

Niklas Grönqvist, Mervi Lappi, Jyri Riihiluoma

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN OHJAUS ENNEN SYDÄMEN VARJOAINEKUVAUSTA JA SEN JÄLKEEN

Opinnäytetyö
Ensihoidon koulutusohjelma

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät Niklas Grönqvist Mervi Lappi Jyri Riihiluoma	Tutkinto Ensihoitaja (AMK)	Aika Kesäkuu 2019
Opinnäytetyön nimi Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus ennen sydämen varjoainekuvausta ja sen jälkeen		55 sivua 12 liitesivua
Toimeksiantaja Haartmanin sairaala / Päivystysosasto		
Ohjaaja Leena Kosunen		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistutkimuksena yhteistyössä Haartmanin sairaalan päivystysosaston kanssa. Kehitystyön tarkoituksena oli tuottaa osastolle tarkistuslista ja kotiutumislomake sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen. Työn tavoitteena oli kehittää yhtenäinen käytäntö sepelvaltimotautipotilaiden ohjaukseen varjoainekuvausten yhteydessä ja sen jälkeen. Tarvetta kehitystyölle lisäsi osaston työntekijöiden toimenkuvan muutos, tästä johtuen kotiuttamisesta vastaa useampi hoitaja. Lisäksi tarkistuslistaa ja kotiutumislomaketta voidaan käyttää uusien työntekijöiden perehdytyksessä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön perustaksi on tehty kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Prosessin aluksi määriteltiin katsauksen tarkoitus, jonka pohjalta määrittyivät tutkimusongelma ja -kysymykset. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä on sepelvaltimotautipotilaan ohjaus sydämen varjoainekuvausten yhteydessä? ja Mikä on oleellinen tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen tiedollinen sisältö ja runko?</p> <p>Tämän jälkeen tehtiin kirjallisuushakuja aikaisempiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja muodostettiin kokonaiskuva aihealueesta. Työssä on hyödynnetty tutkimustietoa ja teoreettista aineistoa, joka vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tätä aineistoa on käytetty tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen laatimisen tukena. Opinnäytetyön lopputuloksena syntyi kaksi tuotosta: Tarkistuslista – koronaangiografiapotilaan ohjaus sekä koronaangiografiapotilaan kotiutumislomake. Tarkistuslista parantaa entisestään potilasturvallisuutta ja yhtenäistää toimintatapoja.</p> <p>Jatkossa voisi olla hyvä tutkia, miten tarkistuslista on auttanut ohjaustilanteissa ja onko tarpeen muuttaa listan sisältöä. Muita jatkotutkimuksen aiheita voisivat olla tarkistuslistan tai kotiutumislomakkeen vaikutus potilaan itsehoitoon tai se, miten tässä kehittämistyössä asetetut tavoitteet riittävien edellytysten tarjoamisesta hyvään itsehoitoon tai hoitoon sitoutumisen edistämisestä ovat toteutuneet.</p>		
Asiasanat sepelvaltimotauti, koronaangiografia, potilasneuvonta		

Authors	Degree	Time
Niklas Grönqvist Mervi Lappi Jyri Riihiluoma	Bachelor of Health Care	June 2019
Thesis title		
Patient education before and after coronary angiography for patients with coronary artery disease	55 pages 12 pages of appendices	
Commissioned by		
Haartman Hospital / Emergency Ward		
Supervisor		
Leena Kosunen		
Abstract		
<p>This thesis was commissioned by the Haartman Hospital Emergency Ward. The objective of this study was to compose a checklist and a patient discharge form to be used in education for patients with coronary artery disease. The aim of this study was to develop a uniform procedure for patient education for coronary angiography patients. Changes in the job specifications of the ward's staff have contributed to the fact that all nurses are responsible for patient discharge and patient education. The checklist and discharge form can also be used in the orientation of new employees. For these reasons the Haartman Hospital Emergency Ward had an obvious demand for the above-mentioned end products.</p>		
<p>A descriptive literature review was used as the basis for this thesis. First, the objective of the literature review was set, after which the following research questions were defined: What is patient education for coronary angiography patients? and What is the essential informational content and structure of a checklist and patient discharge form? Literature searches of existing studies were done and a general picture of the topic was formed. In this study, research information and theoretical material answering the research questions was utilized. This material formed the basis for the theoretical framework of this study, which in turn, validated the contents of the checklist and the discharge form.</p>		
<p>The two end products of this study were a checklist and a discharge form to support nurse-driven patient education for patients with coronary artery disease. The checklist should promote patient safety and standardize educational procedures.</p>		
<p>One aspect for future research could be evaluating the effect of the implementation of the composed checklist and whether its' contents should be re-evaluated and modified. Other topics could be the effect of the checklist and discharge form on patients' self-care or how the aims of this study – providing sufficient prerequisites for adequate self-care and promoting treatment adherence amongst coronary angiography patients – have been met.</p>		
Keywords		
coronary artery disease, coronary angiography, patient education		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY	7
3	SEPELVALTIMOTAUTI JA SYDÄMEN VARJOAINEKUVAUS	8
3.1	Sepelvaltimotauti	8
3.1.1	Syyt	9
3.1.2	Oireet	10
3.2	Sydämen varjoainekuvaus	11
3.3	Sydämen varjoainekuvaukseen liittyvät toimenpiteet.....	15
4	POTILASOHJAUS	16
5	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	20
6	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS KEHITTÄMISTYÖN TUKENA.....	21
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	21
6.2	Tiedonhaku ja aineiston analysointi	21
7	KORONAARIANGIOGRAFIAPOTILAAN OHJAUS.....	25
7.1	Potilasohjaus ennen toimenpidettä ja sen jälkeen	25
7.2	Kolmas sektori ja vertaistuki.....	35
8	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	36
8.1	Kehittämistyö opinnäytetyönä	36
8.2	Tarkistuslista	37
8.3	Kotiutumislomake	38
8.4	Tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen ideointi ja suunnittelu	38
8.5	Tarkistuslistan tekeminen	39
8.6	Kotiutumislomakkeen tekeminen	42
9	POHDINTA.....	43

9.1	Tuotosten tarkastelu	43
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	44
9.3	Opinnäytetyön prosessin tarkastelu	44
9.4	Kehittämisideat ja jatkotutkimusehdotukset.....	46
LÄHTEET		47

Liite 1. Haartman Hospital Information Brochure

Liite 2. Haartmanin sairaalan päivystys- ja valvontaosaston omaisille. Omaisohje

Liite 3. Tutkimustaulukko

Liite 4. Tarkistuslista – Koronaariangiografiapotilaan ohjaus

Liite 5. Kotiutumislomake

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on syöpien lisäksi Suomen merkittävin kansansairaus, ja se luokitellaan sydän- ja verisuonisairauksiin, jotka kuormittavat eniten terveydenhuoltoa. Viimeisten vuosikymmenien aikana työikäisten miesten sairastuminen on ollut laskusuuntainen. (Kettunen 2018.) Vuonna 2013 sepelvaltimotautiin kuoli Suomessa 10 522 ihmistä. Viimeisen 50 vuoden aikana kuolleisuus sepelvaltimotautiin on vähentynyt, työikäisillä jopa 80 prosenttia. (Kuisma ym. 2017, 364.) Positiivisesta kehityksestä huolimatta, sydän- ja verisuonisairauksien osuus on Suomessa edelleen suuri muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna (Kähkönen ym. 2012).

Euro Heart Index 2016 -raportissa Suomen sijoittuminen muihin Euroopan maihin verrattuna on hyvää tasoa sydänsairauksien hoitotoimenpiteiden osalta. Sekundaaripreventiossa, eli sydäntapahtuman jälkeisessä ennaltaehkäisyssä, Suomi sijoittuu kuitenkin heikosti – samalle tasolle Romanian kanssa. (Garrofé ym. 2016.) Jopa kahdeksan kymmenestä sydäntapahtumasta olisi ehkäistävissä paremmalla primaari- ja sekundaaripreventiolla, eli ennaltaehkäisyllä ennen ja jälkeen sydäntapahtuman (Piepoli ym. 2016). Lisäksi vain hieman yli puolessa Suomen sairaaloista varmistetaan potilaan jatkohoito avohoidossa (Kähkönen ym. 2012). Sydän kuntoutukseen ohjaaminen ei nykyisellään toteudu hyvin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä huonosta tiedon siirtymisestä johtuen (Hekkala & Kytömäki 2018). Sydänpotilaiden ohjauksessa ja sydän kuntoutuksessa riittänee siis vielä kehitettävää, sillä näillä on näyttöön perustuen oleellinen merkitys sekundaaripreventiossa (Kähkönen ym. 2012).

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Haartmanin sairaalan päivystysosaston kanssa. Kyseisellä osastolla on lyhyet hoitajakset, keskimäärin 3 vuorokautta, koska siellä hoidetaan pääasiassa akuuttivaiheen potilaita. Haartmanin päivystysosasto ei ole profiloitunut minkään tietyn lääketieteen erikoisalan hoitoon, vaan osastolla hoidetaan lukuisia erilaisia sisätautisia sairauksia. Osaston henkilökunnalla ei tästä syystä ole syvempää erityisosaamista sydänpotilaiden hoidosta samalla tavalla kuin vaikkapa

kardiologisella vuodeosastolla tai sydänvalvontaosastolla. Lisäksi osastolla hyödynnetään sijaishenkilöstöä ja keikkaluonteista työtä tekeviä hoitajia. Osastolla on vakituisia hoitajia noin 80. Päivystysosastolla on myös ollut aiemmin käytettävissä sydänpotilaiden ohjaukseen erikoistunut sydänhoitaja, jonka toimenkuva on muuttunut. Näistä syistä osaston esimiestaho on tunnistanut erityisesti koronaariangiografiapotilaiden (sepelvaltimoiden varjoainekuvapotilaiden) ohjaamisen kehittämistarpeen.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa Haartmanin sairaalan päivystysosastolle tarkistuslista ja kotiutumislomake sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen sydämen varjoainekuvauksen yhteydessä. Työn tavoitteena on kehittää osastolle yhtenäinen käytäntö sepelvaltimotautipotilaiden ohjaukseen varjoainekuvauksen yhteydessä.

2 TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY

Tämä opinnäytetyö tehtiin Haartmanin sairaalan päivystysosaston toimeksiannosta. Haartmanin sairaalan toiminnot integroitiin tammikuusta 2019 alkaen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) alaisten HYKS Akuutin, HYKS Lasten ja nuorten sairauksien sekä HYKS Sisätautien ja kuntoutuksen palveluihin, jolloin Haartmanin sairaala siirtyi myös samalla erikoissairaanhoidon piiriin (HUS 2018).

HUS-kuntayhtymä tarjoaa erikoissairaanhoidon toimintoja yli 1,5 miljoonalle ihmiselle 24 jäsenkunnassaan. HUS:n alainen yliopistosairaala HYKS vastaa myös tietyiltä osin erityisvastuualueensa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Kymsote ja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä) ja jopa koko Suomen laajuisesta erikoissairaanhoidosta, esimerkiksi joidenkin vaativien hoitojen osalta, jotka on keskitetty sinne. (HUS-tietoa s.a.)

Haartmanin sairaala tarjoaa päivystysluonteista ja akuuttia sairaalahoitoa sekä geriatrasta kuntoutusta. Sairaalassa hoidetaan sisätauti-, kirurgisia (lieviä traumoja) ja psykiatrisia potilaita. (Liite 1.)

Haartmanin sairaalan päivystysosasto jakautuu kahteen eri toimintoon: 14+2-paikkainen päivystysosaston puoli, jolla hoidetaan seurantaa ja tutkimuksia tarvitsevia sydän- ja hengitysvaikeuksista tai infektiosta kärsiviä potilaita sekä 8-paikkainen valvontapuoli, jolla tarjotaan akuuttia valvontatason hoitoa erilaisista sisätautisista vaivoista kärsiville potilaille (liite 2).

3 SEPELVALTIMOTAUTI JA SYDÄMEN VARJOAINEKUVAUS

3.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimot eli koronaarivaltimot tuovat verta sydänlihakselle. Valtimot lähtevät aortan tyvestä. Sepelvaltimoja on kaksi. Vasen jakautuu kahteen päähaaraan ja oikea yhteen. Kummastakin lähtee runsaasti pieniä haaroja sydänlihakseen. Sepelvaltimoiden yhdyshaarat ovat pienet ja jonkin haaran tukkeutuminen johtaa herkästi sydänlihaskuolioon. (Nienstedt ym. 2014,190.)

Maamme merkittävimpiin kansansairauksiin kuuluu sepelvaltimotauti.

Sepelvaltimotauti rasittavat eniten terveydenhuoltoa sydän- ja verisuonisairauksista. Sukupuolella ei ole vaikutusta kuolleisuuteen sepelvaltimotaudissa. Viimeisten vuosikymmenien aikana miesten sairastuminen on vähentynyt. (Kettunen 2018.) Kroonista sepelvaltimotautia sairastavien erityiskorvattaviin lääkkeisiin oli oikeus vuoden 2013 lopulla laskettuna yhteensä 180 932 suomalaisella. Miehiä oli kokonaismäärästä 60%, ja yli 65-vuotiaita oli 119 326. Niistä, joilla oli diagnoosina iskeeminen sydänsairaus, oli työkyvyttömyyseläkkeellä noin 3 000 henkilöä. Naisten osuus oli alle kaksikymmentä prosenttia näistä. Sepelvaltimotautia sairastaa eniten vanhemmat ikäluokat. (Käypä hoito 2015.) Vuoden 2013 aikana sepelvaltimotautiin kuoli 10 522 henkilöä, mutta viimeisen 50-vuoden aikana on kuolleisuus kuitenkin sepelvaltimotautiin vähentynyt; työikäisissä jopa 80 %. (Kuisma ym. 2017, 364.)

Sepelvaltimotauti jakautuu oireettomaan alkuvaiheeseen, vakaaseen muotoon ja äkillisiin muotoihin. Stabiilissa eli vakaassa sepelvaltimotaudissa oireet johtuvat hapenpuutteesta sydänlihaksessa. Oireita ovat painava tai puristava kipu rintalastan takana tai keskellä rintaa. Kipu voi säteillä myös olkapäihin,

hartioihin, kaulaan, leukaan, lapaluiden väliin tai ylävatsalle. Vakaana sepelvaltimotautina voidaan pitää myös tilannetta, joka pysyy lääkityksen ja hoitotoimenpiteiden avulla oireettomana. Epävaka eli epästabili angina pectoris on vakaan tautimuodon ja sydäninfarktin välimuoto, jossa kipua rinnan alueella rasituksessa ilmenee vain vähän tai se ilmenee levossa, mutta kudostuhoa ei tule. (Alapappila ym. 2018, 7 – 8.)

Sepelvaltimotaudin todennäköisyyttä arvioidaan iän, sukupuolen ja rintakivun tyyppin perusteella. Jos taudin ennakkotodennäköisyys on pienempi kuin 15 %, selvitetään muita mahdollisia rintakivun syitä potilaskohtaisesti. Riskitekijöistä annetaan neuvontaa ja ohjausta ja oireiden jatkuessa ilman todettavaa syytä on harkittava erikoislääkärin konsultaatiota. Jos taas oireet ja suurentunut ennakkotodennäköisyys on (15 - 85 %), niin nämä viittaavat sepelvaltimotautiin ja tällöin tehdään kliininen rasituskoe. Jos sepelvaltimotaudin ennakkotodennäköisyys on erittäin suuri (yli 85 %), on harkittava sepelvaltimoiden varjoainetutkimusta tai toimintaa oman alueen hoitoketjun mukaan. (Kettunen 2018.)

3.1.1 Syyt

Sepelvaltimotaudissa sepelvaltimot ahtautuvat ja kovettuvat, mikä johtaa hapenpuutteeseen sydämessä eli iskemiaan (Sydänliitto 2017, 6 - 7). Tämä aiheutuu valtimonkovettumataudista eli ateroskleroosista, joka pitkälle edetessään ahtauttaa sepelvaltimoita (Kettunen 2018). Jos sepelvaltimo tukkeutuu, on vaarana sydänlihaksen kuolio eli sydäninfarkti (Sydänliitto 2019, 8). Yksikin ahtauma voi aiheuttaa verenkierron häiriintymisen ja hapenpuutteen osassa sydänlihasta (Kettunen 2018).

Sepelvaltimotauti on tapahtumasarja, jossa on kaksi vaihetta: rasvajuoste ja aterooma. Ateroomat eli rasvaplakit kehittyvät rasvajuosteista, kasvavat vaiheittain ja ahtauttavat sepelvaltimoa merkittävästi. Aterooma sisältää kolesteroliytimen, jonka erottaa valtimonontelosta kollageenikatto. Rasvaplakki saattaa herkästi tulehtua. Pitkään jatkunut tulehdus kerää kalkkeutumaa, eli kovettumaa. Mikäli aterooma ahtauttaa suonta riittävästi (> 50 %), sydänlihaksen hapenkulutus ylittää hapentarjonnan. Tästä on oireena

rasitusrintakipu. Rasitusrintakivun tulisi hellittää potilaan asettuessa lepoon, tai kun hän ottaa nitraattia. (Kuisma ym. 2017, 365 - 366.)

Ateroskleroosin keskeisin aiheuttaja on LDL-kolesterolin kertyminen valtimon sisäkerrokseen. Iän myötä kaikille kehittyy ateroskleroosia ja yksilölliset vaaratekijät määräävät ateroskleroosin kehittymisnopeuden. Yksilötekijöitä, joihin ei pystytä vaikuttamaan, ovat perimä, sukupuoli ja ikä. Aiheuttajat, joihin pystytään vaikuttamaan, ovat suuri LDL-kolesterolipitoisuus, pieni HDL-pitoisuus, tyypin II diabetes, kohonnut verenpaine ja tupakointi. (Airaksinen ym., 284.) LDL (ns. "paha kolesteroli") sisältää runsaasti kolesterolia kuljettaen sitä kudossoluihin. HDL (ns. "hyvä kolesteroli") puolestaan vähentää sitä. Suuri veren rasvapitoisuus ja varsinkin LDL-pitoisuus lisäävät ateroskleroosin vaaraa, HDL vähentää tätä. (Nienstedt ym. 2014, 410.)

Sepelvaltimotaudin tärkein vaaratekijä on ikä. Miehillä sukupuoli on voimakas vaaratekijä sepelvaltimotaudin kehittymiselle 75-ikävuoteen asti. Tämän jälkeen tauti on yhtä yleinen miehillä ja naisilla. (Kuisma ym. 2017, 364.)

3.1.2 Oireet

Sepelvaltimotaudissa oireena on yleensä rintakipu. Kipu ilmaantuu usein fyysisessä rasituksessa. Kipu voi olla rintakehällä puristavana tunteena tai se säteilee kipuna ylävatsalle, lapojen väliin, leukaan tai käsivarsiin. Kipu voi helpottua levossa ja nitrolääkkeellä muutamissa minuuteissa. Oire saattaa uusiutua samankaltaisena. (Kettunen 2018.)

Rintakipu, jossa on tämän kaltaisia oireita, kutsutaan nimellä angina pectoris. Tyypillistä kivulle juurikin on se, että se ilmaantuu fyysisessä tai henkisessä rasituksessa toistuvasti ja saman tyyppisesti, mutta lepo helpottaa oireita. Sepelvaltimotaudista aiheutuva kipu ei ole aina näin selvä oireista. Kipu voi sijaita ylävatsalla tai olla polttavaa. Ainoana oireena saattaa olla ainoastaan rasituksessa ilmaantuva ohimenevä hengenahdistus. Varsinkin iäkkäillä ja naisilla sepelvaltimotauti ei välttämättä oireile rintakipuna. Oireet voivat olla hyvinkin epämääräisiä, kuten pahoinvointia tai uupumista. (Kettunen 2018.)

