osastotunnilla. Käyttöä on yritetty levittää hoitajalta hoitajalle huonolla menestyksellä.

En käytä.

Kolmannella kysymyksellä kartoitettiin, miten tarkistuslistan käyttö oli muuttanut potilastyötä. Ne hoitajat, jotka olivat tietoisia tarkistuslistan käytöstä ja olivat sitä käyttäneet, kykenivät arvioimaan sen käyttöä potilastyössä, mutta suurin osa ei kyennyt ottamaan kantaa. Vastaajista kahdeksan ei osannut vastata ja kolme vastasi hyvin positiivisesti.

Tarkistuslista johdonmukaistaa potilasohjausta. Kaavake hyvä, ei vain ole vielä asettunut rutiinikäytännöksi.

Se mahdollistaa yhtenevän käytännön potilaiden hoidossa, jäsentää hyvin vastaanottoa.

Neljännellä kysymyksellä haluttiin tietää, olivatko potilaat antaneet palautetta tarkistuslistan käytöstä, mutta tähän kohtaan ei saatu yhtään kommenttia.

Viidennellä kysymyksellä selvitettiin, oliko tarkistuslista lisännyt yhteistyötä poliklinikan ja osaston välillä. Pääsääntöisesti vastauksista kävi ilmi, ettei yhteistyö ollut lisääntynyt tai sen olemassa olosta ei tiedetä.

Ei, ei kunnolla otettu käyttöön.

Ainakin herättänyt keskustelua. Ei vielä näkyvyyttä potilastyössä. Osastolta ei ole tullut yhtään potilasta polille ohjaukseen.

Kuudennella kysymyksellä haluttiin tietää, oliko sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjaus kehittynyt tarkistuslistan käyttöönoton myötä. Poliklinikan kyselyyn vastanneista hoitajista yksi koki tarkistuslistan käyttöönoton kehittävän ohjausta. Pääsääntöisesti moni koki vaikeaksi kysymykseen vastaamiseen, koska tarkistuslista ei ollut ollut käytössä. Osaston kyselyyn vastanneista hoitajista neljä vastasi kieltävästi tai tyhjää, koska ei ollut tiennyt koko asiasta mitään, mutta kolme uskoi sen kehittävän, kunhan se saadaan juurrutettua käyttöön kunnolla.

Käyttö toistaiseksi niin vähäistä, ettei voi tähän ottaa kantaa. Kun aktivoidaan kaavakkeen käyttöä, varmaan ohjauksen johdonmukaisuus kohentuu.

Ei kokemusta vielä, uskon että varmasti hyötyä.

7.3 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Kehittämistoiminnan ollessa kyseessä, vaikuttaa aineistojen, menetelmien ja tulosten luotettavuuteen kaikkien toimijoiden sitoutuminen. Luotettavuuden takia olisi tärkeää tietää, jos toimijat eivät ole osallistuneet kehittämiseen jossain vaiheessa, sillä silloin virhemahdollisuus kasvaa. (Toikko & Rantanen 2009, 124.)

Kehittämistoimintaan liittyy kysymykset ihmisen oikeuksista, asemasta sekä yhteiskunnan ja yhteisöjen velvollisuuksista, vastuista ja toimintatavoista. Näistä on säädetty lait ja asetukset. On olemassa paljon erilaisia normeja ja kannanottoja, joiden tarkoituksena on saada sitoutumaan kehittämiseen ja samalla lisättyä tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Eettiset ohjeet ja suositukset tukevat yksilöiden ja yhteisöjen laissa säädettyjä oikeuksia tuomalla niiden arvoperustan esiin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43.) Tutkimus ja kehittämistoimintaa säätelevät sekä kansalliset, että kansainväliset normit (Heikkilä ym. 2008, 469). Terveystieteiden eettinen neuvottelukunta on julkaissut paljon säädöksiä, joista yksi on oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Näiden eettisten arvojen määrätietoinen läpikäyminen auttaa kaikkia osapuolia muistamaan, että loppujen lopuksi huolehditaan ihmisen hyvästä ja tasavertaisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1.)

Ammattikorkeakoulujen kehittämistyössä ja tutkimuksissa tulee noudattaa tieteellisen toiminnan periaatteita. Sen lisäksi tutkijaa sitovat ammattieettiset periaatteet. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulee tarkoin miettiä, mitä halutaan kehittää, mitä asiaa haluaa edistää tai mikä on tavoite. Tutkimuksella ja kehittämistoiminnalla ei saa loukata tai väheksyä kehtään ja kehittämisen pitää olla potilaan hyväksi. Näitä asioita joutuu miettimään eettisestä näkökulmasta, kun suunnittelee haastattelukysymyksiä, tutkimuksen rajausta tai tutkimusongelman määrittelyä. (Heikkilä ym. 2008a, 43-44.)

Lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä pitää arvioida, sillä väärin tietolähteiden valinta voi vääristää tai ohjata kehittämistä. Kriittinen suhtautuminen lähteisiin luo eettistä turvallisuutta. Kehittämistoiminnassa tutkimusaineiston luotettavuuden arviointi on hyvin keskeistä, jotta eettisyys toteutuu. Koko prosessin eteneminen pitää perustua huolellisuuteen ja rehellisyyteen. Jotta tutkimuksella saavutettu tieto saadaan käyttöön ja kaikkien tietoon, vaatii se hyvää, perusteltua raportointia. Tutkimuseettinen neuvottelukunta valvoo etiikan toteutumista ja on luonut myös tutkimuseettiset ohjeet. (Heikkilä ym. 2008a, 44-46.)

Lääketieteellisen tutkimuksen eettisyyttä ohjeistamaan on julkaistu Helsingin julistus 1964, joka sopii myös hoitotyön tutkimuksen ohjeeksi. Siinä otetaan kantaa tutkimustyön perusteisiin, haavoittuviin ryhmiin, tutkimussuunnitelman arviointiin, potilasturvallisuuteen ja -oikeuksiin. Tämän lisäksi on olemassa hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet, joissa ohjeistetaan tutkittavan oikeuksista ja tutkijan velvollisuuksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173-176.)

Haastattelua tehdessä pitää muistaa, että hoitohenkilökuntaa koskee samat tutkittavien oikeudet kuin potilaitakin eli heiltä pitää saada suostumus haastatteluun ja tutkimukseen osallistumiseen. Hoitotyöntekijä voi kieltäytyä haastattelusta. Siihen vaikuttaa se, miten hän ymmärtää ammatillisen velvollisuutensa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 291-292.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan ammatin kehittäminen on yksi sairaanhoidajan velvollisuuksista. Hoitotieteellisen tutkimuksen avulla voidaan kehittää hoitotyötä, koulutusta ja hallintoa. Tutkimukseen tarvitaan tietoa ammattilaisilta, joten tähän perustuen jokaisen yksittäisen hoitajan velvollisuus on osallistua ammatin kehittämiseen toimimalla itse tiedon antajana. Jokainen kuitenkin päättää itse osallistumisestaan tutkimukseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 291-292.)

8 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksen aineistoa kerättiin Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikan ja sisätautien vuodeosaston sellaisilta työntekijöiltä, joilla oletettiin olevan eniten kokemusta ja tietoa sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksesta. Tällä varmistettiin mahdollisimman luotettavan tiedon

saanti nykytilanteesta, käytänteistä ja kehitystarpeista. Tietoa haettiin myös aiemmin tehdyistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Lähteiden valinnassa otettiin huomioon lähdemateriaalin tuoreus ja tutkimusten soveltuvuus tämän tutkimuksen tueksi.

Hyvin valmisteltu teemahaastattelurunko mahdollisti monipuolisen tiedonsaannin. Kytän (2017) mukaan kyselylomakkeen tuleekin olla hyvin suunniteltu, jotta saadaan vastauksia oikeasta aiheesta. Huolellinen suunnittelu helpottaa myös analyysin tekoa (Hiltunen 2017). Myös hoitajien vastaaminen oli mielekkäämpää, kun kysymykset olivat etukäteen tiedossa. Ne hoitajat, jotka olivat saaneet kysymykset ajoissa etukäteen, kykenivät vastaamaan monipuolisesti, kun taas joillekin kysymykset oli annettu haastattelupäivän aamuna, jolloin aikaa miettimiselle ei juurikaan ollut jäänyt ja näin ollen vastauksetkin olivat suppeita tarkentavista kysymyksistä huolimatta.

Koska toisen ihmisen oppimistyyliä on vaikea etukäteen tunnistaa ja vain harva oppii asioita ainoastaan yhdellä tietyllä tyylillä, on hyvä yhdistellä montaa tyyliä ja näin varmistaa, että asia tulee ymmärretyksi (Eloranta & Virkki 2011, 50-53). Nykytilan kartoituksen yhteydessä tuli hyvin ilmi, että sekä osastolla että poliklinikalla hyödynnetään aina sekä visuaalista että audittiivista oppimistyyliä samaan aikaan. Myös ohjauksen tasavertainen vuorovaikutuksellisuus oli oivallettu hyvin. Jotta potilas ymmärtää ohjauksen kautta annettavan uuden tiedon ja taidon mahdollisimman hyvin, on ohjaajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen oltava hyvää. Ohjaajan taitoihin vaikuttaa hänen omat kokemuksensa ja näin ollen ohjaaja voisi olla vaikka vain tiedonjakaja. (Eloranta & Virkki 2011, 50-51.) Tämän opinnäytetyön työryhmän kaikki jäsenet selkeästi tiedostivat tasavertaisen ja molemminpuolisen vuorovaikutuksen tärkeyden ja haastattelujen perusteella myös toimivat niin.