Sepelvaltimotauti ei aina välttämättä ilmene angina pectoris -oireilla. Taudin primaari ilmeneminen voi olla myös sydäninfarkti. Sydäninfarktissa oireena on voimakas puristava rintakipu, joka ei helpotu levolla ja joka ei välttämättä mene nitrolääkkeelläkään ohitse muutamissa minuuteissa. Rinnan alueella ilmenevät kiputunteukset ovat yleisiä, mutta varsinkin nuorilla ja keski-ikäisillä, ne voivat aiheutua usein myös muista syistä. Jos seuraavia oireita ilmenee, niin kyse on usein muusta kuin sepelvaltimotaudista: kipu ilmenee lievänä ja ilmaantuu levossa, kivuista huolimatta liikkuminen onnistuu, kipuilu on kestoaltaan jopa päiviä, hengitys vaikuttaa kipuun tai kipu on terävää ja ilmenee suppeasti vasemmassa kyljessä. (Kettunen 2018.)

3.2 Sydämen varjoainekuvauus

Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa eli koronaariangiografiassa sepelvaltimoita kuvataan radiologisesti röntgensäteiden ja varjoaineen avulla. Kuvauksen avulla pyritään todentamaan mahdollinen sepelvaltimotauti, toisin sanoen mahdollisten ahtaumien määrä, sijainnit ja vaikeusasteet. Varjoainekuvauus edeltää sepelvaltimoiden pallolaajennusta tai ohitusleikkausta. Näin ollen ennen varjoainekuvauusta kardiologi arvioi potilaan soveltuvuuden näihin kajoaviin toimenpiteisiin. (Kervinen 2016.)

Sepelvaltimokuvaus tehdään paikallispuudutuksessa ja diagnostiset varjoainekuvaukset tehdään yleensä joko oikean tai vasemman puolen rannevaltimon (radialisreitti) tai reisivaltimon (femoralisreitti) kautta. Suoniyhteys saadaan punktioneuulla, jota myöten suoneen uitetaan vaijeri ja punktioneuula poistetaan. Vaijeria myöten valtimoon viedään sisäänviejäholkki, jonka kautta sepelvaltimon tyveen saatetaan varjoainekatetri. Sillä sepelvaltimoon ruiskutetaan varjoainetta ja valtimot kuvataan. (Yli-Mäyry 2011b, 63 - 65.)

Sepelvaltimot kuvataan yleensä siinä tapauksessa, että potilaan oireet eivät ole hallittavissa lääkkein tai tautia ei muuten voida varmuudella diagnosoida. Taulukossa 1 on lueteltu sepelvaltimokuvauksen aiheet. Yleensä potilaalle on ennen sepelvaltimoiden kuvausta tehty ainakin rasisuskoe, ellei kysymyksessä

ole akuutti sydäninfarkti, jolloin toimenpide tehdään kiireellisenä välittömästi.
(Yli-Mäyry 2011a, 62 - 63.)

Taulukko 1. Sepelvaltimokuvauksen aiheet (mukaiillen Yli-Mäyry 2011a, 62)

Vakaa sepelvaltimotauti (stabiili angina pectoris)	Rintakipua tavallisissa päivittäisissä toimissa lääkityksestä huolimatta
Epävakaa sepelvaltimotauti (epästabiili angina pectoris)	Suuret vaaran merkit (seerumin tromponiinisuus, ST-välin muutokset) => kuvaus 72 tunnin kuluessa
	Suuria vaaran merkkejä ei ole => kuvaus myöhemmin / lisätutkimusten jälkeen
Akuutti sydäninfarkti	Sepelvaltimoiden kuvaus ja tukkoon menneen suonen pallolaajennus. Jos toimenpidettä ei voida tehdä, STEMI-potilaalle annetaan liuotushoito.
Muiden sydänsairauksien yhteydessä	Ennen läppäleikkausta
	Toistuva keuhkopöhö ilman muuta syytä
Rintakivun syyn selvittäminen	Rintakivun syy ei ole selvinnyt kajoamattomissa tutkimuksissa.
	Rintakipuoire yhdistettynä ns. riskiammattiin, kuten lentäjä tai kuljettaja
Rytmihäiriöt	Tajunnanhäiriöitä rasituksessa
	Eteisperäinen rytmihäiriö ja siihen liittyvä sydänlihaksen hapenpuute
	Kammiotakykardia
	Sydänpysähdys, josta potilas on elvytetty

Kiireettömissä tapauksissa ennen sepelvaltimokuvausta käydään läpi potilaan oireet ja anamneesi, jossa selvitetään allergiat, erityisesti varjoaine- ja lateksiallergiat, diabetes, munuaisten vajaatoiminta, perifeerinen valtimotauti, vuotoriskiä lisäävät sairaudet tai äskettäin tehdyt leikkaukset ja toimenpiteet, aiempi sydämen katetrointi, sepelvaltimokuvaus tai pallolaajennus, aiemmat sydän- ja verisuonileikkaukset sekä lääkitys, erityisesti antikoagulanttihoito ja verihiutaleisiin vaikuttavat lääkkeet. Potilaalle tehdään kliiniset tutkimukset,

otetaan EKG (rytmi, johtumishäiriöt, iskeemiset muutokset, Q-aallot, vasemman kammion hypertrofia), thoraxröntgen ja sydämen ultraäänitutkimus sekä laboratoriotutkimukset (PVK anemian ja trombosyyttien tutkimiseksi, P-Krea munuaisten toiminnan arvioimiseksi, P-Gluk, PHbA1c, kolesteroli sekä sydämen vajaatoimintaepäilyssä P-ProBNP tai P-BNP ja varfariinipotilailla INR). (Ylitalo & Rissanen 2016, 252 - 253.)

Edellä mainittuja tutkimuksia tehdään riskien minimoimiseksi. Tutkimusten mukaan kahtatuhatta sydänkatetrisaatiotutkimusta kohti menehtyy keskimäärin kaksi potilasta (Yli-Mäyry 2011c, 65.) Varjoainekuvaukseen liittyy muun muassa munuaisvaurion riski, koska varjoaineena käytetty jodi poistuu munuaisten kautta. Riskiä lisäävät munuaisten vajaatoiminta, korkea ikä (> 75-v), sydämen vajaatoiminta, diabetes, vaikea akuutti infektio, anemia ja sydänperäinen sokki. Myös antikoagulanttihoito on otettava huomioon vuotoriskin minimoimiseksi. Toisaalta antikoagulanttihoiton keskeytys lisää tukosriskiä, joten INR-arvo täytyy tietää tuoreeltaan ennen kajoavaa tutkimusta. (Ylitalo & Rissanen 2016, 252 - 253).

Tutkimuspäätöstä tehdessä on otettava huomioon myös muut mahdolliset komplikaatiot. Valtimoyhteyden muodostamiseen liittyy ongelmia. Nivusvaltimo voi olla mutkainen tai kalkkinen, tai se voi sijaita syvällä, jolloin suoneen ei välttämättä heti osuta ja valtimon ja laskimon välille voi syntyä fisteli, joka täytyy sulkea kirurgisesti. Pistokohtaan, valtimon seinämään saattaa muodostua pseudoaneurysma, joka tavallisesti paranee itsestään, mutta joskus se täytyy korjata kirurgisesti. Varjoainekatetri voi myös irrottaa sepelvaltimon seinämästä kalkkia, joka saattaa tukkia suonen kokonaan. Tällaisessa hätätilanteessa tehdään välittömästi pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Suonen seinämästä irronnut kalkki tai hyytymä voi kulkeutua myös aivoihin aiheuttaen aivoverenkiertohäiriöitä. Tutkimuksen aikaiset lisälyönnit ja rytmihäiriöt ovat myös mahdollisia. Vakavia rytmihäiriöitä voi aiheutua, jos varjoainekatetri ohjautuu sivuhaaraan eikä varjoaine mahdukaan suoneen ja alkaa kertyä sydänlihakseen. Tällöin rytmi palautetaan defibrillaatiolla. Erittäin harvinainen, mutta vakava komplikaatio syntyy, jos tutkimuskatetri tekee reiän sydänlihakseen tai sepelvaltimeen. Sydänpussiin

kertyy verta (tamponaatio), jolloin tehdään välitön leikkaus tai perikardiumpunktio. Sydänkatetroinnin komplikaatiot on lueteltu taukukossa 2. Tutkimukseen liittyvät vaarat kerrotaan potilaalle ennen toimenpidettä. (Yli-Mäyry 2011c, 65 - 66.)

Taulukko 2. Sydänkatetroinnin komplikaatiot (mukaillen Yli-Mäyry 2011c, 66)

Yliherkkyysoireet	Puudute
	Varjoaine
Pistokohta	Verenpurkauma (hematooma)
	Laskimo-valtimoyhteys (fisteli)
	Valtimon seinämäpullistuma (pseudoaneurysma)
	Hermosärky
	Puutumisoire
	Verenvuoto vatsaonteloon (retroperitoneaalivuoto)
Rytmihäiriöt	Ohimenevä hidaslyöntisyys (yleinen)
	Harvallyöntisyys ja verenpaineen lasku (vasovagaalinen kohtaus, melko yleinen)
	Eteisperäinen rytmihäiriö
	Eteis-kammiokatkos
	Kammiotakykardia
	Kammiovärinä (hyvin harvinainen)
Kuvaukseen liittyvät	Munuaisten toimintahäiriö
	Suonen seinämärepeämä (dissekaatio)
	Sydänlihaksen reikä (ruptuura)
	Sydänpussin verikertymä (effuusio, tamponaatio)
	Aivoverenkierroshäiriö
	Kuolema

Sepelvaltimokuvaus voidaan tehdä osalle potilaista polikliinisesti: potilas saapuu kuvauspäivän aamuna sairaalaan ja hän kotiutuu samana päivänä iltapäivällä tai illalla. Mikäli potilaan vointia halutaan tarkkailla ennen toimenpidettä tai hoitoratkaisuja arvioida vielä tarkemmin, hänet pyydetään sairaalaan jo edeltävänä päivänä.

Potilas ohjeistetaan ennen toimenpidettä; hän saa kirjallisena tiedot tutkimukseen valmistautumisesta, tutkimuksen kulusta pääpiirteissään sekä tutkimuksen jälkeen huomioitavista asioista. Kuvauksen jälkeen lääkäri antaa arvion jatkohoidosta selostaen löydökset. (Yli-Mäyry 2011a, 62 - 63; HUS 2017.)

3.3 Sydämen varjoainekuvaukseen liittyvät toimenpiteet

Varjoainekuvauksen perusteella saatetaan päätyä pallolaajennustoimenpiteeseen. Varjoainekuvauksen perusteella voidaan päätellä toimenpiteen tarpeellisuus ja soveltuvuus. Pallolaajennushoito (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) soveltuu lähinnä lievien valtimokovettumataudin muutosten hoitoon. Indikaationa voidaan pitää ahtaumaa, joka antaa hemodynaamisesti merkitseviä oireita. Tukoksen täytyy olla lisäksi PCI:hin soveltuvalla suonialueella. Pallolaajennus tehdään tyypillisesti varjoainekuvauksen yhteydessä. (Manninen 2005, 659.)

PCI:ssä sepelvaltimokuvauksessa käytetty katetri poistetaan ja vaihdetaan ohjainkatetriin, joka on riittävän väljä ja tukeva, jotta sitä myöten voidaan uittaa johtovaijeri eli niin sanottu kara tukosalueen läpi. Karaa myöten kohteeseen saadaan laajennuspallo. Laajennuspallo täytetään varjoaineella niin, että se laajenee ja suonessa oleva plakki painautuu suonon seinämiin. Näin virtaus suonessa saadaan palautettua. (Kivelä 2011, 288 - 289.)

Valtaosassa pallolaajennuksista ahtaumakohtaan asennetaan lisäksi stentti eli tavallisimmin ruostumattomasta teräksestä valmistettu verkkoputki, jonka päällä olevasta polymeerikerroksesta vapautuu uudelleen tukkeutumista

ehkäisevää lääkettä. Lisäksi stentti mekaanisesti estää suonien palautumista ennalleen. (Ylitalo 2006, 122 - 123.)

Ahtaumakohdan ohittavaan, muualta elimistöstä otettavaan verisuonisiirteeseen eli ohitusleikkaukseen puolestaan päädytään, mikäli sepelvaltimotauti on laaja-alainen, ahtaumat on vaikea hoitaa pallolaajenuksella tai sepelvaltimotaudin ennuste muuten edellyttää ohitusleikkausta. Jokaisen potilaan tilanne arvioidaan yksilöllisesti. (Kivelä 2011, 293 - 294.)

4 POTILASOHJAUS

Ohjauksen perusta ja merkitys

Potilaan hoitoon sitoutuminen vaatii riittäviä taitoja sekä ymmärrystä omasta sairaudesta ja tilanteesta (Kyngäs & Hentinen 2009, 41). Kummelin (2008) tutkimuksen mukaan ohjauksella voi olla mielekkäitä vaikutuksia elektiivisessä leikkauksessa olleiden miesten alkoholin käyttöön sekä naisten liikunnan harrastamiseen ja toimintakykyyn. Lisäksi ohjauksella voi olla vaikutusta myös kiireellisesti leikattujen miespotilaiden ja vanhempien ohitusleikattujen liikunnan harrastamiseen. (Kummel 2008.) Toisessa tutkimuksessa todetaan, että potilasohjauksella voi olla myönteinen vaikutus potilaan elämänlaatuun sekä terveydenhuollon kustannuksia säästävä vaikutus (Brown ym. 2012).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määritellään potilaan oikeus saada selvitys muun muassa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä miten ne vaikuttavat (5. § 1. mom.). Jotta varmistutaan oikeuden toteutumisesta, on potilaan ymmärrettävä riittävällä tasolla saamansa selvitys, ja tarvittaessa tuleekin huomioida esimerkiksi tulkin tarve (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5. § 2. mom.). Lisäksi hoitotyötä ohjaavat suositukset korostavat tehokkaan viestinnän sekä potilasohjauksen tärkeyttä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ohjaa terveydenhuollon laatua ja varmistaa potilasturvallisuutta sillä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja riittävä pätevyys tai muuta riittävää ammatillista pätevyyttä sekä

ammattitoiminnan muut edellyttämät valmiudet. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

Ohjauksen perustana tulee olla myös etiikka. Potilasohjauksen eettiset kysymykset liittyvät yleensä potilaan oikeuksiin, yksilöllisyyteen ja vapauteen. Ohjauksessa onkin tärkeää ottaa huomioon se, miten voidaan edesauttaa potilaan hallintaa omaan elämäänsä, suojella potilaan yksityisyyttä ja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

Hyvä potilasohjaus on taloudellista, ja se säästää kuluja kaikilta osapuolilta potilaan hoitoprosessissa. Hoitohenkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen on jatkuvaa tietojen päivittämistä. Henkilökunnan koulutukset, hyvä yhteistyö, ajankohtaiset hoito-ohjeet ja hoitosuositukset vahvistavat ohjaustaitoja. Suullisen ohjauksen lisäksi ja tueksi potilaat tarvitsevat ymmärrettäviä ja selkeitä kirjallisia ohjeita, jotta he voivat tutustua niihin ennen hoitoon tuloa ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen palauttaen mieleensä tärkeitä asioita sekä pystyen käsittelemään ohjeita läheistensä kanssa. (Lipponen 2014, 58 - 59.)

Usein potilaat pelkäävät, kun he joutuvat toimenpiteeseen (Lukkari ym. 2015, 131). Pelkoa voi aiheuttaa se, että potilas ei tiedä, millainen toimenpide hänelle tehdään (Heino 2005, 33). Potilasohjauksen on todettu olevan erittäin merkittävää nopeamman paranemisen kannalta. Potilaan tulee kokea luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Tätä saattaa olla vaikea luoda, koska kiireen keskellä ei potilaan tapaamiseen ole välttämättä tarpeeksi aikaa. Potilas kokee turvallisempaa tilanteen, jos hän on tavannut hoitajan ennen toimenpidettä. (Lukkari ym. 2015, 131). Pelon ja ahdistuksen lievennyskeinoja ovat potilaan kuunteleminen, ajan antaminen ja pelon syistä keskusteleminen. Potilasta on hyvä rohkaista kertomaan tuntemuksistaan. Potilaalle on myös hyvä kertoa toimenpiteestä ja sen kulusta. Ohjaus ja tiedon antaminen vähentävät potilaan pelkoa, jännitystä ja ahdistusta toimenpidettä kohtaan. Kosketuksella on myös rauhoittava vaikutus. Hoitajan ja lääkärin rauhallinen, määrätietoinen ja potilasta huomioiva käytös edistävät potilaan turvallisuudentunnetta. Pelkoa ja ahdistusta voi lieventää myös huumorin ja musiikin keinoin. (Heino 2005, 33.)

Onnistuneen hoitotyön kannalta on tärkeää, miten hoitaja kohtaa potilaan (Kettu 2007). Ketun (2007) tutkimuksessa, jossa oli haastateltu sairaanhoitajia (n = 168), havaittiin tärkeintä olevan hyvät ja rauhalliset tilat potilasohjaukseen. Niin ikään potilaan motivaatio omaa hoitoa kohtaan on tärkeä asia ja se saa myös sairaanhoitajan kokemaan työnsä tärkeänä. Jokaiseen potilaaseen tulee suhtautua tasavertaisesti ja vastavuoroisesti. Usein nämä taidot syntyvät ammattitaidon myötä ja siten parantavat preoperatiivista potilasohjausta. Potilasta ja tilannetta on osattava lukea. Tämä vaatii omanlaisensa herkkyyden hoitajalta potilaan kanssa kommunikoidessa. Vuorovaikutusta on lisäksi kosketus, eleet ja ilmeet. Nämä ovat myös tärkeä osa kokonaisvaltaista vuorovaikutusta. (Kettu 2007.)

Mitä potilasohjaus on?

Ohjaus on muun muassa hoitajan käytännöllistä opastuksen antamista ja potilaan toimintaan vaikuttamista. Nykyään ohjaus käsitetään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi potilaan elämän parantamisen kyvyn edistämiseksi hänen toiveidensa mukaisesti. Ohjaukseen vaikuttavat myös hoitajan ja potilaan taustatekijät, esimerkiksi omat tunteet, arvot sekä toiminta- ja ajattelutavat. Taustatekijöitä on esitelty laajemmin taulukossa 3. Ohjaussuhteen tulisi olla tasa-arvoinen ja vuorovaikutteinen. Ohjaus rakentuu potilaan tarpeille ja hänen terveytensä hoidon kannalta tärkeisiin seikkoihin – hoitajan ja potilaan onkin hyvä yhdessä tunnistaa ja määrittellä yksilölliset ohjaustarpeet. Onnistunut ohjaus edellyttää tavoitteiden määrittelemistä ja ohjauksen jatkuvaa arviointia niiden valossa yhteistyössä potilaan kanssa. Ohjauksessa on myös tärkeää ottaa huomioon potilaan entuudestaan tietämät asiat, millaista tietoa hän haluaa sekä parhaat edellytykset tiedon omaksumiselle. (Kynge ym. 2007, 25 - 27, 45, 47.) Potilasohjauksessa on tärkeää, että hoitaja kiinnittää huomiota omiin asenteisiinsa ja käytökseensä, sillä näillä on Tuomiston tutkimuksen (2013) perusteella vaikutus potilaan ja hänen omaistensa turvallisuuden tunteeseen. Ohjauksessa on samaisen tutkimuksen perusteella syytä huomioida potilaan omaiset entistä kokonaisvaltaisemmin ja yksilöinä.