Haasteita kehittämistoimintaan toi hoitajien vaihtuvuus eri haastattelukerroilla. Juurruttamisen ideana on, että työstetään kehittämistä yhdessä hyvän ja avoimen vuorovaikutuksen avulla. Luottamus ja avoimuus syntyy, kun saavutetaan hyvä "me-henki". Tällaisen ilmapiirin saavuttaminen on kuitenkin vaikeaa, jos ryhmän kokoonpano muuttuu koko ajan. Se vaatii työryhmältä ja sen johdolta sitoutumista asiaan. Jos työryhmän jäsenet vaihtuvat usein, saattaa sitoutuminen kehittämistyöhön olla vaikeaa tai motivaatio siihen puuttua kokonaan, koska se ei omalla kohdalla ole pitkäjänteistä toimintaa. Ora-Hyytiäisen ym. (2012, 23-24) mukaan esimies voi kuitenkin omalla toiminnallaan edesauttaa sitoutumista prosessiin pitämällä prosessia esillä työyhteisössä ja antamalla aikaa sen työstämiseen.

Palautteen perusteella vain murto-osa vastanneista käytti tarkistuslistaa. Tarkistuslista on periaatteessa runko siitä, mitä kaikkea tulee ohjata sydämen vajaatoimintapotilaan kohdalla. Harjolan ja Remeksen (2008) mukaan sydämen vajaatoiminta on yksi tavallisimpia sairaalaan tulosityitä ja näin ollen myös merkittävä kustannusten lisääjä. Tutkimuksen mukaan (Eriksson &

Partanen 2005) Sairaanhoidajan ohjaustaidoissa on puutteita riippumatta työpaikasta ja jopa kardiologisella osastolla työskentelevistä vain puolet koki omaavansa hyvät ohjaustaidot. Näihin tietoihin peilaten olisi jokaisen hoitajan hyvä pohtia omaa osaamistaan ja motivaatiota.

Yhteisissä tapaamisissa työyhteisön jäsenet olivat selkeästi motivoituneita kehittämään yhteistyötä poliklinikan ja osaston välillä, mutta kuitenkin palautteen perusteella vain harva oli alkanut käyttää tarkistuslistaa. Mattilan (2008, 37) mukaan muutos tarkoittaa luopumista vanhasta ja luo siksi epävarmuuden tunnetta. Myös epäluulo vaivannäöstä saatavaan hyötyyn saattaa aiheuttaa muutosvastarintaa (Mattila 2008, 53). Palautteen mukaan muutamat hoitajat kuitenkin olivat pohtineet uuden toimintatavan toimivuutta ja olivat sitä mieltä, että kunhan se tulee kunnolla tavaksi kaikille, niin se on varmasti hyvä käytäntö.

Työn onnistumisen ja jatkuvuuden edellytyksenä on että potilasta koskevat asiat kirjataan ja merkataan tarkasti ylös. Näin kirjattuihin asioihin voidaan palata myöhemmin uudestaan. Asiakirjat toimivat myös työntekijän apuvälineenä, jolloin niiden ajan tasalla pitäminen on tärkeää. Tällaiset asiakirjat helpottavat myös eri hoitopaikkojen välistä yhteistyötä. (Laaksonen ym. 2011, 10-11.) Tarkistuslistan käyttö ja kopiointi osastolta poliklinikalle ja potilaalle on siis erityisen tärkeää, koska kyseistä listaa ei potilastietojärjestelmässä ole ja haastattelujen perusteella poliklinikka ja osasto kirjaavat eri paikkoihin, jolloin tiedon löytäminen on haastavaa.

Kaikkea ei voi mitata mittarein eikä aina saada selville todellisia syitä, jotka ovat vaikuttaneet lopputulokseen (Kananen 2012a, 81). Tämän prosessin aikana ei arviointikyselyn perusteella saatu näyttöä yhteistyöstä eikä uuden toimintatavan juurtumisesta, mutta kehittämissyö ei siltin ollut turhaa. Ora-Hyytiäisen (2012, 26) mukaan sovitun toimintamallin juurtumisen sijaan voikin löytyä jokin muu tapa toimia, kun keskustellaan ja oivalletaan asia toisella tavalla. Yhteiset tapaamiset toivat tutuksi kaikille osapuolille, miten kukin on toiminut tähän asti ja herätti paljon hyvää ja rakentavaa keskustelua tämänhetkisestä toiminnasta ja tarvittavista kehityskohteista. Jatkokehittämiskohteiksi mainittiin muun muassa yhtenäinen ohjausmateriaali ja ohjaustapa, kirjaaminen sekä yhteistyön parantaminen poliklinikan ja perusterveydenhuollon kanssa.