Taulukko 3. Esimerkkejä asiakkaan ja hoitajan taustatekijöistä (Kyngäs ym. 2007)

TAUSTATEKIJÄT	
Fyysiset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> – Ikä – Sukupuoli – Sairauden tyyppi – Terveydentila
Psyykkiset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> – Terveysuskomukset – Kokemukset – Mieltymykset – Odotukset – Tarpeet – Oppimistyyli – Oppimisvalmiudet – Motivaatio
Sosiaaliset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> – Kulttuuritausta – Etninen tausta – Sosiaalisuus – Uskonnollisuus – Eettisyys
Ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> – Hoitotyön kulttuuri – Fyysinen ympäristö – Psyykinen ympäristö – Sosiaalinen ympäristö

Kirjallisuudessa esiintyy usein kolmea eri ohjaustyyliä. Hyväksyvässä ohjaustyyliässä kannustetaan ajatusten ja tunteiden läpikäyntiin, jotta potilas pystyisi ottamaan paremmin vastaan tietoa ja ohjausta. Kyseistä ohjaustyyliä on hyvä käyttää sairauden akuuttivaiheessa, kun potilas käy vielä läpi uutta tietoa sairaudestaan sekä siihen liittyviä tunteita ja tiedon vastaanottaminen on hankalampaa. Jos potilaan puheet ja teot eivät kohtaa, käytetään konfrontoivaa ohjaustyyliä. Tällä ohjaustyyllillä autetaan potilasta tunnistamaan edellä mainittu ristiriita. Katalysoivaa tyyliä taas käytetään silloin, jos potilaalla on väärää tai epätarkkaa tietoa hoidostaan tai jos hänen toiminnassaan on epävarmuutta. Tähän ohjaustyyliin kuuluu potilaan tiedon ja itsehoidon tason kartoittaminen kysymällä ja auttamalla häntä löytämään ongelmakohtat. (Kyngäs & Hentinen 2009, 101 - 103.)

Arvioiden mukaan potilas muistaa noin 75 % näkemästään ja noin kymmenesosan kuulemastaan. Jos taas yhdistetään näiden kahden aistin

käyttö, potilas voi muistaa jopa 90 % läpikäydyistä asioista. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Tästä syystä tässä opinnäytetyössä kehitetään suullisen ohjauksen mallin lisäksi kotiutumislomake. Sairaanhoidajien yleisimmin käyttämä ohjausmenetelmä on yksilöohjaus (Kääriäinen 2007). Tässä opinnäytetyössä luodaan myös yksilöohjaukseen pohjautuva malli, jossa sairaanhoitaja ohjaa yhtä potilasta kerrallaan hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Ryhmäohjausta käytetään muun muassa kolmannen sektorin vapaaehtoisryhmissä. Muita ohjauksessa käytettäviä menetelmiä ovat esimerkiksi tietotekniikka, puhelinohjaus, videot ja äänitallenteet. (Kyngäs & Hentinen 2009, 104, 116.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa Haartmanin sairaalan päivystysosastolle tarkistuslista ja kotiutumislomake sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen sydämen varjoainekuvauksen yhteydessä.

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää osastolle yhtenäinen käytäntö sepelvaltimotautipotilaiden ohjaukseen varjoainekuvauksen yhteydessä. Tarkistuslistan avulla pyritään varmistamaan laadukas ja tasalaatuinen ohjaus sekä tarjoamaan riittävät edellytykset hyvään itsehoitoon. Kotiutumislomakkeen avulla pyritään lisäämään potilaan hoitoon sitoutumista ja helpottamaan tiedonsaantia.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

Mitä on sepelvaltimotautipotilaan ohjaus sydämen varjoainekuvauksen yhteydessä?

Mikä on oleellinen tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen tiedollinen sisältö ja runko?

6 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS KEHITTÄMISTYÖN TUKENA

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön perustaksi on tehty kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Prosessin aluksi määriteltiin katsauksen tarkoitus, jonka pohjalta määrittivät tutkimusongelma ja -kysymykset. Tämän jälkeen tehtiin kirjallisuushakuja aikaisempiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja muodostettiin kokonaiskuva aihealueesta. (Salminen 2011, 3 - 8.)

Aineiston haussa keskityttiin ajantasaisiin ja erityisesti vertaisarvioinnin läpikäyneisiin tutkimuksiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen. Opinnäytetyön toteuttamiseksi valittiin aineisto, taulukossa 4 esitelyjen sisäänotto- ja poissulkukriteereiden mukaisesti. Sen pohjalta viimeaikainen tutkimustieto on kuvailtu tässä opinnäytetyössä tiivistetysti. (Ks. Stolt ym. 2016, 7 - 23.)

6.2 Tiedonhaku ja aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty tutkimustietoa ja teoreettista aineistoa, joka vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tätä aineistoa on käytetty tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen laatimisen tukena. Materiaalin pohjalta opinnäytetyöhön on laadittu teoriaosuus, joka pohjustaa ja perustelee tarkistuslistan sekä kotiutumislomakkeen sisältöä. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on listattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Aineiston julkaisuajankohta enintään kymmen vuotta sitten. Tästä on osittain poikettu; esimerkiksi, jos tuoreempaa tutkimustietoa ei ole.
	Väitöskirjat, pro gradu -tutkielmat, ylempien ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt, tieteelliset tutkimukset tai niihin perustuvat

	julkaisut tai kokemusasiantuntijuuteen perustuva kirjallisuus.
	Suomen- tai englanninkieliset
	Julkaisu on veloitusetta saatavilla sähköisessä muodossa, koulun tai lähellä sijaitsevassa kirjastossa.
	Aineiston otsikko, tiivistelmä tai johdanto viittaa siihen, että se on merkityksellinen tutkimuskysymyksiin vastausta etsittäessä.
Poissulkukriteerit	Pääsääntöisesti yli kymmenen vuotta vanhat teokset.
	Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt
	Vieraskieliset (paitsi englanti)
	Maksulliset julkaisut

Tähän opinnäytetyöhön aineistoa on etsitty sähköisillä tietokantahauilla sekä manuaalisesti kirjaston julkaisuja hyödyntäen. Hakusanat valikoituivat aihealueen ja hakukokeilujen perusteella pohtien, mitä tietoa opinnäytetyön pohjaksi halutaan. Tietokannoiksi valittiin:

Medic: Kotimainen terveystieteiden viitetietokanta, jota tuottaa Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko.

Cinahl: Hoitotyön ja hoitotieteen kattava kansainvälinen tietokanta.

PubMed: United States National Library of Medicinen ylläpitämä biolääketieteenalan tietokanta.

Lisäksi tietoa on haettu manuaalisesti:

Terveysportti: Kustannus Oy Duodecimin portaalipalvelu, jossa on runsaasti tietokantoja lääkäreille ja sairaanhoitajille sekä hoitosuosituksia, kirjoja, lehtiä ja sanastoja.

Finna: Hakupalvelu, joka sisältää tietoa Suomen kirjastojen, museoiden ja arkistojen aineistoista.

Google Scholar: Googlen tuottama hakupalvelu, jonka avulla voi etsiä tieteellisiä julkaisuja.

Tiedonhakuun käytetyt tietokannat ja hakusanat on listattu taulukossa 5.

Esimerkiksi hakulausekkeilla: “sepelvaltimotau* AND liikunta” sekä “coronary artery disease AND intervention AND physical activity AND nurs*” on löydetty aineistoa, joka antaa vastauksia liikunnan vaikutuksista sepelvaltimotautipotilaille. Vastaavasti alkoholin merkityksestä on etsitty tietoa hakulausekein: “coronary artery disease AND alcohol” sekä “coronary artery disease AND (patient education OR patient teaching OR intervention) and alcohol”. Lausekkeiden avulla on pyritty siihen, että hakutuloksia saadaan hallittavissa oleva määrä, mutta kuitenkin tarpeeksi halutun tiedon saamiseksi tutkimusaiheesta. Taulukosta on nähtävissä hakutuloksena saatujen aineistojen lukumäärät ja otsikon tai tiivistelmän perusteella tarkempaan analyysin valitut aineistot sekä lopuksi työhön sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti hyväksytyjen aineistojen määrät.

Taulukko 5. Tietokantahakujen tulokset

Tietokanta	Rajaukset	Hakusanat/-lauseke	Hakutulos	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella	Hyväksytty työhön
Medic	2014 - Vain kokoteksti	kotiutus	27	5	3	3
Cinahl	2014 - English Peer-Reviewed	coronary artery disease AND nurs* intervention AND medication	2	1	1	1
PubMed	2012 -	diet AND cardiovascular disease AND nordic	45	7	3	1
Medic	2014 - Vain kokoteksti	sepelvaltimotau* AND liikunta	4	1	1	1

Cinahl	2014 - English Peer- Reviewed	coronary artery disease AND intervention AND physical activity AND nurs*	4	1	1	1
PubMed	2014 -	coronary heart disease AND patient education AND effect	38	6	4	1
Medic	2014 - Vain kokoteksti	ruokavalio AND sydän	14	3	1	1
PubMed	2012 -	(patient education OR patient teaching OR intervention) AND nurs* AND coronary artery disease AND (nutrition OR diet)	43	1	1	1
PubMed	2008 - Review English	medical AND checklist AND patient AND health care AND quality	223	8	1	1
Medic	2004 - Vain kokoteksti	potilas AND ohjaus	78	4	4	4
Cinahl	2014 - English Peer- Reviewed	coronary artery disease AND (patient education OR patient teaching OR intervention) AND (smoking OR tobacco OR cigarette cessation)	79	4	2	2
Medic	2010 - Vain kokoteksti	coronary heart disease AND alcohol	79	2	2	2
Cinahl	2009 - English Peer- Reviewed	coronary artery disease AND (patient education OR patient teaching OR intervention) AND alcohol	39	1	1	1
Medic	2014 - Englanti Vain kokoteksti	acute coronary syndrome AND risk AND heart	32	3	2	2

Haun tuloksena löytynyt aineisto analysoitiin sisällön analyysiä mukaillen etsien tutkimuksissa toistuvia käsitteitä sekä eroja ja yhtäläisyyksiä näin muodostaen selkeän kokonaiskäsityksen keskeisimmistä teemoista. Aineistoa käytiin läpi systemaattisesti opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastausta etsien. Opinnäytetyössä hyödynnetyt tutkimukset ja niiden keskeiset tulokset on kuvattu liitteessä 3. (Ks. Stolt ym. 2016, 69.)

7 KORONAARIANGIOGRAFIAPOTILAAN OHJAUS

7.1 Potilasohjaus ennen toimenpidettä ja sen jälkeen

Potilaan ohjauksella ennen ja jälkeen sydämen varjoainekuvauksen ja siihen liittyvillä toimenpiteillä on suuri merkitys potilaan toipumisen kannalta. Hoitoon ja hoitoympäristöön liittyvät kielteiset kokemukset heikentävät paranemista. Hoitoon osallistuvilla henkilöillä on merkittävä asema potilaan tukijana ja auttajana. Potilaan saama informaatio lievittää pelkoja ja ahdistuneisuutta. (Lampi 2005, 42 - 43.)

Potilaan ohjauksessa on tärkeää saavuttaa hyvä hoitomyöntyvyys. Muun muassa lääkehoidon tärkeyttä ei voi turhaan korostaa potilaan kanssa keskusteltaessa. Eri aineistoissa jopa kolmannes potilaista oli laiminlyönyt säännöllisen lääkityksen. (Puurunen & Mustonen 2010.)

Varsinaisten hoitotoimenpiteiden rinnalla sepelvaltimotautia sairastaville potilaille on merkityksellistä, miten heihin ja heidän oireisiinsa suhtaudutaan. Potilaiden hoitotyytyväisyyteen ei niinkään vaikuta hoidon lääketieteellinen laatu, vaan heidän saamansa kohtelu. Tyytyväiset potilaat kokevat, että heitä kuunnellaan ja heille on kerrottu asioista tarpeeksi varhaisessa vaiheessa ymmärrettävästi ja huomioiden myös mahdolliset pelot sekä jännittäminen. On hyvin yleistä, että potilas tuntee pelkoa ja ahdistusta ennen toimenpidettä, joten sen huomioiminen ja siinä tukeminen on tärkeää. (Haarni & Alanko 2005, 116 - 117; Koivula 2002, 68.)

Teoksessa Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit (Lipponen ym. 2006, 10 - 16) on esitelty vaiheittainen ohjausprosessin malli osastohoidossa olevalle potilaalle. Tätä teosta hyödynnetään mukailen kaksivaiheisena mallina tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä kehiteltävästä mallista jätetään huomiotta sairaalaan tulovaiheen ohjaus, sillä se kuuluu päivystyspoliklinikan toimintaan, ja akuuttivaiheen ohjaus, sillä sen on kyseisessä teoksessa ajateltu kuuluvan tehohoidon jaksoon, jollaista ei toimeksiantavan päivystysosaston potilaiden hoitopolkuun juuri ikinä kuulu.

Lipposen ym. teoksessa esitellyn mallin pohjalta kehitetään Haartmanin päivystysoasastolle kaksivaiheinen ohjauksen malli, johon kuuluu ohjaus ennen tutkimuksia ja toimenpiteitä sekä toimenpiteiden ja tutkimusten jälkeisen vaiheen (selviytymis- ja kotiutumisvaihe) ohjaus. Ennen toimenpidettä annettavaan ohjaukseen tulisi sisällyttää lähinnä toimenpiteeseen ja siihen liittyviin riskeihin sekä toipumiseen liittyvää tietoa (Kähkönen ym. 2012). Toimenpiteen jälkeen lääkäri kertoo tutkimustuloksista ja hoitaja keskittyy tulosten ja jatkohoitosuunnitelman mukaiseen ohjaukseen hoidon jatkosta. Tässä vaiheessa ohjauksessa käydään läpi myös sairauden mukanaan tuomat vaatimukset elämäntapamuutoksille ja pohjustetaan potilaan itsehoitoon liittyviä asioita. Toimenpiteen jälkeisessä ohjauksessa käydään lisäksi läpi jatko- ja itsehoitoon sekä muun muassa sairauden hoitoon, elintapoihin, apuun ja selviytymiseen liittyviä asioita. (Lipponen ym. 2006, 14 - 15.)

Toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen liittyvä sisältö on valittu perustuen muun muassa sepelvaltimotaudin keskeisiin riskitekijöihin: tupakointi, korkea veren kolesteroli ja koholla oleva verenpaine (Puska & Ståhl 2010) sekä stabiilin sepelvaltimotaudin Käypä hoito -suosituksen (2015) sisältöön ja luetteloon tärkeistä asioista, joista potilaalla tulisi olla riittävä tietoa. Samat teemat toistuvat myös yleisesti tätä kirjallisuuskatsausta varten analysoidussa sepelvaltimotautiin liittyvässä kirjallisuudessa ja tutkimustiedossa.

Lääkehoito

Lääkehoidolla pyritään sepelvaltimotautipotilaan parempaan ennusteeseen ja elämänlaatuun sekä tautiin liittyvien oireiden lievenemiseen. Antitrombooteista eli verisuonitukoksia estävistä lääkkeistä asetyylihalisyylihappo, statiinit eli kolesterolilääkkeet ja osalla potilaista ACE:n estäjät (angiotensiinikonvertaasientsyymin estäjät) eli verenpainetta alentavat lääkkeet ovat yleisesti käytettyjä lääkkeitä, joilla on positiivinen vaikutus ennusteeseen kyseisellä potilasryhmällä ja jotka määrätään yleensä pysyviksi lääkityksiksi. (Ilveskoski & Airaksinen 2016a, 324; Ilveskoski & Airaksinen 2016b, 326.) Lääkkeet vaikuttavat oleellisesti sepelvaltimotautipotilaan hyvään ennusteeseen ja siksi onkin tärkeää, että potilas motivoituu ja sitoutuu

lääkehoitoon (Porela 2018, 337, 339). Terveystieteiden työntekijän antaman ohjauksen tavoite on potilaan hoitoon sitouttaminen ja hyvä tiedon välittäminen potilaalle. Yhtenäinen, selkeä ja ristiriidaton ohjaus on tärkeä potilaan lääkehoitoon sitoutumisen ja lääkehoidon turvallisuuden edellytys. (Inkinen ym. 2015.) Bogenerin ym. (2016) meta-analyysin tuloksissa mainitaan, että lääkehoidon ohjauksella oli kohtalainen lääkehoitoon sitoutumista nostava vaikutus sepelvaltimotautipotilailla. Samaisessa tutkimuksessa todetaan myös, että sairaanhoitajat voivat olla avainasemassa lääkehoitoon sitoutumisen edistämässä kyseisellä potilasryhmällä.

Verisuonitukoksia estävistä lääkkeistä käytetyin on asetyylisalisyylihappo, joka vähentää sydäninfarktin ja -kuoleman riskiä jopa viidenneksellä verrattuna lumelääkkeen saaneisiin. Mikäli potilas on allerginen kyseiselle lääkkeelle, voidaan vaihtoehtoisesti määrätä klopidogreeli tai uudempia lääkkeitä, kuten prasugreeliä tai tikagreloria. Näiden uudempien lääkkeiden tehosta ei kuitenkaan ole vastaavaa näyttöä. (Ilveskoski & Airaksinen 2016b, 326.) Esimerkiksi asetyylisalisyylihappoa ja klopidogreeliä voidaan myös määrätä samanaikaisesti (Stabiili sepelvaltimotauti 2015).

Taulukko 6. Antitromboottisia lääkkeitä (Pharmaca Fennica)

Antitromboottisia lääkeaineita ja niiden yleisimpiä kaupp nimiä	
Asetyylisalisyylihappo	ASA ®, Primaspan ®, Disperin ®
Klopidogreeli	Plavix ®, Clopidogrel KRKA ®
Prasugreeli	Efient ®
Tikagrelori	Brilique ®

Vaikka statiinien käytön vaikutuksesta ennen aikaisiin kuolemiin ei ole yksiselitteistä näyttöä, on olemassa näyttöä siitä, että naisilla ja iäkkäillä se voi pienentää riskiä sepelvaltimotapahtumiin sekä iäkkäillä jopa pienentää kokonaiskuolleisuutta (Aalto 2014, 49). Lisäksi on olemassa näyttöä statiinien käytön ennustetta parantavasta vaikutuksesta sepelvaltimotautipotilailla (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). LDL-kolesterolilla on yleisen käsityksen

mukaan selkeä yhteys verisuoniahtaumiin (Aalto 2014, 15). Käypä hoito -suosituksen mukaisesti statiinihoito aloitetaan kaikille sepelvaltimotautipotilaille veren LDL-kolesterolin pitoisuuksista riippumatta (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). Statiinihoidossa käytetään Suomessa atorvastatiinia, fluvastatiinia, lovastatiinia, pravastatiinia, rosuvastatiinia ja simvastatiinia (Statiinit 2018).

ACE:n estäjillä on tutkimusnäytön perusteella noin viidenneksen sydäntautitapahtumia vähentävä vaikutus vakaaoireista sepelvaltimotautia sairastavilla. ACE:n estäjien käyttöä harkitaan kunkin potilaan kohdalla hyötyjen ja haittojen mukaan (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). ACE:n estäjiä ovat mm. enalapriili, kaptopriili, kinapriili, lisinopriili, perindopriili, ramipriili ja tosofenopriili (Ruskoaho 2018a).

Aikaisemmin mainittujen lääkkeiden lisäksi sepelvaltimotautia sairastavalle voidaan määrätä beetasalpaaja (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). Beetasalpaajat hidastavat sydämen syketaajuutta, vähentävät sydämen supistumisvoimaa ja niillä on lisäksi verenpainetta alentava vaikutus. Beetasalpaajilla on kuolleisuutta ja sydäntapahtumien riskiä alentava vaikutus osalla merkittävästä sydämen vajaatoiminnasta kärsivistä sepelvaltimotautipotilaista. (Ilveskoski & Airaksinen 2016c, 327 - 328). Lisäksi beetasalpaajilla on hyvä oireita lievittävä vaikutus. Muita oireita lievittäviä lääkkeitä ovat muun muassa lyhytvaikutteiset nitraatit, esimerkiksi suihkeena annosteltava isosorbidinitraatti. Sepelvaltimotaudin hoidossa käytetään myös muun muassa kalsiumsalpaajia, pitkävaikutteisia nitraatteja ja ivabradiinia. Näiden käytön ennustetta parantavasta vaikutuksesta ei kuitenkaan ole olemassa yksiselitteistä laajempaa näyttöä. (Stabiili sepelvaltimotauti 2015.)

Liikunta

Nykyisen yleisen käsityksen mukaan pitkäaikainen fyysinen aktiivisuus vähentää sepelvaltimotautitapahtumien riskiä ja voisi olla oleellinen tekijä kuolleisuuden laskemisessa sepelvaltimotautipotilailla (Hagnäs 2018). Miettisen ja Mattilan (2014) kuvailemassa meta-analyysissä kokonaiskuolleisuus oli viidenneksen pienempi ja sydänkuolleisuus 26 %

pienempi liikunnalliseen kuntoutukseen osallistuneilla sepelvaltimotautipotilailla verrattuna muuhun hoitoon. Lisäksi liikunta vaikuttaa monella muullakin suotuisalla tavalla sepelvaltimotautipotilaan hoidossa, kuten vähentäen oireita, laskien koholla olevaa verenpainetta, nostaen HDL-kolesterolitasoa ("hyvä" kolesteroli (Mustajoki 2018)) sekä laskien LDL-kolesterolitasoa ("huono" kolesteroli (Mustajoki 2018)) veressä ja parantaen insuliiniherkkyyttä niin diabeetikoilla kuin sitä sairastamattomillakin (Laine & Laukkanen 2016, 1134). Liikunnan vähyys, kohonnut verenpaine, epäsuotuisat kolesterolitasot ja diabetes ovat keskeisiä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). Jorstadin ym. tutkimuksessa (2015) todetaan, että muun muassa painonhallinnan ja liikunnan ohjaus oli sairaanhoitajien kokemuksen mukaan tehottomampaa riskitekijöiden pienentämisessä kuin esimerkiksi kolesterolin ja verenpaineen hallintaan liittyvä ohjaus. Kyseisen tutkimuksen tulosten pohjalta voinee päätellä, että muun muassa liikunnan ohjaukseen ja sen sisältöön olisi hyvä kiinnittää huomiota.

Suomen Sydänliitto ry (2017) suosittelee liikuntaa, joka on teholtaan sopivaa ja oman kehon jaksamisen mukaista. Liikunta ei saisi tällöin aiheuttaa poikkeavaa väsymystä eikä oireita, ja sen tulisi olla virkistävää. Rasitus voi aiheuttaa hengenahdistusta, rinta- tai ylävatsakipua ja huonoa oloa. Silloin on syytä levätä ja ottaa oireenmukaisesti nopeavaikutteista nitrovalmistetta, ja jos nämä eivät auta, tulisi hakeutua välittömästi hoitoon. Esimerkiksi beetasalpaajat voivat aiheuttaa hitaampaa sykkeen kiihtymistä. Siksi onkin tärkeää muistaa rauhallinen aloitus, hyvä verryttely ennen suoritusta ja jäähdyttely liikunnan jälkeen. (Suomen Sydänliitto ry 2017.) Vantaalle on kehitetty sepelvaltimotautia sairastavan liikuntapolku Duodecimin, Sydänliiton, HUS:n ja Vantaan kaupungin yhteistyönä. Siinä esitellään vaiheittainen liikunnallinen kuntoutus ja ohjaus, joka koostuu sairaalavaiheen liikkumisen aktivoinnista (2 - 7 vuorokautta toimenpiteestä), toipilasvaiheesta (1 viikko - 3 kuukautta toimenpiteestä) ja kunnon ylläpitovaiheesta (toipilasvaiheen jälkeen). Sairaalavaiheen aktivointi sisältää fysioterapeutin ohjaaman sairaalakuntouksen, toipilasvaihe kevennettyä harjoittelua ja liikuntaa (RPE 10/20, ks. taulukko 7) ja kunnon ylläpitovaihe monipuolisempaa liikuntaa, jota

on kuvailtu seuraavassa luvussa. (Ks. Heinonen ym. 2015.) Potilaalle tulisi antaa ymmärrettävät kirjalliset ohjeet liikunnallisesta kuntouksesta. Lääkäri, hoitaja tai fysioterapeutti käy ne yhteisesti läpi potilaan kanssa ennen potilaan kotiutumista. (Hautala ym. 2016.)

Taulukko 7. Liikunnan rasittavuutta kuvaava asteikko (Suomen Sydänliitto ry 2017)

RPE-asteikko Miten rasittavalta liikkuminen tuntuu?	
6	ei juuri hengästymistä
7 erittäin kevyt	
8	
9 hyvin kevyt	
10	
11 kevyt / sallii laulun	
12	vähän hengästymistä
13 hieman rasittava / sallii puheen	
14	
15 rasittava / puusikututtaa	voimakasta hengästymistä
16	
17 hyvin rasittava	
18	
19 erittäin rasittava	
20	
RPE (Rating of Perceived Exertion) -asteikko, mukailleen Borg (1982)	

Sepelvaltimotautipotilaille suositellaan kestävyysliikuntaa kohtuullisella kuormituksella, toisin sanoen kevyesti hiostavaa liikuntaa, päivittäin tai ainakin useampana päivänä viikossa, vähintään puoli tuntia kerrallaan (Liikunta 2016; Niskanen 2011a, 95). Lihasvoimaharjoittelulla on tutkimusten mukaan myös positiivinen vaikutus sepelvaltimotaudin hoidossa (Laine & Laukkanen 2016, 1134). Suomen Fysioterapeutit ry suosittelee sepelvaltimotautipotilaille kunnon ylläpitovaiheessa hyöty- ja arkiliikuntaa mieluiten päivittäin puolesta yhteen tuntiin kerrallaan, kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa 20 - 60 minuuttia kerrallaan päivittäin tai ainakin useampana päivänä viikossa sekä kahdeksasta kymmeneen suurimpia lihasryhmiä kohtuullisesti kuormittavaa

lihaskuntoharjoittelua kahdesta kolmeen kertaan viikossa (Hautala ym. 2016). Epävakaata sepelvaltimotautia sairastaville ei kuitenkaan suositella liikuntaa (Niskanen 2011a, 95).

Ravitsemus ja painonhallinta

Sepelvaltimotaudin keskeisiä riskitekijöitä ovat tupakoinnin ohella korkea veren kolesteroli ja koholla oleva verenpaine (Puska & Ståhl 2010). Sekä epäedulliseen kolesterolitasapainoon että verenpaineeseen voidaan vaikuttaa suotuisasti elämäntapamuutoksilla, mukaan lukien muutokset ruokavalioon, ja nämä ovatkin ensisijaisia hoitomuotoja ennen lääkehoidon aloittamista (Kohonnut verenpaine 2014; Dyslipidemiat 2017). Ruokavalion ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta sydän- ja verisuonitauteihin on olemassa laadukasta näyttöön perustuvaa tietoa (Mäntylä 2015), ja terveellisellä ruokavaliolla on myös todettu olevan keskeinen merkitys valtimosairauksien ehkäisyssä (Syväne ym. 2014). Sydämelle terveellinen ruokavalio ei kuitenkaan edellytä erityisruokavalion noudattamista (Niskanen 2011c, 80), vaan erillisten ravintoaineiden sijaan kokonaisuus ratkaisee (Niskanen 2011b, 80). Saffin ym. (2014) tutkimuksessa todettiin, että hoitajan tarjoamalla elintapaohjauksella oli merkittävä vaikutus muun muassa painonlaskuun sepelvaltimotautipotilailla verrattuna verrokkiryhmään. Tutkimuksessa havaittiin myös yleisesti merkittävää sydän- ja verisuonitautien riskipisteytyksen pienenemistä hoitajan antaman potilasohjauksen myötä. (Saffi ym. 2014.) Potilasohjauksella voinee siis perustellusti todeta olevan tärkeä merkitys myös potilaan ravitsemukselle ja painonhallinnalle.

Hyväksi havaittu esimerkki ruokavaliomallista on muun muassa Välimeren ruokavalio, ja sen onkin todettu ehkäisevän sydän- ja verisuonisairauksia. Eräässä tutkimuksessa ruokavaliota noudattavaa ryhmää ohjeistettiin käyttämään runsaasti kasviksia ja hedelmiä, kalaa ja merenrantimäisiä useampana päivänä viikossa, palkokasveja ja vaaleaa lihaa punaisen sijaan. Myös oliiviöljyn ja pähkinöiden nauttimista kohtuudella suositeltiin. (Mäntylä 2015.) Pohjoismaalaisiakin vastineita Välimeren mallille on tutkittu, muun muassa pohjoismaista ruokavaliota (Andersen ym. 2013) ja Itämeren ruokavaliota (Kanerva 2014). Näiden kahden mallin yhteneväisestä sisällöstä

ja vaikuttavuudesta kokonaisuuksina ei kuitenkaan ollut kummassakaan tutkimustuloksessa yksiselitteistä näyttöä, joskin molemmissa nousi esiin lupaavia tuloksia yksittäisten ravintoaineiden osalta (Andersen ym. 2013; Kanerva 2014). Sydänliiton suosituksessa, johon viitataan myös stabiilin sepelvaltimotaudin Käypä hoito -suosituksessa (2015), ehdotetaan sydänpotilaille tavanomaista terveellistä ruokavaliota, johon sisältyy muun muassa runsas hedelmien ja vihannesten nauttiminen, täysjyvävalmisteet ja kuitupitoiset ruoat, tyydyttyneiden rasvojen korvaaminen tyydyttymättömillä eli pehmeillä rasvoilla sekä suolan vähentäminen (Pusa 2018b).

Lihavuus ja ylipaino ovat merkittäviä riskitekijöitä moniin pitkäaikaissairauksiin, myös sepelvaltimotautiin. Painonhallinta on siksi tärkeässä osassa taudin ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Liikunnan ja ruokavalion merkitystä painonhallinnassa on vaikeaa erottaa toisistaan, ja siitä syystä suositellaankin molempiin kiinnitettävän huomiota. (Huttunen 2018.)

Päihteiden käyttö

Kuten aiemminkin on jo mainittu, tupakointi on yksi merkittävimmistä sepelvaltimotaudin riskitekijöistä (Puska & Ståhl 2010). Vaaran (2017) väitöskirjatutkimuksessa todettiin tupakoinnin olevan niin merkittävä ennustekijä sepelvaltimotautiin verrattuna geneettiseen taipumukseen, että tupakoitsijoilla ei välttämättä pystytä ennustamaan sepelvaltimotautikohtausten toistuvuutta genetiikan perusteella, vaan nimenomaan tupakoinnin pohjalta. Toisin sanoen tupakointi on myös merkittävä riskitekijä sellaisille, joilla ei ole geneettistä taipumusta sepelvaltimotautiin. (Vaara 2017.) Jo yhdenkin tupakan polttaminen päivässä voi nostaa riskiä sepelvaltimotautiin melkein 40 prosentilla (Syväne 2016). Sepelvaltimotautipotilaille suositellaankin tupakoinnin lopettamista heti, kun se on mahdollista (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). Boekholdtin ym. (2019) tutkimuksessa todetaan, että menestyksekkäästi tupakoinnin lopettaneet sepelvaltimotautipotilaat ovat yleensä niitä, jotka lopettavat tupakoinnin heti sairaalajakson jälkeen. Tutkimuksessa suositellaan räätälöityä ja kattavaa potilasohjauksen sisältöä sepelvaltimotaudin sekundaaripreventiossa. (Boekholdt ym. 2019.)

Runsaasti alkoholia käyttävillä on todettu olevan kohtuukäyttäjiä korkeampi kuolleisuus iskeemisiin sydänsairauksiin (Sundell 2010). Alkoholin liikakäyttö vaikuttaa myös veren triglyseroidien, verenpaineen ja painon nousuun (Niskanen 2011b, 80). Sydänliitto suosittelee korkeintaan alkoholin kohtuukäyttöä, eli miehille enintään 14 annosta viikossa, ei kuitenkaan päivittäin eikä enempää kuin 5 annosta kerralla, ja naisille korkeintaan 9 annosta viikossa, ei myöskään päivittäin eikä enempää kuin 4 annosta kerralla (Pusa 2018a). Kurçerin ja Ozbayn (2011) tutkimuksessa selvitettiin elämäntapaohjauksen vaikutusta sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatuun. Tutkimuksen perusteella elämäntapaohjauksella ei juuri ollut vaikutusta sepelvaltimotautipotilaiden päivittäin nauttimien alkoholiannosten määrään. (Kurçer & Ozbay 2011.) Alkoholin käytönkin ohjauksen laatuun lienee siis syytä kiinnittää huomiota.

Omaiset

Läheisen sairastuminen sepelvaltimotautiin voi olla myös omaisille henkisesti ahdistava kokemus. Perheenjäseniä huolestuttaa usein erityisesti ajatukset läheisen tulevaisuudesta tai kuolemasta. Läheiselle voi olla tarpeen tarjota kriisiapua tai keskustelun mahdollisuutta. (Penttilä 2011c, 129.) On myös todettu, että läheisten huomioimisella ja osallistamisella potilasohjaukseen on merkittävä vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen ja itsehoidon onnistumiseen (Kähkönen ym. 2012). Mattilan (2011) tutkimuksessa todetaan, että sydänpotilaiden perheenjäsenten henkistä hyvinvointia parantavat heidän tunteidensa ja toiveidensa huomiointi potilaan hoidossa ja että rehellisen tiedon saaminen tuo levollisuutta omaisille sekä helpottaa huolia ja pelkoja. Sepelvaltimotautipotilaat ja heidän omaisensa kokevat tiedollisen ohjauksen erityisen tärkeäksi. Tässä on kuitenkin heidän mielestään eniten puutteita, kun taas emotionaalinen tuki koetaan pääosin toimivaksi. Hoitohenkilökunnan tulisikin antaa nykyistä yksilöllisempää ja kokonaisvaltaisempaa ohjausta. (Tuomisto 2013.)

Psyykkinen ja sosiaalinen tuki

Tieto sairaudesta tulee potilaalle usein yllätyksenä, ja sairastuminen johtaakin aina jonkinlaatuiseen psyykkiseen kriisiin, johon voi sisältyä yllättäviä tunteita ja masennusta. Sydänsairauden hoitoon voi liittyä pelkoa ja ahdistusta. (Penttilä 2011d, 125.) Sepelvaltimotautipotilailla on muita suurempi riski sairastua masennukseen. Akuuttiin sepelvaltimotautikohtaukseen liittyen 20 - 30 prosentilla potilaista esiintyy masennusta ja ohitusleikkauksen jälkeen peräti neljänneksellä. (Kähkönen ym. 2012.) On osoitettu, että masennuksella, unettomuudella ja korkea-asteisella stressillä on yhteys sepelvaltimotautipotilaiden kuolleisuuteen (Talala 2013). Toisaalta tiedetään myös, että masennus on yksi sepelvaltimotaudin riskitekijöistä (Stabiili sepelvaltimotauti 2015).

Omaisten tarjoamalla sosiaalisella tuella on terveyteen liittyvää elämänlaatua parantava vaikutus. Sepelvaltimotautipotilaan psyykkisellä hyvinvoinnilla ja puolisoilta saadulla tiedollisella ja emotionaalisella tuella on myös selkeä yhteys. (Roos 2010.) Toipumisvaiheen sydänkuntoutuksen tulisivin tavoitella parasta mahdollista niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalistakin toimintakykyä (Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja 2014).

Elämä ja vapaa-aika sepelvaltimotaudin kanssa

Niin kotitöissä, siivouksessa, liikunnassa kuin muissakin kuormittavissa tekemisissä on hyvä ottaa alkuun rauhallisesti ja lisätä kuormitusta vähitellen voinnin ja jaksamisen mukaan. Äkillisiä voimakkaita ponnistuksia on parempi välttää. On tärkeää huomioida myös riittävä lepo ja palautuminen. (Penttilä 2011f, 129 - 130.) Seksi on sydämen kuormittavuudeltaan verrattavissa muuhun fyysiseen aktiivisuuteen. Sepelvaltimotautipotilaalla seksin aloittamiseen riittää fyysinen kestävyys, joka vastaa kahta kerrosvälin nousua ongelmitta. (HUS s.a.) Ennen seksiä on hyvä huomioida riittävä lepo ja muuta päällekkäistä kuormitusta on hyvä välttää, esimerkiksi alkoholia ja saunomista. Jos rintakipua esiintyy herkästi rasituksessa, on hyvä huomioida nitrolääkkeen saatavuus ja pitää sitä lähetyvillä. (Penttilä 2011e, 135.) Saunoa voi edelleen kohtuudella, mieluiten alle 80 asteessa. On hyvä huomioida, että saunominen

laskee verenpainetta, ja siitä syystä tulisikin välttää verenpainelääkkeiden tai nitrojen ottamista juuri ennen saunomista. (Penttilä 2011e, 135 - 136.)

Sydänsairaus ei yleisesti ottaen ole este ulkomaan matkailulle, mutta edellyttää huolellista valmistautumista. Pitkillä auto- ja lentomatkoilla on hyvä huomioida mahdollisuuksien mukaan ajoittainen liikkuminen, jalkojen jumppaaminen ja tukisukkien käyttö veritulppien ehkäisemiseksi. Lisäksi on hyvä ottaa mukaan eurooppalainen sairaanhoitokortti ja harkita matkavakuutuksen ottamista. Tarvittavat lääkkeet resepteineen on luonnollisesti tärkeää muistaa ottaa mukaan. (Penttilä 2011a, 131 - 132.)

Ajokelpoisuuden yksilöllinen arviointi sydänsairauksissa kuuluu hoitavan lääkärin velvollisuuksiin ja perustuu sosiaali- ja terveysministeriön sekä sydänlääkäriyhdistyksen ohjeisiin. Sepelvaltimotaudin vaikeusaste vaikuttaa ajokelpoisuuden määrittelyyn. Levossa esiintyvä rintakipu (eli NYHA 4 - luokitus) johtaa ajokieltoon, kun on kyse yksityisautoilusta.

Ammattiliikenteessä vaaditaan jo käytännössä melkein oireettomuutta, eikä raskuskokeessa sallita suorituskyvyn alenemaa. Ajokelpoisuus määritellään kuitenkin aina tapauskohtaisesti ja ajokielto voi olla tilapäinen tai harvinaisemmissa tapauksissa pysyvä. Ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen jälkeen yksityisautoilijalle määrätään yleensä 4 viikon ja ammattikuljettajalle 6 viikon väliaikainen ajokielto, jonka jälkeen ajokelpoisuus arvioidaan uudelleen. (Parikka 2011, 145 - 148.)

7.2 Kolmas sektori ja vertaistuki

Sepelvaltimotauti vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan elämään. Vaikka potilas saa terveydenhuollossa tietoa omasta sairaudestaan, sen syistä, tutkimuksista ja hoidosta, on vertaistuella kuitenkin suuri lisämerkitys. Potilaat voivat muodostaa jo vuodeosastolla ihmissuhdeverkoston, jolta saa tukea, läheisyyttä ja sairauteen liittyvää tietoa. Tämä edesauttaa omien kokemusten ymmärtämistä ja auttaa sairauden hyväksymistä lievittäen pelkoja. Tosin joskus vertaiselta saatava tieto vastoinkäymisistä tai parantumattomasti sairastuneiden tilan seuraaminen voi vaikuttaa myös haitallisesti. (Lampi 2005, 158 - 169.)