Lähteet

Kirjat

Ahonen, O., Makkonen, A. & Pihkala, L. 2012. Käytännön esimerkkejä juurruttamisesta ja sen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohjan yksikkö.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, A. & Syväoja, P. 2008. Sairauksien hoitaminen. Terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, A. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen. Terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2012a. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kiilavuori, K. 2011a. Liikunta ja sydämen vajaatoiminta. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Kiilavuori, K. 2011b. Vajaatoimintapotilaan liikunnan aloitus ja vasta-aiheet. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY

Lommi, J. 2008a. Sydämensiirto vajaatoiminnan hoitona. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. 2008b. Sydämen vajaatoiminnan aiheuttajat. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. & Partanen, L. 2011. Vajaatoiminnan hoidon ja seurannan keskeiset periaatteet. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Mattila, P. 2008. Otollinen tilaisuus. Miten tarttua muutokseen. Helsinki: Talentum.

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

Oksanen, J. 2014. Motivointi työväliseenä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Partamies, S. & Ahonen, O. 2012. Oppiminen juurruttamisessa. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohjan yksikkö.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vauhkonen, I & Holmström, P. 2014. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus. Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Artikkelit

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajat. Viitattu 27.2.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

Boyde, M., Tuckett, A., Peters, R., Thompson, DR., Turner, C. & Stewart, S. Learning style and learning needs of heart failure patients. 2009. Viitattu 13.3.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19520614>

Eriksson, E. & Partanen, L. 2005. Sairaanhoidajien tiedot vajaatoimintapotilaiden ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö Vol.3 No.1, 4-9.

Faris, R.F., Flather, M., Purcell, H., Poole-Wilson, P.A. & Coats A.J.S. 2012. Diuretics for heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD003838. Viitattu 19.3.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003838.pub4/full>

Harjola, V.P. & Remes, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan epidemiologia ja etiologia. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikari, H., Nieminen, S.M. & Peuhkurinen, K. Kardiologia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.4.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04502&p_selaus=16600

Jokinen, J.J., Mildh, L., Taal, G., Raivio, P., Suojaranta-Ylinen, R., Lommi, J., Sipponen, J. & Lemström, K.B. 2011. Sydämen ja verenkierron mekaaninen tuki aikuisilla. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.4.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/quest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99797

Kiilavuori, K. 2015. Liikunta sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Lääkärilehti 36/2015, 2242-2245. Viitattu 20.3.2016.

<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/liikunta-sydamen-vajaatoiminnan-hoidossa/>

Kupari, M. 2008. Sydämen vajaatoiminnan kliininen kuva ja diagnostiikka. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikari, H., Nieminen, S.M & Peuhkurinen, K. Kardiologia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.4.2016.

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04502&p_selaus=16600

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede Vol. 17 no 5.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö Vol.6 No.4, 10-15.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. POTILASOHJAUKSEN HAASTEET. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 10-11. Oulun yliopisto. Viitattu 14.1.2017.

http://www.ppsHP.fi/instancedata/Prime_Product_Julkaisu/Npp/Embeds/16315_4_2006.Pdf

Lommi, J. 2015. Sydämen vajaatoiminnan omahoito. Suomen lääkirilehti 36/2015, 2246-2253. Viitattu 5.4.2016. <http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL362015-2246.pdf>

Lommi, J., Nieminen, S.M. & Harjola, V.P. 2008. Sydämen vajaatoiminnan hoito. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikari, H., Nieminen, S.M. & Peuhkurinen, K. Kardiologia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.4.2016.

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04502&p_selaus=16600

Partanen, L. 2011. Ruokasuolan välttäminen. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007, 98. Viitattu 28.3.2016. http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf

Sibbald, S.L., Wathen, C.N., Kothari, A. & Day A.M.B. 2013. Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study. Journal of the Medical Library Association. Apr2013, Vol. 101 Issue 2, p128-137. 10p. 3 Charts. Viitattu 18.2.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634376/>

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa - Opas käytäntöihin. 4/2004, 19-22. STAKES. Viitattu 7.2.2017.

https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf?sequence=1

Tamminen, J. & Metsävainio, K.M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 48/4, 338-342. Viitattu 7.1.2016.

http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

THL. 2013. Vanhuspalvelulaki - pykälästä toiminnaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Ohjaus 14/2013. Viitattu 20.4.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1

Tilvis, R. & Antikainen, R. 2015. Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito. Lääkirilehti 9/2015. Viitattu 20.3.2016.

<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sydamen-pitkalle-edenneen-vajaatoiminnan-palliatiivinen-hoito/>

Tuomisto, L. 2010. Lähetä erikoissairaanhoidon - siirtykö oleellinen tieto? Lääkärilehti 50-52/2010, 4157. Viitattu 27.2.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/ajassa/paakirjoitukset/lahete-erikoissairaanhoidon-siirtyko-oleellinen-tieto/>

Ukkonen, A.E. 2016. Sana on vapaa - narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. FinJeheW 8/2016, 123-124. Viitattu 27.2.2017.

<http://journal.fi/finjehew/article/view/58107>

Van Durme, T., Macq, J., Anthierens, S., Symons, L., Schmitz, O., Paulus, D., Van den Heede, K. & Remmen, R. 2014. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. BMC Health Services Research 2014, 14:179. Viitattu 19.2.2017.

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-179>

Vehko, T., Aalto, A.M., Sainio, S. & Sinervo, T. 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. Lääkärilehti 38/2016, 2348-2356. Viitattu 26.2.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/potilaiden-tyytyvaisuus-terveysasemien-palveluihin/>

Virjo, I., Mäkelä, K., Aho, J., Kalliola, P., Kurunmäki, H., Uusitalo, L., Valli, M. & Ylinen, S. 2013. Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkuua yhä. Lääkärilehti 36/2013, 2208-2212. Viitattu 26.2.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/tiedonkulku-erikoissairaanhoidosta-terveyskeskukseen-takkuua-yha/>

Internet-lähteet

Belisario, J.S.M., Huckvale, K., Greenfield, G., Car, J. & Gunn, L.H. 2013. Smartphone and tablet self management apps for asthma. Viitattu 27.2.2017.

<http://onlinelibrary.wiley.com/nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD010013.pub2/full>

Biotronik. 2009. Tärkeää tietoa vajaatoimintatahdistimestasi. Sydänrytmihoito. Potilasesite. Viitattu 18.4.2016.

[http://www.biotronik.com/files/A2B9B34091E550AAC1257A1600450673/\\$FILE/Patientbrochure_CRT_FI.pdf](http://www.biotronik.com/files/A2B9B34091E550AAC1257A1600450673/$FILE/Patientbrochure_CRT_FI.pdf)

Duodecim lääketietokanta. 2016. SIMDAX 2,5 mg/ml inf konsentr, liuosta varten. Viitattu 20.4.2016. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Erikoissairaanhoidolaki. 1989/1062. Finlex. Viitattu 18.4.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Hiltunen, L. 2017. Metodina kyselytutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 4.1.2017.

<http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/kyselytutkimus2.pdf>

HUS. 2012. Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Strategia 2012-2016. Viitattu 3.4.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>

HUS. 2016a. HUS-tietoa. Viitattu 3.4.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>

HUS. 2016b. Lohjan sairaala. Viitattu 3.4.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/Sivut/default.aspx>

HUS. 2016c. Sairaanhoidoalueet. Viitattu 3.4.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoidoalueet/Sivut/default.aspx>

HUS. 2016d. Sisätautien poliklinikka. Viitattu 5.4.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/poliklinikat/Sivut/Sis%C3%A4tautien-poliklinikka.aspx>

HUS. 2016e. Sisätautien vuodeosasto 4A. Viitattu 5.4.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/osastot/Sivut/Sis%C3%A4taudit-4A.aspx>

Härkönen, S. 2013 Tarkistuslista - sairaanhoitajan työkalu potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyö (YAMK). Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.1.2017. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59395/Sari%20Harkonen.pdf?sequence=1>

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 19.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=22FA659366B04C7BEEA6CFD54E814997?id=nix02109>

Kalema, T. 2015. Sairaanhoidon tiedonkulun ja erikoissairaanhoidon hoitopalautteiden laatu ja puutteet. Tutkielma 2/2015, 6. Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn-fi-uef-20150182/urn_nbn-fi-uef-20150182.pdf

Kananen, M.L. 2012b. Leiko-toiminnan käynnistäminen moniammatillisena yhteistyönä. Viitattu 18.2.2017. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47492/Kananen_Marja-Liisa.pdf?sequence=1

Kansanterveyslaki. 1972/66. Finlex. Viitattu 18.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kettunen, R. 2016. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Koponen, R. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. POTILAAN TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN VUODEOSASTOLTA. Viitattu 14.1.2017. <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B2B8DBB53-44BB-49D8-921F-C820F0917A43%7D/33833>

Krooninen sydämen vajaatoiminta (CHF). 2016. Orion. Viitattu 5.4.2016. <http://www.orionsydan.fi/sydamen-vajaatoiminta/sydamen-vajaatoiminta/mita-sydamen-vajaatoiminta-on/krooninen-sydamen-vajaatoiminta-CHF/>

Kuntalaki. 410/2015. Finlex. Viitattu 18.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>

Kvist, T., Kemppainen, V., Kiema, M. & Miettinen, H. 2013. Hoitotyön suositus - yhteenve-to. Hotus. Viitattu 11.3.2016 http://www.hotus.fi/system/files/Syd%C3%A4men_%20vajaatoimintapotilaan_oma_hoito.%20Tiivistelm%C3%A4.pdf

Kyttä, M. 2017. Kyselylomake. Aalto Yliopisto. Viitattu 3.1.2017. http://maa.aalto.fi/fi/midcom-serveattachmentguid-1e4c412ed7fda28c41211e4a9f76d5ade012ed92ed9/4_kyselylomake.pdf

Käypä hoito. 2014. Kohonnut verenpaine. Viitattu 5.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010>

Käypä hoito. 2017. Sydämen vajaatoiminta. Viitattu 21.3.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113#s1>