Vertaistukea on saatavilla myös sairaalan ulkopuolella. Esimerkiksi Sydänliiton vertaistukitoiminta tarjoaa mahdollisuuden tähän. Suomessa sydänyhdistyksissä toimii yli 500 vertaistukihenkilöä, jotka ovat itse sairastuneet sydänsairauteen tai ovat sydänpotilaiden läheisiä. Vertaistuessa pyritään välittämään kokemustietoa siitä, mitä tarkoittaa olla sydänpotilas ja miten sairauden kanssa eletään ja tullaan toimeen. (Lampi 2005, 148; Suomen Sydänliitto ry 2019.)

8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

8.1 Kehittämistyö opinnäytetyönä

Opinnäytetyö, joka toteutetaan toiminnallisena, tulisi Vilkan ja Airaksisen (2003, 9 - 10) mukaan olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja toteutettu tutkimuksellisesti. Kehittämistyön tavoitteena on käytännön ohjeistaminen, toiminnan opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Työn tuotoksena voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohjeistus, opas tai ohje.

Tämän tutkimuksen tuotos on tarkistuslista ja kotiutumislomake sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen sydämen varjoainekuvauksen yhteydessä työn tilaajalle: Haartmanin sairaalalle. Tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen tekemisessä on pyritty noudattamaan hyvän kirjallisen ohjausmateriaalin ohjeita ja ottamaan huomioon yhteistyötahon toiveet ja tarpeet.

Opinnäytetyön tuottaminen noudattaa rakenteellisesti aina samaa kaavaa välittämättä siitä, onko kyseessä kehittämistutkimus, määrällinen tai laadullinen tutkimus. Teorian avulla hahmotetaan käytäntöä. Opinnäytetyötä tehdessä kehittämistyö liittyy aina käytäntöön. Ainoana poikkeuksena ovat työt, jotka ovat täysin teoreettisia. Tutkimuksen tai opinnäytetyön taustalla on usein ongelma, johon etsitään vastausta. Kehittämistutkimuksessa pystytään erottamaan selvät vaiheet; ne voivat vaihdella kirjoittajan mukaan, mutta perusajatus on sama. Vaiheet ovat ongelman määrittely, ratkaisun esittäminen

ja sen kokeilu, ja tämän jälkeen tulee vielä ratkaisun arviointi. (Kananen 2012, 12 - 13, 53.)

8.2 Tarkistuslista

Tarkistuslistoja on käytetty jo pitkään ilmailualalla. Yhdysvaltain Ohiossa Boeing-koneen koelento päättyi koneen törmäämiseen maahan vuonna 1935, ja turman syyksi todettiin inhimillinen virhe. Silloin kehitettiin tiettävästi ensimmäinen tarkistuslista lentäjille, ja nykyään listojen käyttö on jo selkeän rutiininomaista. Ilmailualalta tarkistuslistat ovat levinneet myös muille aloille, kuten terveydenhuoltoonkin. Terveydenhuoltoalalla tarkistuslistojen käyttö ei kuitenkaan ole yhtä systemaattista ja laaja-alaista, kuin ilmailualalla, vaikka niiden merkityksestä inhimillisten unohdusten ehkäisyssä on olemassa näyttöä. Laaja työkokemus ja huolellinen toiminta eivät yksinään riitä – tarkistuslistat edistävät systemaattista toimintaa ja inhimillisten erehdysten vähenemistä. (Blomgren & Pauniahho 2014.) Tarkistuslistojen avulla voidaan vähentää sairaanhoitajien tekemiä virheitä, kun heidän ei tarvitse toimia yksinomaan oman muistinsa ja huolellisuutensa varassa (Kinnunen & Helovuo 2017).

Hyvää tarkistuslistaa tulisi olla helppo lukea, siinä tulisi käyttää ymmärrettävää kieltä ja sen pitäisi olla tarkoitukseensa sopiva. Tarkistuslistan kohtien olisi hyvä olla aikajärjestyksessä, ja voi myös olla järkevää jakaa lista osakokonaisuuksiin. (Blomgren & Pauniahho 2014.) Listassa käytetyn tiedon tulisi olla luotettavasta lähteestä ja mielellään vertaisarvioitua. Tekstin fontin tulisi olla selkeää ja mielellään lihavoitua luettavuuden parantamiseksi. Värien käytön tulisi olla harkittua ja hillittyä, ja olisi hyvä huomioida käyttöpaikan värimaailma. (Hales ym. 2007.)

Tämän kehittämistyön yhteydessä luodussa tarkistuslistassa on käytetty Arial-fonttia sen selkeän ulkoasun vuoksi, ja tarkistuslistan pääkohdat on lihavoitu. Tarkistuslistan värimaailma on hillitty. Kehitetystä listassa käytetään turkoosin eri sävyjä sopien HUS:n yleiseen värimaailmaan (ks. HUS-logo ja kotisivuston värit, hus.fi). Listan sisältö perustuu kehittämistyön teoriaosuutta varten tehtyyn kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, johon on valittu mahdollisimman

luotettavia lähteitä. Tarkistuslistasta kehitetään ensimmäinen työversio kootun teoratiedon pohjalta, ja tarkistutetaan ensin ohjaavalla opettajalla, sitten toimeksiantajan edustajalla ja lopuksi Haartmanin päivystysosastolla aiemmin toimineella sydänhoitajalla. Edellä mainittujen tahojen huomioiden perusteella kehitetään ja korjataan listaa toistaen samaa tarkistusprosessia, kunnes kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä lopputulokseen.

8.3 Kotiutumislomake

Joanna Koski (2017) toteaa pro gradu -tutkielmassaan, että sairaalan ja kotihoidon välisessä tiedotuksessa on kehitettävää. Kosken tekemän toimintatutkimuksen yhteydessä onkin laadittu kotiutuskortti, jolla varmistetaan tärkeiden asioiden läpikäynti ennen kotiutusta. Kuokkasen pro gradu -tutkielman (2017) perusteella ikääntyneet potilaat ja heidän omaisensa kaipaavat enemmän tietoa kotiutuksen yhteydessä, myös kirjallisessa muodossa. Erään tutkimuksen mukaan potilasohjauksella, kotona pärjäämistä tukevan lisätiedon saaminen ja yleisesti ottaen tiedonsaanti vaikuttavat huomattavasti potilaan valmiuteen kotiutua ja myös sairaalahoitoon palaamiseen (Haaranen 2016).

Tämän kehittämistyön yhteydessä on kotiutumislomakkeen avulla tavoitteena helpottaa tiedonsaantia ja edistää hoitoon sitoutumista. Näistä syistä kotiutumislomakkeen sisällöksi on ajateltu tarkistuslistan mukaista ohjausta täydentävää tietoa, eli jatkohoitoon, hoitoon hakeutumiseen ja luotettavan lisätiedon hakemiseen liittyvää tietoa. Muotoilu ja asettelu on valittu samoilla periaatteilla kuin tarkistuslistassa. Kotiutumislomakkeen tarkistus- ja kehitysprosessi toteutetaan samalla tavalla kuin tarkistuslistan.

8.4 Tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen ideointi ja suunnittelu

Tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen tekeminen aloitettiin ideointi- ja suunnitteluvaiheella. Sen apuna oli laajalti kerättyä tietoa teoriaosuuden ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Tarkistuslistassa hyödynnettiin teoratietoa potilasohjauksesta ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. Kotiutumislomakkeessa hyödynnettiin teoriaa potilaan kotiuttamisvaiheen

ohjauksesta sekä siitä, millainen on selkeä ja potilaan kannalta antoisin muoto esittää haluttu tieto. Lisäksi tietoa saatiin työn tilaajalta, jolla on aiheesta hyvä käytännön näkemys ja kokemusta.

Vaiheen lopputuloksena päädyttiin molempien tuotosten osalta kaksipuoleiseen ja A4-kokoiseen lomakkeeseen, jossa on ytimekkäästi koottuna tärkeimmät huomioitavat asiat. Tarkistuslistan sisältö on tosin hieman tarkempi ja laajempi tilaajan toiveesta ja myös siksi, että listaa hyödynnetään uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Kotiutumislomakkeessa on lisäksi tietoa siitä, mistä potilas saa lisää tietoa sepelvaltimotaudista ja siihen liittyvistä asioista. Tarkoituksena on, että potilaan kotiutuessa hoitaja käy potilaan kanssa läpi yhdessä lomakkeelle merkityt asiat ja lisäksi potilas saa lomakkeen mukaansa muistinsa tueksi.

8.5 Tarkistuslistan tekeminen

Haartmanin sairaalan päivystysosastolla on lyhyet hoitajaksot, keskimäärin 3 vuorokautta. Osastolla hoidetaan lukuisia erilaisia sisätautisia sairauksia. Henkilökunnalla ei tästä syystä ole syvempää erityisosaamista sydänpotilaiden hoidosta samalla tavalla kuin vaikkapa kardiologisella vuodeosastolla tai sydänvalvontaosastolla. Osastolla työskentelee myös paljon sijaishenkilöstöä ja keikkaluonteista työtä tekeviä hoitajia. Osastolla on vakituisia hoitajia noin 80. Sydänkuntoutukseen ohjaaminen ei nykyisellään toteudu hyvin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen huonon tiedonsiirtymisen takia (Hekkala & Kytömäki 2018). Kuntoutuksen ja vertaistuen kenttä on potilaan näkökulmasta sekava johtuen ohjauksen puutteista ja runsaasta järjestöjen määrästä. Siksi potilaan on vaikeaa hakeutua kolmannen sektorin palveluihin, ja toisaalta myös hoitajan vaikeaa ohjata palveluiden piiriin.

Toimeksiantavalla osastolla on aiemmin mainituista syistä johtuen tarve yhtenäistää koronaangiografiapotilaiden ohjausta. Potilasohjauksen yhtenäistämiseksi olemme kehittäneet tarkistuslistan. Osastolla on aikomus käyttää tarkistuslistaa myös uusien työntekijöiden, sijaisten ja keikkalaisten perehdyttämiseen. Edellä mainituista syistä osastolla on tarve melko

kattavalle tarkistuslistalle, ja siksi kehittämämme tarkistuslista onkin laajempi kuin esimerkiksi leikkaussalikäytössä oleva tarkistuslista.

Tarkistuslistan ensimmäinen versio kehiteltiin yhteistyönä opinnäytetyöryhmän kesken idea- ja suunnitteluosiossa kuvaillun teoratiedon pohjalta. Arvioimme yhdessä teoratiedosta esiin nostettavia tärkeimpiä kohtia – hyödynsimme myös toimeksiantavan osaston entisen sydänhoitajan ehdotuksia. Päädyimme tutkimustiedon perusteella kaksivaiheiseen listaan: *potilasohjaus ennen koronaangiografiaa* ja *potilasohjaus koronaangiografian jälkeen*. Listan alkuun on laitettu muistutukseksi kaksi kohtaa: *potilaalle annettu kirjallinen ohjausmateriaali ja huomioi mahdollisuuksien mukaan omaisen läsnäolo ohjauksessa*. Näillä on haluttu varmistaa, että potilas saa myös kirjallista tietoa ohjaukseen liittyvistä asioista ja että omainen olisi mielellään mukana ohjauksessa. Kirjallisen ohjauksen tarve perustuu aiemmin kerrottuun tutkittuun tietoon siitä, että potilas voi muistaa jopa 90 % läpikäydyistä asioista, kun yhdistetään näkö- ja kuuloaistin perusteella oppiminen (Ks. Kyngäs ym. 2007, 73). Omaisen mukana olo taas perustuu muun muassa siihen, että läheisten huomioimisella ja osallistamisella potilasohjaukseen on merkittävä vaikutus potilaan hoitoon sitoutumiseen ja itsehoidon onnistumiseen (Kähkönen ym. 2012).

Ennen toimenpidettä annettavaan ohjaukseen tulisi sisällyttää lähinnä toimenpiteeseen ja siihen liittyviin riskeihin sekä toipumiseen liittyvää tietoa (Kähkönen ym. 2012). Potilasohjauksessa ennen koronaangiografiaa on tästä syystä nostettu esiin kohdat *sepelvaltimotauti* sekä *sydämen varjoainokuvaus ja siihen liittyvät toimenpiteet*. Nämä kohdat sisältävät seuraavat alakohdat:

- Sepelvaltimotauti
 - Krooninen tauti
 - Sepelvaltimoiden ahtautuminen
 - Oireet
- Sydämen varjoainokuvaus ja siihen liittyvät toimenpiteet
 - Sydämen varjoainokuvaus

- Pallolaajennus
- Toipumiseen liittyvät asiat

Koronaariangiografian jälkeiseen ohjaukseen valikoitui teoriapohjan mukaisesti seuraavanlainen sisältö alakohtineen:

- Hoitosuunnitelma ja toimenpiteestä toipuminen
 - Rajoitukset ja huomioitavat asiat
 - Hoitosuunnitelma
- Lääketieteellinen hoito
 - Lääkehoito
 - Lääkekorvausasiat
- Elintavat
 - Liikunta
 - Ravitsemus
 - Tupakointi ja alkoholi
- Psykkinen, sosiaalinen ja omaisten tuki
 - Mahdolliset vaikutukset psyykeen
 - Sosiaalinen tuki
 - Mistä saa apua psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin?
 - Omaisten merkitys ja huomiointi
- Elämää sepelvaltimotaudin kanssa
 - Kotityöt ja arkiliikunta
 - Seksi
 - Saunominen
 - Matkustaminen
 - Ajaminen
- Kolmas sektori ja vertaistuki
 - Järjestöt (esim. Sydänliitto)
 - Vertaistuki
- Jatkoseuranta
 - Kontrolliaika (missä ja milloin)
 - Jatkoseuranta
 - Kotiuttamislomake annettu ja käyty läpi

Alakohdat sisältävät myös tarkennettuja huomioita varsinaisessa tarkistuslistassa. Tarkempi tarkistuslistan sisältö on luettavissa liitteestä 1.

Tarkistuslistan kehittäminen ja viimeistelyprosessi eteni kuvassa 1 esitetyllä tavalla. Kehittelimme siis ryhmän kesken ensimmäisen version, joka kävi ohjaavan opettajan, työelämän ohjaajan ja sydänhoitajan tarkistukset läpi. Saatujen korjaus- ja kehitysehdotusten perusteella on muokattu tarkistuslistaa lopulliseen muotoonsa.



Kuva 1. Tarkistuslistan kehitysprosessi

8.6 Kotiutumislomakkeen tekeminen

Kotiutumislomakkeen kehittäilytyö päätettiin toteuttaa ryhmätyönä opinnäytetyön tekijöiden kesken. Tällöin jokainen toi tilanteeseen oman osaamisensa sekä keräämänsä tiedon aiheesta ja lomake syntyi yhdessä ideoiden. Pohjatietojen perusteella päätettiin nostaa lomakkeelle seuraavat kotiutumisen jälkeiseen jatkoseurantaan liittyvät asiat:

- Jatkoseuranta-aika varattu => *Potilas käy jälkiseurannassa oman paikkakuntansa sairaalassa määrätyn ajan jälkeen.*
- Aika laboratoriotutkimuksiin varattu
- Jatkoseuranta-ajan jälkeen seuranta jatkuu omalla terveysasemalla, aika varattava itse vähintään 1 krt/v.

- B-lausunto kirjoitettu => *Jotta potilas saa Kelan korvauksen tarvitsemiinsa lääkkeisiin, hänellä täytyy olla lääkärin kirjoittama lausunto.*
- Lääkereseptit kirjoitettu ja lääkkeiden käyttö ohjattu
- Lääkereseptien uusiminen omalla terveysasemalla.

Lomakkeelle haluttiin myös koota tietoja hälyttävistä sydänoireista ja siitä, milloin potilaan ainakin on syytä hakeutua heti hoitoon. Tähän käytettiin Suomen Sydänliiton (2019) valmiiksi koostamaa listaa. Mukaan lisättiin myös päivystysapunumero, josta voi kysyä tarvittaessa terveysongelmiin neuvoja.

Lomakkeen kääntöpuolelle koostettiin linkkilistat, joista potilaan on mahdollista saada lisätietoa sepelvaltimotaudista, lääkkeistä, elintapamuutoksista, sosiaalisesta ja psyykkisestä tuesta sekä kolmannen sektorin järjestöistä, vertaistuesta ja kuntoutuksesta. Kuten tarkistuslistankin viimeistelyvaiheessa tehtiin, kotiuttamislomake viimeisteltiin työn ohjaajien sekä työn tilaajalla aikaisemmin sydänhoitajana työskennelleen henkilön kommenttien perusteella.

9 POHDINTA

9.1 Tuotosten tarkastelu

Opinnäytetyön lopputuloksena syntyi kaksi tuotosta. Sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen tarkoitettu tarkistuslista sekä koronaangiografiapotilaan kotiutumislomake. Sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen tarkoitettua tarkistuslistaa käytetään osastolla sairaanhoitajien tukena. Tarkistuslista parantaa entisestään potilasturvallisuutta ja yhtenäistää toimintatapoja. Uusien työntekijöiden tai sijaisten perehdyttämiseen listaa voidaan myös tarvittaessa hyödyntää. Tarkistuslistan laatua ja luotettavuutta arvioimme ryhmän jäsenien kanssa kriittisesti, olemme kokonaisuutena tuotokseen tyytyväisiä.

Kotiutumislomakkeella pyritään helpottamaan potilaan kotiutumista ja antamaan tietoa hyvästä jälkihoidosta. Kotiutumislomakkeen keskeinen tavoite on potilaan motivointi hyvään itsehoitoon. Mielestämme kotiutumislomake antaa hyvät lähtökohdat potilaan itsehoitoon jatkossa. Työn tilaajalla oli myös mahdollisuus tarkastaa molemmat tuotokset, joista palaute oli positiivista.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyväksyttävä tutkimus tulee olla suoritettu tieteellisen käytännön tavalla. Lainsäädäntö määrittää rajat, mutta tutkimuksen tekeminen hyvien käytäntöä koskevien ohjeiden mukaan on tutkijan itsensä säädettävissä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Avoimuuden mahdollistamiseksi tutkimusta tehdessä tulee käyttää luotettavia menetelmiä ja muiden tutkijoiden tekemiä töitä tulee kunnioittaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 24.)

Työtä varten pyrittiin etsimään mahdollisimman paljon tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa luotettavista lähteistä. Lähteitä arvioitiin kriittisesti. Tutkimuksia valittaessa huomiota on kiinnitetty tutkimuksen luotettavuuteen ja siihen, milloin tutkimus on tehty sekä miten suuri on tutkimuksen otanta. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttavat tekijä, julkaisija ja sisältö sekä ajankohtaisuus.

Lähteinä teoriaosassa käytettiin internetlähteitä, artikkeleita, väitöskirjoja, Terveystietoa, Käypä hoito -suosituksia ja oppikirjoja. Tutkimuksia etsittiin luotettavista tietokannoista kuten Medic, Cinahl, Finna, PubMed, Google Scholar. Huomattava osa lähteistä on englanninkielisiä, mikä toi omat haasteensa ymmärtää ja tulkita oikein tutkimuksia. Tämä lisää riskiä, että tutkimus suomennetaan väärin vaikuttaen tuloksiin.

9.3 Opinnäytetyön prosessin tarkastelu

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin koulun tarjoamalla *Hoitotyön tutkimus- ja kehittäminen* -kurssilla, jossa perehdyttiin erilaisiin tutkimusmenetelmiin.

Kurssin aikana muodostettiin myös opinnäytetyöryhmät, nimettiin ohjaajat sekä etsittiin opinnäytetyön aiheet. Aiheen ja yhteistyökumppanin valintaan käytimme valitettavan kauan aikaa. Tarjolla olleet aiheet eivät tyydyttäneet joko oppilaitosta tai meitä itseämme. Itse ehdottamamme aiheet puolestaan eivät sopineet siinä vaiheessa tarjolla olevalle yhteistyökumppanille. Lopulta kolmihenkinen ryhmämme sai mahdollisuuden yhteistyöhön Haartmanin sairaalan kanssa. Siellä oli tarve kehittää koronaangiografiapotilaiden ohjausta organisaatiossa tapahtuneiden muutosten takia. Aihe kiinnosti ryhmäämme, sillä sepelvaltimotautipotilaat ovat iso ryhmä - myös ensihoidossa, jolta linjalta ryhmäläisemme valmistuvat.