- Laaksonen, M., Kääriäinen, A., Penttilä, M., Tapola-Haapala, M., Sahala, H., Kärki, J. & Jäppinen, A. 2011. Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. THL. Viitattu 26.2.2017.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79866/d68ab232-88fc-4478-8c21-91164a177a1a.pdf?sequence=1>
- Laitinen, H. 2016. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Academic dissertation. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Viitattu 27.2.2017.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96218/978-951-44-9583-0.pdf?sequence=1>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012/980. Finlex. Viitattu 20.4.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Finlex. Viitattu 20.4.2016.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20>
- Nieminen, A. 2010. Kohti paperitonta potilaskertomusta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 27.2.2017. <http://atk-paivat.fi/2010/Nieminen.pdf>
- Nieminen, M. & Agge, E. 2016. Uusi apuväline syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjaukseen. Sairaanhoitajat. Viitattu 2.1.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/2016/muistanko-kaiken-syopalaakehoitoa-saavan-potilaan-ohjauksessa/>
- Oppinäytetyön ohjaajan käsikirja. 2017. JAMK. Viitattu 5.2.2017.
<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/>
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajat. Viitattu 31.3.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1. 2001. Etene. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Viitattu 5.4.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/2001+julkaisu+Oikeudenmukaisuus+j+ihmisarvo+suomalaisessa+terveydenhuollossa.pdf/5aba3674-c031-44c7-a20b-074b07b85a9c>
- Suomen perustuslaki. 1999/731. Finlex. Viitattu 18.4.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- SPHY. 2016. Mitä on palliatiivinen hoito? Viitattu 20.3.2016.
http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/
- Tampereen yliopisto. 2017. Yksityisyys ja tietosuojat. Viitattu 18.2.2017.
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>
- TENK. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 18.2.2017. <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- THL. 2014. Sydän ja verisuonitautien yleisyys. Viitattu 3.4.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelun runko

Teema 1

OHJAUKSEN TOTEUTUS

1. Millaisia ohjausta edistäviä tekijöitä tunnistatte työssänne / yksikössänne?
2. Millaisia ohjausta estäviä tekijöitä tunnistatte työssänne / yksikössänne?
3. Miten koette ohjauksen toteutuvan tällä hetkellä yksikössänne?
4. Miten koette ohjauksen toteutuvan tällä hetkellä yksikössänne osaston ja poliklinikan välillä?
5. Mikä vuodeosaston ja poliklinikan välisessä ohjauksessa on onnistunutta?
6. Mitkä kohdat erityisesti koette haasteelliseksi ohjauksen loogisessa jatkumisessa?
7. Kuinka paljon käytätte aikaa ohjaukseen ja koetteko sen riittäväksi?
8. Mitä asioita olette kokeneet hyväksi käytännöksi?

Teema 2

OHJAUKSEN SISÄLTÖ

1. Mitä asioita käytte ohjauksessa läpi?
2. Mitä puutteita tai ongelmia koette tämän hetkessä ohjauksessa?
3. mitä hyvää / vahvaa koette tämän hetkessä ohjauksessa?
4. millaisia asioita potilaan tulee hallita ohjauksen perusteella?

Teema 3

OHJAUSTAIDOT

1. Millaisena koette yksikkönne ohjaustaidot?
2. Miten yksikössänne huomioidaan potilaiden erilaiset oppimistyyliä ennen ohjausta ja ohjaustilanteessa?
3. Miten vuorovaikutukseen on panostettu yksikössänne?
4. Millaista vuorovaikutus on parhaimmillaan ohjaustilanteessa?
5. Kuinka tällä hetkellä koette huomioivanne potilaan kriisin vaiheet suhteessa ohjaukseen?

Teema 4

OHJAUSMENETELMÄT:

1. Millaisia ohjausmenetelmiä teillä on käytössä tällä hetkellä?
2. Millaista ohjausmateriaalia käytätte tällä hetkellä?
3. Koetteko jonkin ohjausmenetelmän muita parempana ja miksi?
4. Mitkä kriteerit vaikuttavat ohjausmenetelmän valinnassa?
5. Millaisia kokemuksia teillä on ohjausmenetelmistä?
6. Onko jokin ohjausmenetelmiin liittyvä asia, johon toivoisitte muutosta?

Liite 2: Haastattelun Saatekirje

20.4.2016

SAATEKIRJE

Arvoisa työyhteisön jäsen,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää, miten sydämen vajaatoimintapotilaita ohjataan osastolla ja poliklinikalla. Tavoitteena on luoda uusi toimintatapa potilasohjaukseen, jossa huomioidaan ohjausmenetelmät ja ohjaussisältö. Tutkimuksen aihe on annettu Lohjan sairaalan sisätautien poliklinikalta yhteistyössä sisätautien vuodeosasto 4A:n kanssa. Nykytilannetta kartoitamme teemahaastattelun avulla. Haastattelun ajankohdasta sovitaan erikseen osastonhoitajan kanssa, joka informoi siitä työyhteisöä.