Aihevalinnasta keskusteltiin koulun opinnäytetyöohjaajan kanssa ja sille saatiin hyväksyntä. Hankkeesta tehtiin sopimus koulun, opiskelijoiden ja työn tilaajan kesken. Opinnäytetyön etenemisestä laadittiin suunnitelma, jossa kuvattiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet, tutkimusongelmat ja tutkimusmenetelmä sekä alustavasti opinnäytetyön runko ja kuvaus kehittämishankkeen toteutuksesta.

Suunnitelman mukaisesti aluksi lähdettiin työstämään opinnäytetyön teoriaosuutta valitulla menetelmällä. Kun aiheeseen liittyvää teoretietoa oli hankittu ja sen pohjalta opinnäytetyöstä ensimmäinen versio laadittu, sovittiin koulun ohjaajan kanssa idea- ja suunnitelmaseminaarin pitäminen. Tätä edelsivät ohjaavat tapaamiset niin koulun kuin työn tilaajan edustajan kanssa. Tässä vaiheessa saimme myös tietää, että opinnäytetyöohjaajamme koulun puolelta vaihtuu. Uuden ohjaajan ensimmäisen ohjauskerran palautteen perusteella totesimme työn edenneen hyvään suuntaan, mutta ensimmäinen ohjauskerta olisi ollut hyvä saada pidettyä hieman aiemmin, sillä olimme käyttäneet aikaa myös lopputuloksen kannalta toissijaisiin asioihin. Lisäksi tutkimusmenetelmiä koskeva tieto oli alkanut ryhmäläisiltämme jo unohtua, koska aihetta käsittelevästä kurssista oli vierähtänyt pitkähkö aika.

Palautteen ja syventävän aiheeseen perehtymisen perusteella aloitettiin toteutusvaihe, jonka aikana syntyivät ensimmäiset versiot koronaangiografiapotilaan ohjauksessa käytettävistä tarkistuslistasta ja

kotiuttamislomakkeesta. Nämä esiteltiin toteutusseminaarissa, johon myös työn tilaajan edustaja osallistui. Palautteen perusteella opinnäytetyötä ja työn tuloksia viimeisteltiin iteroiden, kunnes työ vastasi niin ohjaajien kuin työn tekijöiden vaatimuksia ollen valmis julkaistavaksi ja esiteltäväksi viimeisessä julkaisuseminaarissa.

Opinnäytetyön tekemisen aikana yhteistyö niin ryhmäläisten, koulun ohjaajan sekä toimeksiantajan edustajien kanssa on ollut sujuvaa. Yhteistyössä on auttanut paljon se, että yksi ryhmäläisistämme työskentelee toimeksiantajalla. Olemme myös voineet käyttää teknologiaa hyväksemme opinnäytetyön kirjoittamisessa sekä tapaamisissa muun muassa etäistuntoja hyödyntäen siten, että ryhmäläisten keskinäiset pitkät välimatkat eivät ole olleet työn edistämisen esteenä. Prosessin aikana olemme kyenneet yhdistämään niin opiskelija-, työ- kuin perhe-elämän vaatimukset.

9.4 Kehittämisideat ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän kehittämistyön yhteydessä ei tutkittu tarkistuslistan ja kotiutumislomakkeen käyttöönottoa. Jatkossa voisi olla hyvä tutkia, miten tarkistuslista on auttanut ohjaustilanteissa ja onko tarpeen muuttaa listan sisältöä. Muita jatkotutkimuksen aiheita voisivat olla tarkistuslistan tai kotiutumislomakkeen vaikutus potilaan itsehoitoon tai se, miten tässä kehittämistyössä asetetut tavoitteet riittävien edellytysten tarjoamisesta hyvään itsehoitoon tai hoitoon sitoutumisen edistämisestä ovat toteutuneet.

Tätä kehittämistyötä tehdessä opimme, että sydämen varjoainekuvauksen ja pallolaajennuksen jälkeinen kuntoutus ja seuranta ovat pitkälti potilaan omalla vastuulla sekä että kolmannen sektorin ja vertaistuen kenttä on hyvin sekava. Lisäksi jatkohoidon sekä -seurannan toteutustavat ja toteutuminen ylipäättään on hyvin vaihtelevaa eri paikkakunnilla. Jatkossa olisikin tärkeää tutkia jatkohoidon ja -seurannan prosessia, miten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä voisi parantaa tai kehittää yhtenäisen jatkohoidon malli tai prosessi. Kolmannen sektorin ja julkisen terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen voisi myös olla hyvä jatkotutkimuksen aihe.

LÄHTEET

Aalto, A. 2014. Statiinien käytön vaikutukset sydän- ja verisuonitautitapahtumiin ja kokonaiskuolleisuuteen; järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140902/urn_nbn_fi_uef-20140902.pdf [viitattu 14.1.2019].

Alapappila, A., Blek-Vehkaluoto, M., Kirjavainen, M., Luoma-Kuikka, A., Pusa, T., Syväne, M & Toivola, L. 2018. Sepelvaltimotauti. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.

Andersen, L., Kristjánsdóttir, E., Trolle, E., Voutilainen, E., Wirfält, E. & Åkesson, A. 2013. Health effects associated with foods characteristic of the Nordic diet: a systematic literature review. *Food & Nutrition Research*, 57: 22790. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.10.2013. Saatavissa: <https://doi.org/10.3402/fnr.v57i0.22790> [viitattu 17.1.2019].

Blomgren, K. & Pauniahho, S.-L. 2014. Terveystieteiden tarkistuslistat. Potilasturvallisuuden perusteet: Parannusmahdollisuudet. Duodecim Oppiportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.2.2014. Saatavissa: <https://www.oppoportti.fi/op/ptp00304/do> [viitattu 25.4.2019].

Bogener, J., Chase, J.-A., Conn, V. & Ruppert, T. M. 2016. The Effectiveness of Medication Adherence Interventions Among Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 7 - 8/2016; 31(4): 357 - 366. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.5.2019].

Boekholdt, S. M., Jorstad, H. T., Lachman, S., Minneboo, M., Peters, R. J. G., Scholte op Reimer, W. J. M. & ter Riet, G. 2019. Smoking cessation after nurse-coordinated referral to a comprehensive lifestyle programme in patients with coronary artery disease: a substudy of the RESPONSE-2 trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2/2019; 18(2): 113 - 121. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu: 7.5.2019].

Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Taylor, R. S., Welch, K. 2012. Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2013 Aug; 20(4): 701 - 14. WWW-dokumentti. Päivitetty: 22.5.2012. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/2047487312449308> [viitattu 23.2.2019].

Dyslipidemiat. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden Yhdistys ry:n asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.12.2017. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksuet/suositus?id=hoi50025> [viitattu: 17.1.2019].

Garrofé, B. C., Björnberg, A., Phang, A. & Trojckakova, I. 2016. Health Consumer Powerhouse Euro Heart Index 2016 Report. PDF-dokumentti.

Saatavissa: <https://healthpowerhouse.com/media/EHI-2016/EHI-2016-report.pdf> [viitattu 9.5.2019].

Haaranen, S. 2016. Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutumismuutos ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100386/GRADU-1482239944.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 25.4.2019].

Haarni, I., Alanko, A. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hagnäs, M. 2018. The Association of Cardiorespiratory Fitness, Physical Activity and Ischemic ECG findings with Coronary Heart Disease-related Deaths Among Men. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Medical Research Center Oulu. Itä-Suomen yliopisto. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö. Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526217550.pdf> [viitattu 17.1.2019].

Hales, B., Fowler, R., Sibbald, W. & Terblanche, M. 2007. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care*. Volume 20, Issue 1, 22 - 30. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm062> [viitattu 25.4.2019].

Hautala, A., Alapappila, A., Häkkinen, H., Kettunen, J., Laukkanen, J., Meinilä, L. & Savonen, K. 2016. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.5.2016. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00002 [viitattu 17.1.2019].

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Tampere.

Heinonen, M., Ingalsuo, M., Jokinen, K., Malinen, J., Mannoja, I., Pakarinen, A., Paukkunen, L., Pohjola-Sintonen, S., Suomalainen, P., Tillström-Sinkko, A. & Tuominen, N. 2015. Sepelvaltimotautia sairastavan liikuntapolku Vantaalla. Kustannus Oy Duodecimin, Sydänliiton, Sydän- ja keuhkosairaalan HUS & Vantaan kaupungin muodostama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.5.2016. Saatavissa: https://sydanliitto.fi/aineistot/liikuntapolku/etusivu.html?_ga=2.231551519.1438668790.1555151792-425260146.1547642118 [viitattu 13.4.2019]

Hekkala, A.-M. & Kytömäki, M. 2018. Sydänpotilaiden kuntoutus toteutuu huonosti Suomessa. Suomen Sydänliitto ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.mynewsdesk.com/fi/sydan/news/sydaenpotilaiden-kuntoutus-toteutuu-huonosti-suomessa-311833> [viitattu 9.5.2019].

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

HUS. 2017. Valtimoiden varjoainekuvaukset. Potilasohje. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/kuvantaminen-ja-fysiologia/Potilasohjeet%20%20Angiografia/Valtimoiden%20varjoainetutkimus.pdf> [viitattu 22.1.2019].

HUS. 2018. Helsinki ja HUS valmistelevat päivystysten yhdistämistä. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.1.2018. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Helsinki-ja-HUS-valmistelevat-p%C3%A4ivystysten-yhdist%C3%A4mist%C3%A4.aspx> [viitattu 14.12.2018].

HUS s.a. Sepelvaltimotauti ja seksi. HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/sydanpotilaaan-tietopankki/sepelvaltimotauti/sepelvaltimotauti-ja-seksi/Sivut/default.aspx> [viitattu 19.4.2019].

HUS-tietoa s.a. HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx> [viitattu 14.12.2018].

Huttunen, J. 2018. Tietoa potilaalle: Terveellinen ruoka. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.1.2018. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00935&p_haku=sydän%20ruokavalio [viitattu 17.1.2019].

Ilveskoski, E. & Airaksinen, J. 2016a. Vakaaoireisen sepelvaltimotaudin lääkehoidon tavoitteet ja toteutus. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) *Kardiologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 324 - 326.

Ilveskoski, E. & Airaksinen, J. 2016b. Ennusteeseen vaikuttava lääkehoito vakaaoireisessa sepelvaltimotaudissa. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) *Kardiologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 326 - 327.

Ilveskoski, E. & Airaksinen, J. 2016c. Beetasalpaajat vakaaoireisen sepelvaltimotaudin hoidossa. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) *Kardiologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 327 - 328.

Jorstad, H.T., Chan, Y.K., Doornenbal, J., Peters, R.J.G., Scholte op Reimer, W.J.M. & Tijssen, J.G.P. 2015. Nurses' perspectives on nurse-coordinated prevention programmes in secondary prevention of cardiovascular disease: a pilot survey. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 8/2015; 51(1): 96 - 106. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 7.5.2019].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes print.

Kanerva, N. 2014. The healthy Nordic diet, obesity and obesity-related metabolic risk factors. THL, Kansantautien ehkäisy -yksikkö; Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kansanterveystieteen osasto. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120376/URN_ISBN_978-952-302-327-7.pdf [viitattu 17.1.2019].

Kervinen, H. 2016. Sepelvaltimoiden diagnostinen varjoainekuvaus. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 20.10.2018. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00129&p_haku=koronaaariangiografia [viitattu 8.1.2019].

Kettu, H. 2007. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus sairaanhoitajan näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Kettunen, R. 2018. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 30.10.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077 [viitattu 15.1.2019].

Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2017. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 24.11.2017. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04806&p_haku=isbar [viitattu 25.4.2019].

Kivelä, A. 2011. Pallolaajennuksen kulku. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2.uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 293 - 294.

Kohonnut verenpaine. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.9.2014. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi04010&p_haku=verenpaine#s12 [viitattu 17.1.2019].

Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Koski, J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon – Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf [viitattu 25.4.2019].

Kulmala, J. 2013. Hiljainen ystävä, potilaan tarina. Sydänterveys sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Kustannus: DM World Oy. Helsinki: Paino Unigrafia Oy.

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos, yleislääketiede. Turun yliopistollinen keskussairaala, yleislääketieteen yksikkö. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/41979/C271.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 21.2.2019].

Kuokkanen, K. 2017. Ikääntyneiden potilaiden kotiutuminen sairaalan päivystyspoliklinikalta potilaiden ja läheisten kokemana. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101239/GRADU-1495799023.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 25.4.2019].

Kurçer, M. A. & Ozbay, A. 2011. Effects of patient education and counseling about life style on quality of life in patients with coronary artery disease. *Anatolian Journal of Cardiology / Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11/2011; 11(2): 107 - 113. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu: 7.5.2019].

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 2012, 24 (3), 201 - 215. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Outi_Kaehkoenen2/publication/274030951_Sepelvaltimotautia_sairastavan_potilaan_ohjaus/links/5512b8c10cf268a4aaeade61/Sepelvaltimotautia-sairastavan-potilaan-ohjaus.pdf [viitattu 22.1.2019].

Käypä hoito -suositukset. 2015. Stabiili sepelvaltimotauti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä. Käypähoito. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/kotip_artikkeli=ykt01400&p_haku=sepelvaltimotauti [viitattu 5.2.2019].

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf> [viitattu 21.2.2019].

Laine, M. & Laukkanen, J. 2016. Liikunta ja sydänsairauksien ehkäisy ja hoito. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktinkokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja, A tutkimuksia 12.

Liikunta. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.1.2016. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50075&p_haku=Liikunta%20sepelvaltimotaudin%20ehkäisyyn%20ja%20hoitoon [viitattu 17.1.2019].

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. 1. painos. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Lipponen. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede: Medical research center; Oulun yliopistollinen sairaala. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf> [viitattu 2.2.2019].

Lukkari, L. Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Manninen, H. 2005. Valtimotoimenpiteet. Teoksessa: Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E., Tervonen, O. (toim.) Radiologia. 658 - 670.1. painos. WSOY.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1> [viitattu 22.1.2019].

Miettinen, H. & Mattila, V. 2014. Liikuntapainotteisen kuntoutuksen vaikuttavuus sepelvaltimotautipotilailla. Käypä hoito -suositukset. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.4.2014. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06899&suositusid=hoi50102> [viitattu 17.1.2019].

Mustajoki, P. 2018. Tietoa potilaalle: Kolesteroli. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 2.2.2018. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00035&p_haku=kolesteroli [viitattu 17.1.2019].

Mäntylä, P. 2015. Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy Välimeren ruokavaliolla. Käypä hoito -suositukset. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.3.2015. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=nak08394&p_haku=Ravitsemus%20ja%20sepelvaltimotauti [viitattu 17.1.2019].

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S.-E. 2014. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Niskanen, L. 2011a. Liikunta sepelvaltimotaudin hoidossa. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 95 - 96.

Niskanen, L. 2011b. Ruokavalion merkitys sydänsairauksien ehkäisyssä. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 80.

Niskanen, L. 2011c. Sydämelle terveellinen ruokavalio. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 80 - 82.

Parikka, H. 2011. Sydänpotilaan ajokyvyn arviointi. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 145 - 148.

Penttilä, U-R. 2011a. Matkustaminen ulkomaille. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 131 - 132.

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

Penttilä, U-R. 2011c. Sydänpotilaan omaisten selviytyminen. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 129.

Penttilä, U-R. 2011d. Sydänsairauden sokista selviytyminen. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.)

Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 125 - 126.

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

Penttilä, U-R. 2011f. Sydänsairaus ja arjen rasitukset. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.)
Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 129 - 130.

Pharmaca Fennica. 2019. Saatavissa <https://pharmacafennica.fi/> [viitattu 9.5.2019].

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Graham, D. C. I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., van der Worp, H. B., van Dis, I., Verschuren, W. M. M. & Binno, S. 2016. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, Vol 37, Issue 29, 1, 8/2016, 2315 - 2381. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106> [viitattu 9.5.2019].

Porela, P. 2018. Stabiili sepelvaltimotauti; uutta diagnostiikassa ja hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.xamk.fi/api/pdf/duo14170> [viitattu 14.1.2019].

Puska, P. & Ståhl, T. 2010. Health in All Policies - The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. *Annual Review of Public Health* Vol. 31:315 - 328. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.012809.103658> [viitattu 18.1.2019].

Pusa, T. 2018a. Alkoholia enintään kohtuullisesti. Sydänliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.8.2018. Saatavissa: <https://sydan.fi/fact/alkoholia-enintaan-kohtuullisesti/> [viitattu: 18.1.2019].

Pusa, T. 2018b. Terveellinen ruoka on sydänystävällistä ruokaa. Sydänliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty 6.10.2018. Saatavissa: <https://sydan.fi/fact/terveellinen-ruoka-on-sydanystavallista-ruokaa/> [viitattu: 17.1.2019].

Puurunen, M. & Mustonen, P. 2010. Klopidoagregatioliresistenssi - lääkekesteen arviointi ja kliininen merkitys. *Katsaus, Duodecim* 2010; 126:1021-8.

Saatavissa: <https://docplayer.fi/68586134-Klopidoogreeli-resistenssi-laakevasteen-arviointi-ja-kliininen-merkitys.html> [viitattu 18.2.2019].

Repo, T., Ketonen, M., Laatikainen, T., Mustonen, J., Rissanen, T. T., Toivakka, M. & Tykkyläinen, M. 2018. Outcomes of Secondary Prevention among Coronary Heart Disease Patients in a High-Risk Region in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 4/2018; 15(4): 724. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923766/> [viitattu 9.5.2019].

Roos, M. 2010. Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81707/gradu04402.pdf?sequence=1> [viitattu 22.1.2019].

Ruskoaho, H. 2018a. ACE:n estäjien farmakokineettisiä ominaisuuksia. Duodecim lääketietokanta. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.12.2018. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/terveysportti/laake.dlr_laake.artikkeli?haku=ACE&artikkeli=lft00577 [viitattu: 14.1.2019].

Ruskoaho, H. 2018b. Statiinit. Duodecim lääketietokanta. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.12.2018. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/laake.dlr_laake.artikkeli?haku=statiinit&artikkeli=lft00652 [viitattu: 14.1.2019].

Saffi, M. A., Polanczyk, C. A. & Rabelo-Silva, E. R. 2014. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: a randomized clinical trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10/2014;13(5). Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021286> [viitattu 9.5.2019].

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.6.2014. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04058> [viitattu 22.1.2019].

Sosiaali- ja terveystoimiala: Terveys- ja päihdepalvelut. 2017. Helsingin kaupunki. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.6.2017. Saatavissa: <https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/organisaatio/tepa> [viitattu 14.12.2018].

Stabiili sepelvaltimotauti. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.4.2015. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50102#K1> [viitattu 11.1.2019].

Stolt, M. Axelin, A, Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun Yliopisto.

Suomen Sydänliitto ry. 2017. Liikunta ja sepelvaltimotauti. Saatavissa: [https://www.dropbox.com/s/u3r6g3mvzftaolc/Liikunta ja sepelvaltimotauti NA YTTO%20%28ID%206951%29.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/u3r6g3mvzftaolc/Liikunta_ja_sepelvaltimotauti_NA_YTTO%20%28ID%206951%29.pdf?dl=0) [viitattu 13.4.2019]

Suomen Sydänliitto ry. 2019. Vertaistuki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sydanliitto.fi/kuntoutus-ja-tuki/vertaistuki> [viitattu 18.2.2019].

Sundell, L. 2010. Alcohol consumption and binge drinking as risk factors for cardiovascular diseases and depression. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, lääketieteen laitos; THL, Kansantautien ehkäisy -yksikkö; Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79837/c3a42431-a4f8-4eac-8d75-8daa06d5a3a3.pdf?sequence=1> [viitattu 18.1.2019].