Toivomme työyhteisöstä löytyvän henkilöitä, jotka voisivat ystävällisesti kertoa potilasohjauksesta meille liitteenä olevien kysymysten pohjalta. Tässä lähetämme teille alustavasti tutustuttavaksi haastattelussa käytettävät kysymykset. Haastattelu on vapaaehtoista ja täysin luottamuksellinen. Kenenkään henkilötietoja ei tule missään vaiheessa julki ja tuloksista ei erotu kenenkään vastauksia. Haastattelun avulla rakennetaan nykytilan kartoitus, jonka pohjalta työyhteisöt valitsevat itse kehittämiskohteen. Kehittämiskohdetta suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä. Työyhteisön osallistuminen tähän on tärkeää kehittämisen kannalta, koska se palvelee hoitajien omaa työtä onnistuessaan.

Kiitos yhteistyöstä!

Sairaanhoitajaopiskelija

Laura Luoma

laura.luoma@student.laurea.fi

Sairaanhoitajaopiskelija

Annika Alander

annika.alander@student.laurea.fi

Ohjaava opettaja

Anne Makkonen

anne.2.makkonen@laurea.fi

Ohjaava opettaja

Liisa Ranta

liisa.ranta@laurea.fi

Liite 3: Aineiston luokittelu, poliklinikka

	Yläluokka/-luokat	Alaluokka/-luokat
Toteutus	Materiaali	Tarkistuslista Kirjalliset ohjeet
	Aika	Riittävä ohjausaika Kiire Resurssipula
	Henkilöstö	Yhteistyö Resurssipula Ohjauksen pitäjä
	Dokumentointi	HOI-lehti/kirjaus Tarkistuslista
	Jatkuvuus	Yhteistyön puute osaston kanssa Yhteistyön puute perusterveydenhuoltoon
Sisältö	Tarkistuslista	Lääkehoito Oireiden seuranta Omahoito Omaseuranta
	Asiantuntijuus	Erikoisosaaminen Ammatti
Taidot	Ohjaus	Arvot Vuorovaikutus Oppimistyyli Tasavertaisuus
	Koulutus	Henkilökohtainen osaaminen Kehitys
Menetelmät	Yksilöohjaus	Kirjallinen Suullinen Puhelinohjaus
	Muut ohjausmuodot	Tiedonpuute

Liite 4: Aineiston luokittelu, osasto

	Yläluokka/-luokat	Alaluokka/-luokat
Toteutus	Materiaali	Kirjallinen Suullinen Tarkistuslista
	Aika	Kiire Aikataulutus
	Jatkuvuus	Tiedonkulku Yhteistyön puute
	Potilas	Kriisivaihe Muut sairaudet Motivaatio
Sisältö	Sydämen vajaatoiminta	Määritelmä Syyt
	Tarkistuslista	Vähäinen käyttö Elämäntavat Kolesteroli Verenpaine Lääkitys Seksuaalisuus Omaseuranta Omahoito Ravitsemus Suolan käyttö Nestetasapaino Painon seuranta
Taidot	Ohjaus	Vuorovaikutus Tasavertaisuus
	Hoitajat	Työkokemus Ammattitaito
Menetelmät	Yksilöohjaus	Kirjallinen Suullinen Puhelinneuvonta Manuaalinen ohjaus
	Muut menetelmät	Aika rajoittaa

Liite 5: Palautekysely

20.1.2017

ARVIOINTILOMAKE

Kysely koskee tarkistuslistan ottamista käyttöön työyhteisössä sekä sen vaikutuksia. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin huolellisesti. Vastaukset käsitellään luottamuksella sekä anonyymisti.

1. Työskentelen:

Poliklinikalla ____

Osastolla ____

2. Miten tarkistuslista on otettu käyttöön yksikössäsi?

3. Miten tarkistuslistan käyttö on muuttanut potilastyötä?

4. Ovatko potilaat antaneet palautetta tarkistuslistan käytöstä? Jos ovat, millaista?

5. Onko tarkistuslista lisännyt yhteistyötä poliklinikan ja osaston välillä?

6. Koetko sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen kehittyneen tarkistuslistan käyttöönoton myötä?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 6: Palautekyselyn saatekirje

20.1.2017

SAATEKIRJE

Arvoisa työyhteisön jäsen,

Olet osallistunut osana opinnäytetyötämme uuden toimintatavan juurruttamiseen työyhteisössasi. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselyyn 31.1.2017 mennessä. Kyselyn tarkoituksena on arvioida uuden toimintatavan juurtumista työyhteisöön ja sen vaikutuksia potilasohjaukseen.

Vastaukset käsitellään anonyymisti ja luottamuksella.

Kiitos yhteistyöstä!

Sairaanhoitajaopiskelija

Laura Luoma

laura.luoma@student.laurea.fi

Sairaanhoitajaopiskelija

Annika Alander

annika.alander@student.laurea.fi

Ohjaava opettaja

Anne Makkonen

anne.2.makkonen@laurea.fi

Ohjaava opettaja

Liisa Ranta

liisa.ranta@laurea.fi

Liite 7: Nykytilan kuvaus, osasto

Nykytilan kuvaus, Osasto

- Vajaatoimintahoitajan antaman ohjauksen pääalueet.:

Sydämen vajaatoiminnan patofysiologian pääpiirteet, potilaan taudinkuva, lääkehoito, painon seuranta, suola- ja nesterajoitus, liikunta, harrastukset, matkustaminen ja seksi, tupakka ja alkoholi, rokotukset, vajaatoiminnan vaikeutumisen varhainen havaitseminen sekä ohjeet yhteydenotosta hoitavaan tahtoon. (Lommi 2006; Kiema, Meinilä, Heikkilä & Ylönen 2015.)

	Ohjauksen toteutus	Ohjauksen Sisältö	Ohjaustaidot	Ohjausmenetelmät
T O T E U T U S	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjallinen materiaali potilaalle -> Tarkennetaan tietoja myöhemmin - Hyvä ohjausmateriaali - Käytössä ohjauskaavake (muistilista) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kolesterolit - Verenpaine - Lääkitys - Seksuaalisuus - Omaseuranta - Omahoito - Muistilista käytössä 	<ul style="list-style-type: none"> - Riippuu ammattitaidosta ja työkokemuksesta - Vuorovaikutus tasaverstaista, paitsi kiireessä 	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjallinen -> Saa kotiin, siihen voi palata - Suullinen - Puhelinneuvonta tukena - Manuaalinen ohjaus (pistosohjaus) - Vähän videoita - Kuvamateriaalia
H A A S T E	<ul style="list-style-type: none"> - Kiire - Potilas ei motivoitunut - Muu sairaus (dementia) - Kriisivaihe - Hoidon jatkuvuus -> Tiedon kulku - Ei juurikaan yhteistyötä poliklinikan kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> - Ei systemaattista muistilistan käyttöä 	<ul style="list-style-type: none"> - Kiireessä ohjauksen vuorovaikutus ei tasaverstaista -> Hoitaja sanelee - Potilaan kriisi estää ohjauksen onnistumista 	<ul style="list-style-type: none"> - Aika rajoittaa menetelmien käyttöä

Liite 8: Nykytilan kuvaus, poliklinikka

Nykytilan kuvaus, poliklinikka

	Ohjauksen toteutus	Ohjauksen Sisältö	Ohjaustaidot	Ohjausmenetelmät
T O T E U T U S	<ul style="list-style-type: none"> - Hyvä materiaali - Ohjaus toteutuu pääsääntöisesti hyvin - Toteutus vaihtelee riippuen pitäjistä - Ohjausaika 1h -> Riittävä - Muistilista - Tiedostetaan estäviä ja edistäviä tekijöitä (aika, resurssipula, millainen ohjauspaikka, materiaalin laatu) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ohjaukskaavake muistilistana - Kaikki käydään läpi paitsi lääkärin vastaanoton jälkeen tai uudelleen käynnin yhteydessä: <li style="padding-left: 20px;">*lääkehoito <li style="padding-left: 20px;">*oireiden seuranta <li style="padding-left: 20px;">*omahoito <li style="padding-left: 20px;">*omaseuranta - Asiantuntijuus vahvuus 	<ul style="list-style-type: none"> - Hyvä kaikilla - Arvot kohdillaan - Tasavertaista, kaksisuuntaista - Huomioidaan potilaan kriisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Yksilöohjaus <li style="padding-left: 20px;">*kirjallinen <li style="padding-left: 20px;">*suullinen <li style="padding-left: 20px;">*puhelinohjaus - Koetaan riittävänä näin - Hoitaja ennakoi tilanteen (nuori/vanha) ja valitsee menetelmän sen perusteella - Käytössä pääsääntöisesti sydänliiton materiaalia Sydänliitto: Sydämen vajaatoimintaopas Novartis: Seuraa sydämesi ääntä
H A A S T E	<ul style="list-style-type: none"> - Ei yhteistyötä osaston kanssa - Hoidon jatkuvuus puuttuu osaston ja poliklinikan väliltä sekä poliklinikan ja terveyskeskuksen väliltä - Lääkärin vastaanoton jälkeen kiire ohjata -> Materiaali käteen ja uusi ohjausaika? - HOI-lehti osaston käytössä? - Yhteinen kirjaus puuttuu 	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjaus puutteellista - Mittarit ei juurikaan käytössä (vajaaravitsemusmittari) 	<ul style="list-style-type: none"> - Oppimistyylejä ei huomioida paljoa - Kaivataan koulutusta vuorovaikutukseen -> Tukea ja vahvistusta itselle 	<ul style="list-style-type: none"> - Ei tietoa erilaisista yksilöohjauksessa käytettävistä ohjausmenetelmistä