Syvänne, M. 2015. Elämä(ä) sydäninfarktin jälkeen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2015;131(9):841-7. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12234> [viitattu 17.1.2019].

Syvänne, M. 2016. Tupakointi sepelvaltimotaudin vaaratekijänä. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P. & Saraste, A. (toim.) *Kardiologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 302 - 304.

Syvänne, M., Kesäniemi, A., Kiilavuori, K., Perhonen, M., Rantala, M., Salomaa, V. & Siren, R. 2014. Valtimosairauksien ehkäisy 2010-luvulla: eurooppalainen hoitosuositus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2014;130(5):451-9. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo11529&p_haku=sepelvaltimotauti [viitattu 17.1.2019].

Talala, K. 2013. Psychological Distress in Finland 1979 - 2003: Overall trends, socio-economic differences, and contribution to cause-specific mortality inequalities. THL, Hyvinvointi- ja terveyserojen yksikkö, Terveiden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin osasto; Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104446/URN ISBN 978-952-245-860-5.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104446/URN_ISBN_978-952-245-860-5.pdf?sequence=1) [viitattu 22.1.2019].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavissa: <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto> [viitattu 14.5.2019].

Tuomisto, S. 2013. Sydänpotilaan ja hänen perheenjäsentensä sairaalassa saama tuki. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu - tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94728/GRADU.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 22.1.2019].

Vaara, S. 2017. Clinical and genetic risk factors in acute coronary syndromes. HYKS Sydän- ja keuhkokeskus; Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda-helsinki-fi.ezproxy.xamk.fi/bitstream/handle/10138/173097/Clinical.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 18.1.2019].

Ylitalo, A. & Rissanen, T. 2016. Sydämen katetrointi: toimenpide ja jälkihoito. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P., Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim, 252 - 253.

Yli-Mäyry, S. 2011a. Sepelvaltimokuvauksen aiheet, kiireellisyys ja suunnittelu. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 62 - 63.

Yli-Mäyry, S. 2011b. Sepelvaltimokuvauksen tekeminen ja tutkimustulokset. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 63 - 65.

Yli-Mäyry, S. 2011c. Sydänkatetrisaation komplikaatiot. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 65 - 66.

Ylitalo, A. 2006. Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteet. Teoksessa: Aarnio, P., Airaksinen, J., Armstrong, E., Harjula, A. L. J., Juntunen, J., Juvonen, T., Lassila, R., Naukkarinen, M., Roine, R. O., Syväne, M., Taajamaa, B., Uurto, I., Ylitalo, A. (toim.) Angiologia. Jyväskylä: Recallmed Oy, 120 - 139.

Ylitalo, A., Rissanen, T. 2016. Teoksessa: Airaksinen, J., Aalto-Setälä, K., Hartikainen, J., Huikuri, H., Laine, M., Lommi, J., Raatikainen, P., Saraste, A. (toim.) Kardiologia. 3. uudistettu painos. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim, 252 - 253.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Emergency Number

24-hour Emergency Medical
Services **112**

For More Information...



24-hr Telephone Health Services

09 310 10023
Provide the residents of Helsinki with health-related information, 24 hours a day. Please call the Telephone Health Service when you require treatment instructions for illnesses.

24-hr Social Services

0206 96006

Gives support and guidance, and assessment for the need of urgent social services outside the office hours.

24-hr Crisis Services

09 3104 4222

Offers mental support upon crisis situations. Visits patients at their homes, if needed.

For feedback, comments, suggestions & complaints, please visit:

www.hel.fi/hki/sote/en/Feedback

City of Helsinki Social Services and
Healthcare website:

www.hel.fi/hki/sote/en/Etusivu

Contact Us

Address: Haartmaninkatu 4, Building 12,
00290, Helsinki, Finland

Mailing address: P.O. Box 6569, 00099,
City of Helsinki

Phone: (09) 310 63231 or
(09) 310 5018

Website:

<http://www.hel.fi/hki/terke/en/contact>
+information@city+hospital@haartman+hospital

Ward 2 Contact Details

Location: 3rd floor

Ward secretary: +358 9 310 34412

Nurses' station: +358 9 310 34413

ICU: 310 34415

Ward 2 Timeline of Daily Activities

7:30 to 14:00 (Morning shift)

7:30 (Endorsement/reporting of
nurses; medication administration)

8:00 (Breakfast)

9:00 (Doctors' & nurses' meeting)

9:00 to 14:00 (Nursing

interventions, medical examinations,

doctors' rounds, documentation)

11:30 (Lunch)

14:00 to 22:00 (Evening shift)

14:00 (Coffee break)

14:00 to 22:00 (Nursing

interventions,

medications/therapies, medical

examinations, discharge/ transfer/

admission of patients,

documentation)

17:00 (Dinner)

19:30 (Evening snack)

21:30 to 7:30 (Night shift)

HAARTMAN HOSPITAL

Information Brochure

May to December 2015



About Us



Haartman Hospital or Haartmanin Sairaala is one of the city hospitals operated by the Department of Social Services and Health Care, City of Helsinki.

Haartman Hospital provides emergency and in-patient care for patients aged 16 years old and above. It diagnoses and treats somatic disorders, as well as supporting patients' ability to function, and provides emergency care for psychiatric and minor traumas. It focuses on acute medical care and geriatric rehabilitation.

Other Services

- **Auxiliary services** (i.e. *physiotherapy, physical / occupational therapy, etc.*). These are available with or without physician's referral, and are according to patient's needs.

- **Social security services and patient fees.** Patients are charged an outpatient clinic fee of €32.10 & hospital day fee of €38.10. Citizens from outside EU, EEA, Australia & Switzerland are charged according to the real costs of the treatment. Insurance benefits of foreign nationals shall be organized by & between the patient & insurance provider. For further inquiries, a social worker is available for consultation during office hours. You may also contact Kela: 0206340200, or visit: <http://www.hel.fi/hki/Terke/en/Patient+Fees>

- **Spiritual care services.** A Lutheran priest is available for spiritual care. Patients with different religions may opt to invite their spiritual/church leader. Religious activities shall be arranged according to the patient's needs and hospital/ward policies.

- **Visiting hours.** In inpatient wards, visiting hours are 14.00 - 18.30, daily.

- **Pharmacy services.** Prescriptions are computer-based and electronically transferred to pharmacies for procurement. For foreign nationals, a written prescription shall be provided by the physician. Upon discharge, a hard-copy of the medications list shall also be given by the physician or nurse-in-charge.

- **Patient medical records.** Medical records shall be provided on discharge upon patient's request.

- **Follow-up schedules.** Schedules are organized according to patient's needs. This information shall be provided by the physician upon discharge.

- **Homecare services.** Patients who require homecare services upon discharge shall be arranged and referred to appropriate institution/s.

- **Interpreter services.** Interpreters for foreign nationals shall be provided upon request of the patient and/or family.

Haartmanin sairaalan päivystys- ja valvontaosaston omaisille

Käyntiosoite: Haartmaninkatu 4, 3krs.

Potilaan voinnista voi kysyä:

Päivystysosasto 2 (09) 310 34412

Valvonta (09) 310 34415

Toivomme, että:

- noudattaisitte vierailuaikoja (klo14-19) Sopimuksen mukaan vierailut mahdollisia myös muina aikoina. Vierailut läheisenne luona ovat toivottuja, mutta vaikeasti sairas potilas väsy helposti ja lyhytkin vierailu voi uuvuttaa hänet.
- olisi yksi nimetty yhteyshenkilö, joka huolehtii yhteydenpidosta muihin omaisiin sekä sairaalaan.
- ilmoittaudutte osaston kansliassa ennen potilashuoneisiin menoa.
- vierailijoita olisi kerrallaan 1 – 3.
- jos Teillä on nuhaa, yskää, kuumetta tai tulehduksia, välttäisitte vierailuja osastolla.
- ette toisi osastolle kukkia. Voitte ilahduttaa läheistänne esim. kortilla tai valokuvalla.
- välttäisitte soittamista työvuorojen vaihtuessa: klo 7.30 – 8.30, 14.00 – 15.00, 21.30 – 22.30.
- arvotavaroita ei jätettäisi sairaalaan (korut ja isot rahasummat).

Potilailla on joka vuorossa oma nimetty hoitaja, joka vastaa kysymyksiinne potilaan hoidosta. Työskentely yksikössä on moniammatillista ja kuntouttavaa. Lääkäriin, sairaanhoitajien sekä perus- ja lähihoitajien lisäksi potilaiden hoitotiimiin kuuluu osastonsihtööri, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, päihdehoitaja sekä tarvittaessa toimintaterapeutti ja sairaalapastori. Koko hoitohenkilökunta hoitaa potilaita yhtenevin periaattein.

Läheisen ihmisen äkillinen sairastuminen herättää monenlaisia tunteita ja huolenaiheita. Omahoitaja ja lääkäri tukevat Teitä läheisenne tilanteen ja hoidon mahdollistamissa rajoissa.

Omasta hyvinvoinnistanne huolehtiminen on myös tärkeää.



Päivystysosaston toiminnasta

Päivystysosastolla hoidetaan pääasiassa infekti-, sydän- ja hengitysvaikeuspotilaita, jotka tarvitsevat seurantaa ja tutkimuksia. Kaikilla potilaspaikeilla on rytmiseurantamahdollisuus. Potilaat tulevat osastolle päivystyksestä, muilta osastoilta ja sovittuina siirtoina muista sairaaloista. Huoneissa hoidetaan sekä mies- että naispotilaita.

Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 1-3 vuorokautta.

Valvonnan toiminnasta

Valvonta on 8 paikkainen yksikkö. Pääsääntöisesti kaikki hoitajaksot ovat päivystysluonteisia. Hoidamme akuutteja valvontaa vaativia sisätautipotilaita.

Läheisellenne on laitettu erilaisia elintoimintoja helpottavia ja tehostavia valvonta- ja hoitolaitteita. Laitteiden avulla hoitohenkilökunnan on mahdollista havaita nopeasti läheisenne tilassa tapahtuvia muutoksia ja toimia heti tilanteen vaatimalla tavalla. Läheisenne sairaudesta riippuu, minkälaisia valvontalaitteita hän tarvitsee.

Suuri henkilökuntamäärä, kiire ja hoitolaitteet tekevät hoitoympäristöstä meluisan. Osaston toiminta pyritään järjestämään siten, että tutkimukset, hoidot, toimenpiteet ja lääkärin kierrot tehdään aamu- ja päiväaikaan. Yöt pyritään rauhoittamaan potilaiden lepoa ja nukkumista varten. Tavoitteenamme on säilyttää potilaiden normaali vuorokausirytmii.

Voimme joutua pyytämään Teitä poistumaan läheisenne viereltä tutkimusten ja toimenpiteiden ajaksi tai jos toisten potilaiden tila tai valvonnan toiminta sitä vaatii.

Tietoja läheisenne voinnista saatte omahoitajalta ja hoitavalta lääkäriltä. Halutessanne Teille järjestetään keskustelu- ja/tai soittoaika hoitavan lääkärin kanssa. Voitte myös sopia läheisenne omahoitajan kanssa, että hän on yhteydessä Teihin kerran päivässä ja/tai jos läheisenne terveydentilassa tapahtuu muutoksia.

Voitte keskittyä vierailujen aikana läheisenne kanssa olemiseen, sillä hoitaja pitää hoitolaitteita silmällä koko ajan. Laitteet ovat herkkiä ja hälyttävät, jos läheisenne vähänkin ponnistelee, esimerkiksi yskii tai vaihtaa asentoa. Myös läheisenne voimakkaat tunnetilat voivat aiheuttaa hetkittäistä mitattavien arvojen nousua tai laskua ja saavat aikaan hälytyksen.

Jokaisen potilaan toipuminen on yksilöllistä. Potilaan tila voi pysyä pitkään muuttumattomana tai muutoksia parempaan tai huonompaan tapahtuu usein, jopa päivittäin.

Hoitohenkilökuntamme tukee, auttaa ja ohjaa Teitä läheisenne hoitoon ja/tai tähän oppaaseen liittyvissä kysymyksissä.

Liite 3. Tutkimustaulukko

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / otos / menetelmä	Keskeiset tulokset
Andersen, L., Kristjánsdóttir, E., Trolle, E., Voutilainen, E., Wirfält, E. & Åkesson, A. 2013. Yhteispohjoismainen tutkimus/Ruotsi.	Tutkia perunoiden, marjojen, täysjyvien, maidon ja maitotuotteiden sekä punaisen ja prosessoidun lihan yhteyttä merkittävien ruokavalioon liittyvien kroonisten sairauksien riskiin.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: 7282 hakutuloksesta valittiin n=57 tutkimusta sisällönanalyysiin.	Kohtalaista näyttöä täysjyvien suojaavasta vaikutuksesta tyypin 2 diabetesta sekä sydän- ja verisuonisairauksia vastaan. Tutkijat tunnistivat selkeän tarpeen korkealaatuiselle ravitsemuksen epidemiologiselle ja interventiotutkimukselle, sekä pohjoismaisen ruokavalion tutkimukselle.
Boekholdt, S.M., Jorstad, H.T., Lachman, S., Minneboo, M., Peters, R.J.G., Scholte op Reimer, W.J.M., Snaterse, M. & ter Riet, G. 2019. Alankomaat.	Tutkia onnistuneesti tupakoinnin lopettaneiden piirteitä, heidän tupakoinnin lopettamisohjelmien hyödyntämistä sekä elämäntapainterventoiden hyödyntämistä elämäntapoihin liittyvien riskitekijöiden pienentämiseksi.	Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=824.	Suurin osa onnistuneesti tupakoinnin lopettaneista potilaista ovat sellaisia, jotka lopettavat saman tien kotiuduttuaan sairaalasta, ilman tarvetta osallistua tupakoinnin lopettamisohjelmaan. Vain pieni osa onnistuneesti lopettaneista osallistui tällaiseen ohjelmaan. Onnistuneesti tupakoinnin lopettaneet olivat motivoituneita osallistumaan muihin kuntoutusohjelmiin liittyen ruokavalioon ja liikuntaan. Tulokset puhuvat yksilöidyn ja kattavan lähestymistavan puolesta elämäntapainterventioissa.

<p>Bogener, J., Chase, J-A., Conn, V. & Ruppap, T.M. 2016. Yhdysvallat</p>	<p>Määrittää interventioiden tehokkuutta lääkehoitoon sitoutumisen edistämässä aikuisilla sepelvaltimotautipotilailla.</p>	<p>Meta-analyysi, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, tilastollinen analyysi: n=24 tutkimusta, n= 18839 sepelvaltimotautipotilasta.</p>	<p>Lääkehoidon ohjauksen vaikutukset olivat tehokkaampia iäkkäämpien kuin nuorempien potilaiden keskuudessa. Interventioiden tehokkuus oli yhtäläistä riippumatta ohjauskertojen määrästä. Lääkehoidon ohjauksella oli kohtalainen vaikutus lääkehoitoon sitoutumisen paranemiseen sepelvaltimotautipotilailla. Hoitajat voivat olla avainasemassa lääkehoitoon sitoutumisen paranemisessa kyseisellä potilasryhmällä.</p>
<p>Brown, J.P., Clark, A.M., Dalal, H., Taylor, R.S. & Welch, K. 2012. Kanada.</p>	<p>Arvioida potilasohjauksen vaikutusta kuolleisuuteen, sairastavuuteen, terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja terveydenhuollon kuluihin sepelvaltimotautipotilailla.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi: 13 tutkimusta valittiin sisällyttämään (sepelvaltimotautipotilaita n=68556).</p>	<p>Tutkimuksessa ei pystytty vahvistamaan kliinisesti merkittäviä potilasohjauksen vaikutuksia kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Tutkimustulokset kuitenkin tukevat sepelvaltimotaudin sekundaariprevention ja kuntoutusohjelmien (sisältäen potilasohjausta) käyttöä interventiomenetelminä.</p>
<p>Haaranen, S. 2016. Suomi.</p>	<p>Kuvata ikääntyneiden päivystyspotilaiden ja heidän omaistensa kokemaa kotiutumiskykyä ja siihen liittyviä tekijöitä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=135 potilasta ja n=128 läheistä.</p>	<p>lääkkäiden päivystyspotilaiden kotiutumisen suunnitteluun on kiinnitettävä enemmän huomiota. Tiedon tarve ja puutteet tiedon saannissa näkyvät tutkimustuloksissa. Hyvällä tiedon saannilla on yhteys luottavaisuuteen, huolestuneis-</p>

			suuteen ja ongelmista selviytymiseen. Läheiset tulisi ottaa mukaan kotiutumisen suunnitteluun.
Hagnäs, M. 2018. Suomi.	Arvioida kliinisellä rasisituskokeella tutkittavien suorituskykyä. Ruumiinrakenteen, mittasuhteiden ja koostumuksen mittauksia, verikokeita ja kyselylomakkeita käytettiin vapaa-ajan liikunnan määrän ja tupakoinnin selvittämiseksi.	Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=2682 42–60-vuotiasta miestä.	Miesten huono suorituskyky ja samanaikainen sydänlihasiskemia rasituksen seurauksena oli yhteydessä suurempaan kuolleisuuden riskiin sepelvaltimotautiin ja sydänperäiseen äkkikuolemaan. Miehillä, joilla oli huonosuorituskyky, mutta harrastivat enemmän liikuntaa, olivat pienemmässä vaarassa sydänperäiseen äkkikuolemaan, kuin vähemmän liikuntaa harrastaneet huonokuntoiset.
Hales, B., Fowler, R., Sibbald, W. & Terblanche, M. 2007. Kanada.	Hahmotella vaikuttavien lääketieteellisten tarkistuslistojen suunnittelun ja käyttöönoton metodologiaa.	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus: 8303 hakutuloksesta valittiin n=178 tulosta sisällönanalyysiin.	Tehokasta lääketieteellisen tarkistuslistan kehittämisen standardoitua metodologiaa ei ole aiemmin kehitetty, mikä on oletettavasti vaikuttanut tarkistuslistojen epä johdonmukaiseen käyttöön terveydenhuollossa, huolimatta näyttöistä niiden oleellisesta osuudesta virheiden hallinnassa.
Jorstad, H.T., Chan, Y.K., Doornenbal, J., Peters, R.J.G., Scholte op Reimer, W.J.M. & Tijssen,	Tutkia sairaanhoitajien näkökulmaa/kokemuksia sairaanhoitajien koordinoimista preventio-ohjelmista	Kvalitatiivinen tutkimus: n=13 (sairaanhoitajaa 11 eri lääketieteellisestä keskuksista, 45 kohdan kysely).	Sairaanhoitajat luottivat ohjaus-/motivointitaitoihinsa sepelvaltimotautiriskin pienentämiseksi. Interventiot liittyen LDL-kolesteroliin, verenpaise-

<p>J.G.P. 2015. Alan-komaat/Australia.</p>	<p>akuuttia koronaari-syndroomaa sairastavilla potilailla.</p>		<p>neeseen ja lääkehoitoon sitoutumiseen olivat menestyksellisiä, ja ne korreloivat kyseisten riskitekijöiden merkittävään pienenemiseen. Painonhallintaan, tupakointiin ja liikuntaan liittyvä ohjaus oli vähemmän tehokasta, näiden osalta kohenemista ei juuri potilaissa koettu tapahtuvan.</p>
<p>Kanerva, N. 2014. Suomi.</p>	<p>Terveellistä pohjoismaista ruokavaliota kuvaavan indeksin kehittäminen sekä ruokavalion ja lihavuuden, metabolisten riskitekijöiden ja tyyppin 2 diabeteksen välisen yhteyden tutkiminen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=5024 + n=6772 + n=2003 väestötutkimusaineistoista.</p>	<p>Terveellistä pohjoismaista ruokavaliota noudattaneet saivat enemmän hiilihydraatteja, kuituja, vitamiineja ja mineraaleja, ja vähemmän tyydyttyntä rasvaa ja alkoholia, kuin ruokavaliota noudattamattomat. Ruokavaliota noudattavilla oli 35–50 % pienempi riski keskivartalolihavuuteen ja 30–40 % pienempi kohonneen CRP:n riski kontrolliryhmään verrattuna.</p>
<p>Koivula, M. 2002. Suomi</p>	<p>Tampereen yliopistolisessä sairaalassa tehty tutkimus, jossa haluttiin tietoa potilaiden pelon ja ahdistuneisuuden määrästä ja muutoksista ohitusleikkausprosessin eri vaiheissa ja selvittää</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=171 (kokonaisaineisto)</p>	<p>Huomattavat pelot ja ahdistuneisuus ovat yleisiä ohitusleikkausta odottavilla potilailla. Tärkein tukija on puoliso, ja myös muulta perheeltä sekä suvulta saadaan paljon sosiaalista tukea. Sairaalassa enemmistö potilaista saa preoperatiivisena</p>

	niihin yhteydessä olevia tekijöitä hoitoprosessin eri vaiheissa.		päivänä paljon tukea ja ohjausta hoitajilta ja moniammatilliselta ryhmältä. Tämä on yhteydessä potilaiden lievempään pelkoon ja ahdistuneisuuteen.
Koski, J. 2017. Suomi.	Tutkia ja kehittää sairaalasta kotiuttamisen prosessia lean-menetelmin eräässä kaupungin sairaalassa ja kotihoiton yksiköissä.	Toimintatutkimus: kvalitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin, kvantitatiivinen aineisto sisällönanalyysillä. Kotihoidon henkilöstön kysely: n=106 + n=7 + n=5.	Kyselytutkimuksen perusteella kotiuttaminen ei ollut niin sujuvaa kuin olisi toivottavaa. Potilaan jatkohoidosta huolehtiminen, ennakkovalmistelut sekä sairaalan ja kotihoiton yhteistyö jäi puutteelliseksi. Kotiutusprosessin merkittävin hukka syntyi odotamisesta, turhasta liikkeestä ja virheistä. Päätuloksena kehitettiin kotiuttamisen toimintamalli.
Kummel, M. 2008. Suomi.	Kuvata ja arvioida sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaille järjestetty ohjaus- ja neuvontaohjelma sekä sen 3 kk:n, 6 kk:n ja 12 kk:n aikavälin vaikutukset eri ikäisten ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn.	Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=365 (Uudella-maalla asuvat sepelvaltimotautia sairastavat).	Ohjauksella oli positiivisia vaikutuksia elektiivisten ohitusleikkauspotilaiden alkoholin käyttöön miehillä sekä liikunnan harrastamistiheyteen ja toimintakykyyn naisilla. Ohjauksella ei ollut vaikutusta painoindeksiin ja sillä oli vain vähäinen vaikutus terveyteen.

<p>Kuokkanen, K. 2017. Suomi.</p>	<p>Kuvata ikääntyneiden potilaiden kokemuk- sia kotiutumisen päivystyspoliklinikalta potilaan ja läheisen näkökulmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutki- mus, induktiivinen si- sällönanalyysi: n=78 (potilaita n=43, lähei- siä n=35).</p>	<p>Kotiutumisen sujuvuus vaihteli. Potilaiden ja läheisten yksilöllisessä kohtaamisessa havaittiin puutteita. Henkilökunnan ja potilaiden/läheisten välinen vuorovaikutus oli negatiivista. Konkreettinen apu jäi puuttumaan ja apuvälineiden saanti oli puutteellista. Henkilökunta tarjosi liian vähän apua kotona selviytymiseen. Kotona selviytymiseen liittyvää tietoa tarvitaan enemmän, myös kirjallisena.</p>
<p>Kurçer, M.A. & Ozbay, A. 2011. Turkki.</p>	<p>Tutkia potilasohjauksen vaikutuksia elämänlaatuun sepelvaltimotautipotilailla.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=102.</p>	<p>Potilasohjauksen myötä keskimääräinen harrastetun liikunnan kesto ja tasapainoista ruokavaliota noudattavien määrä kasvoi ja diastolinen verenpaine laski. Sen sijaan keskimääräinen BMI, keskimäärin poltettujen tupakoiden määrä ja nautittujen alkoholiannosten määrä päivässä, systolinen verenpaine sekä rasvahappotasot eivät juuri merkittävästi muuttuneet ohjauksen myötä.</p>
<p>Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Suomi.</p>	<p>Kuvata sepelvaltimopotilaan ohjausmenetelmiä, ohjauksen sisältöä ja kehittämistarpeita.</p>	<p>Kirjallisuus-katsaus, induktiivinen sisällönanalyysi: n=39 artikkelia.</p>	<p>Sepelvaltimotautipotilaiden ohjausta pitää kehittää menetelmien, sisällön ja ajoituksen osalta. Potilasohjauksen tulisi tavoittaa kustannustehokkaasti</p>

			suuri joukko sepelvaltimotautipotilaita. Hoito- ja palveluketjujen sujuvuuteen ja hoidon jatkuvuuteen tulisi kiinnittää huomiota. Kotiutumisvaiheessa potilaat tarvitsevat lähinnä tietoa arjessa selviytymiseen, elämäntapaohjaus tulisi ajoittaa akuuttivaiheen jälkeiseen aikaan. Omaisten mukanaololla on tärkeä vaikutus itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. Ennen toimenpidettä tapahtuvan ohjauksen tulisi sisältää lähinnä toimenpiteeseen, liittyviin riskeihin ja toipumiseen liittyvää tietoa.
Lampi, H. 2005. Suomi.	Selvittää, millaisena sydäninfarktiin sairastunut mies kokee äkillisen, henkeä uhkaavan sairautensa ja miten hän kokee potilaana olemisensa sekä millainen on miehen sydäninfarktiko-kemusta kuvaava merkitysverkosto.	Kvalitatiivinen, fenomenologinen tutkimus: n=17 (sydäninfarktiin sairastaneita miehiä) + n=29 (haastattelut) + n=2 (muisteluteokset).	Tutkimuksen perusteella sydäninfarktiin sairastuneen potilaan hoidonantajien tulisi ymmärtää ja harjaantua potilaan kuuntelemiseen ja henkiseen tukemiseen. Kussakin hoitoketjun yksikössä tulisi perehtyä sairastuneen kokemuksiin ja auttamiseen sekä hyödyntää tieteellisiä tutkimustuloksia. Tapahtumista tulisi kertoa potilaalle mahdollisuuksien mukaan etukäteen.
Lipponen. 2014. Suomi.	Kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä erikoissairaanhoidossa.	Kehittämistyö: kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastolli-	Hoitohenkilöstön tiedollinen ja taidollinen osaaminen oli pääasiassa hyvää tasoa, ja poti-

	dossa ja perusterveyden-huollossa sekä hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä.	silla perus- ja monimuuttujamenetelmillä, kvalitatiivinen aineisto deduktiivisella sisällönanalyysillä. n=203 + n=377 + n=24 (tutkimuksen osavaiheet).	lasohjaukseen liittyvät asenteet olivat myönteisiä. Ohjausmenetelmien monipuoliseen hyödyntämiseen tulisi kiinnittää huomiota. Ohjaukseen käytettävässä ajassa, välineissä ja tiloissa olisi myös kehittämistarpeita.
Mattila, E. 2011, Suomi.	Muodostaa teoreettinen malli potilaan ja perheenjäsenen emotionaaliseen ja tiedollisesta tuesta sairaalahoidon aikana.	Kvalitatiiviset aineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, kvantitatiiviset aineistot kuvailevin ja monimuuttujamenetelmin: Tutkimus-aineisto: n=31 (systemaattinen kirjallisuuskatsaus) + n=11 (ryhmähaastattelut) + n=25 (kirjoitelmat) Potilasaineisto: n=9 (ryhmähaastattelut) + n=731 (kyselylomakkeet) Perheenjäsenten aineisto: n=2 (ryhmähaastattelu) + n=5 (yksilöhaastattelu) + 353 (kyselylomake).	Potilaat saivat perheenjäseniä enemmän emotionaalista ja tiedollista tukea. Sekä potilaat että perheenjäsenet saivat emotionaalista tukea tiedollista paremmin. Parhaiten toteutui hoitajien ystävällisyys, kunnioitus, ihmisenä hyväksyminen ja kuuntelu. Heikoiten toteutui hoidon suunnittelussa mukanaolo, kirjallisen tiedon saaminen, elämäntapamuutosohjaus, tunteiden ymmärtäminen ja omaan jaksamiseen liittyvä tiedonsaanti. Tutkimenetelmät vaikuttavat myönteisesti perheenjäsenten suhteisiin, henkiseen hyvinvointiin ja hoitotaitoihin. Kehitetty teoreettinen malli auttaa jäsentämään potilaan ja perheenjäsenen tukemista käytännön hoitotyössä.
Roos, M. 2010. Suomi.	Kuvata sepelvaltimotautipotilaiden tervey-	Kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=118	Tutkimuksen tulosten perusteella iällä, pohjakoulutuksella ja liikunnalla on positiivinen

	<p>teen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea sekä kuvata näiden välistä yhteyttä sekä niiden yhteyttä potilaan taustamuutuksiin.</p>	<p>(strukturoitu kyselylomake).</p>	<p>yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun sepelvaltimotautipotilailla. Potilaat saavat puolisolta konkreettista ja informatiivista tukea, ja lapsiltaan taas emotionaalista tukea. Isät saavat äitejä enemmän konkreettista tukea. Perheen tarjoama sosiaalinen tuki edistää potilaiden psyykkistä hyvinvointia ja koettua terveyttä.</p>
<p>Saffi, M.A., Polanczyk, C.A. & Rabelo-Silva, E.R. 2014. Eurooppa.</p>	<p>Arvioida systemaattisen hoitajan antaman elämäntapaohjauksen vaikutuksia 10-vuotisen sepelvaltimotaudin riskipisteytyksen pienenemiseen sepelvaltimotautipotilailla.</p>	<p>Satunnaistettu kliininen tutkimus, tilastollinen analyysi: n=74.</p>	<p>Strukturoitu ja systemaattinen hoitajan antama elämäntapaohjaus vähensi tehokkaasti sydän- ja verisuonisairauksien riskipisteytystä.</p>
<p>Sundell, L. 2010. Suomi.</p>	<p>Selvittää kerralla runsaasti juomisen yhteyttä kuolleisuuden ja sairastavuuden riskiin.</p>		<p>Alkoholin runsas kertajuominen oli riskitekijä kokonaiskuolleisuuden, sepelvaltimotautikuolleisuuden, ulkoisten kuolinsyiden ja alkoholiperäisten kuolinsyiden osalta riippumatta alkoholin kokonaismäärästä. Alkoholin käytön lopettaneilla ja runsaasti kerralla juovilla oli raittiita ja vähemmän kerralla juovia enemmän</p>

			masennusoireita. Alkoholin runsas kertajuominen lisää sepelvaltimotautiin ja aivohalvauksiin liittyvää kuolleisuutta ja sairastavuutta, ja on lisäksi yhteydessä masennukseen.
Tuomisto, S. 2013. Suomi.	Kuvata sydänpotilaan ja hänen perheensä hoitohenkilökunnalta saamaa tukea.	Kirjallisuuskatsaus, analyysi sisällön erittelyn avulla: n=10 (pohjoiseurooppalaisia tieteellisiä tutkimuksia).	Sydänpotilaat ja heidän omaiset saivat emotionaalista, tiedollista ja konkreettista tukea hoitohenkilöstöltä. Tiedollisen tuen saamisessa ilmeni puutteita. Potilaan ja hänen omaisensa turvallisuuden kokemukseen vaikuttaa henkilökunnan käytös ja asenteet.

Potilasohjaus ennen koronaangiografiaa

- Potilaalle annettu kirjallinen ohjausmateriaali (Sydänliitto: Sepelvaltimotauti, lääkehoito ja kolesteroli kohdalleen; potilasohje)
- Huomioi mahdollisuuksien mukaan omaisen läsnäolo ohjauksissa

Sepelvaltimotauti	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Krooninen sairaus	
<input type="checkbox"/> Sepelvaltimoiden ahtautuminen ja riskitekijät ⇒ Käytä havainnollistavia malleja (kuvia/malleja) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pitkäaikainen kehitys <input type="checkbox"/> Kolesteroli <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> Tupakointi <input type="checkbox"/> Muut riskit: DM II, ylipaino, vähäinen liikunta jne. 	
<input type="checkbox"/> Oireet <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oirekuva vaihteleva <input type="checkbox"/> Rintakipu (AP/UAP) <input type="checkbox"/> Ahdistus, uupumus, huonovointisuus, pahoinvointi, vatsakipu, nä-rästävä tunne, hengenahdistus <input type="checkbox"/> Sydäninfarkti -> onko potilaalla todettu aiemmin NSTEMI / STEMI 	
Angiografia ja siihen liittyvät toimenpiteet	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Sydämen varjoainokuvaus <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Miksi tutkitaan ja mitä kuvauksessa selviää? <input type="checkbox"/> Varjoaine (mitä huomioitavaa) <input type="checkbox"/> Paikallispuudutuksessa <input type="checkbox"/> Suoniyhteyden avaus (a. rad. tai a. fem.) <input type="checkbox"/> Katettrin uittaminen ja varjoaineen suihkutus <input type="checkbox"/> Riskit 	
<input type="checkbox"/> Pallolaajennus (PCI) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hoitotoimenpide ratkaistaan tutkimustilanteessa -> vaihtoehdot: esim. PCI + stentti, PCI + lääkestentti, ohitusleikkaus <input type="checkbox"/> Riskit 	

Potilasohjaus koronaangiografian jälkeen

Hoitosuunnitelma ja toipuminen	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Rajoitukset ja huomioitavat asiat	
<input type="checkbox"/> Toipumiseen liittyvät asiat <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Punktiokohdan huomiointi 	
<input type="checkbox"/> Hoitosuunnitelma	
Lääketieteellinen hoito	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Lääkehoito <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antitrombootit <input type="checkbox"/> Statiinit <input type="checkbox"/> ACE-estäjät <input type="checkbox"/> Beetasalpaajat <input type="checkbox"/> Pikanitrot 	
<input type="checkbox"/> Lääkekorvausasiat <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lääkemaksukatto <input type="checkbox"/> B-lausunto, reseptit oikein (lääkärin tehtävä) 	

Elintavat	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Liikunta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Merkitys (vaikutukset esim. kolesteroliin, verensokeriin) <input type="checkbox"/> Rauhallinen ja vaiheittainen aloitus <input type="checkbox"/> Beetasalpaajan sykkeen nousua hidastava vaikutus <input type="checkbox"/> Rasitusrintakivun hoito <input type="checkbox"/> Epävakaata sepelvaltimotauti -> mihin yhteys, jos oireita alkaa ilmetä uudelleen/herkemmin <input type="checkbox"/> Kirjalliset ohjeet <input type="checkbox"/> Fysioterapeutin ohjaus 	
<input type="checkbox"/> Ravitsemus <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Merkitys ja suositusten mukainen terveellinen ruokavalio 	
<input type="checkbox"/> Tupakointi ja alkoholi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tupakointi merkittävä riskitekijä -> lopettamisen tärkeys <input type="checkbox"/> Alkoholin kohtuukäytön rajat 	
Psyykinen, sosiaalinen ja omaisten tuki	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Mahdolliset vaikutukset psyykeen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pelot/ahdistus normaalia, masennuksen hoito tärkeää 	
<input type="checkbox"/> Sosiaalinen tuki <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sosiaalityöntekijä; Kela ja Kelan kuntoutus 	
<input type="checkbox"/> Mistä apua psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin?	
<input type="checkbox"/> Omaisten merkitys ja huomiointi	
Elämää sepelvaltimotaudin kanssa	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Kotityöt ja arkiliikunta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rauhallisesti, ei liian rasittavaa, tarvittaessa tauottaen 	
<input type="checkbox"/> Seksi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Voi harrastaa, huomioi fyysinen toimintakyky <input type="checkbox"/> Huomioi rasitusrintakivun mahdollisuus (nitrot) 	
<input type="checkbox"/> Saunominen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maltillisuus <input type="checkbox"/> RR-lääkkeitä ja nitroja ei juuri ennen 	
<input type="checkbox"/> Matkustaminen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Voi matkustaa sairausloman jälkeen (keskustele lääkärin kanssa) <input type="checkbox"/> Huomioitavat asiat (esim. lääkkeet/reseptit mukaan, tukosriski) 	
<input type="checkbox"/> Ajaminen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajokielto ja ajokelpoisuus arvion perusteella 	
Kolmas sektori ja vertaistuki	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Järjestöt (esim. Sydänliitto) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mitä palveluita tarjolla? Kuntoutus, kurssit, luennot, jne. 	
<input type="checkbox"/> Vertaistuki <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mistä saa? -> Vertaisten vierailu osastolla, Sydänliitto, jne. 	
Jatkoseuranta	Huomiot/muistiinpanot
<input type="checkbox"/> Kontrolliaika (missä ja milloin)	
<input type="checkbox"/> Jatkoseuranta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oma TA tai työterveys, varattava itse (väh. 1 krt/vuosi) 	
<input type="checkbox"/> Kotiutumislomake annettu ja käyty läpi	

Koronaangiografiapotilaan kotiutumislomake

Jatkoseuranta	
Jälkitarkastusaika varattu	__ / __ / 20__ klo __. __ Paikka:
Aika laboratoriotutkimuksiin varattu: <ul style="list-style-type: none"> • Lähetete tehty • Pyydettävä terveysasemalta lähetete (yliviivaa tarpeeton vaihtoehto) 	
Jälkitarkastuksen jälkeen seuranta jatkuu omalla terveysasemalla tai työterveydenhuollossa yksilöllisen suunnitelman mukaan, kuitenkin vähintään 1 krt/vuosi. Aika varattava itse!	
B-lausunto kirjoitettu	
Lääkereseptit kirjoitettu ja lääkkeiden käyttö ohjattu	
Lääkereseptien uusiminen omalla terveysasemalla	

Hälyttäviä merkkejä ja hoitoon hakeutuminen
<ul style="list-style-type: none"> • Laajalti keskirinnassa tuntuva puristava, polttava tai ahdistava kipu. • Heijastekipuja käsivarsissa, kaulalla, leukaperissä, hartioissa, lapojen välissä tai ylävatsalla. Joskus kipu tuntuu vain näillä heijastealueilla. • Ahdistava olo tai suoranainen hengenahdistus ja/tai kylmänhikisyys. • Liikkuminen ei helpota vaan pahentaa sydäninfarktipotilaan oloa, siksi potilas usein pyrkii kovastakin kivusta huolimatta olemaan mahdollisimman paikallaan. • Soita heti 112. <p style="text-align: right;">(Lähde: Suomen Sydänliitto ry)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Muissa tapauksissa saat myös apua äkillisiin terveysongelmiin soittamalla päivystysapuun: 116 117. Numerosta voi kysyä neuvoa ja hoito-ohjeita.

Tietoa sepelvaltimotaudista

Sepelvaltimotaudista, lääkkeistä, elämäntapamuutoksista, sosiaalisesta ja psyykkisestä tuesta saa lisätietoa:

- ❖ <https://www.terveyskyla.fi/>
 - ❖ <https://sydan.fi/>
 - ❖ <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- ⇒ Hae palveluista: “sepelvaltimotauti”

Kolmannen sektorin järjestöistä, vertaistuesta ja kuntoutuksesta saa lisätietoa:

- ❖ <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo>
⇒ Hae palvelusta: “kuntoutujan tukiverkostot”
- ❖ <https://www.soste.fi/sosten-jasenet/>
⇒ esim. <https://sydan.fi/>